

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2014 (14), № 2

Москва. 2014

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. 2014

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»).**

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии МГППУ. Автор более 70 научных работ в области психологии слепоглухих, клинико-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, соавтор учебных пособий: «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Основные области исследований: история и методология специальной психологии, диагностическая и консультативная помощь детям и взрослым с множественными нарушениями развития и их семьям.

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова и кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат медицинских наук, психолог, психиатр высшей категории. Эксперт в области психиатрии и психотерапии International Federation of Independent Experts; консультант United Nations Children's Fund по работе в кризисных ситуациях, официальный супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации; сопредседатель секции перинатальной психологии Российского Психологического Общества; член Координационного Совета Санкт-Петербургского Психологического общества. Член редакционных коллегий журналов «Перинатальная психология», «Детская медицина Северо-Запада». Автор более 250 научных публикаций, в том числе 3 монографий («Семейный диагноз и семейная психотерапия» - соавт. Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская), «Перинатальная психология», «*Ka Radit Laimigu Bernu*»; автор глав в 2 коллективных монографиях, в 3 учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья».

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, член редколлегий электронных журналов «Медицинская психология в России», «Клиническая и специальная психология», **заместитель президента АДПП**. Круг научных интересов связан с клинической психологией, проблемами аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов дизонтогенеза. Автор более 150 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста» (2004), учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста» (соавторы О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина, книга – лауреат конкурса на лучшую научную книгу 2008 г), хрестоматии по Методам нейropsychологической диагностики, учебника «Клиническая психология детей и подростков» (соавтор Т.Г. Горячева, книга – победитель XV Национального психологического конкурса «Золотая Психея» по итогам 2013 г.).

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, профессор, доктор медицинских наук, профессор Белорусского государственного медицинского университета. Член Ассоциации европейских психиатров и Московской психотерапевтической академии. Автор более 270 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейropsychиатрические аспекты; Расстройства поведения у подростков; и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейropsychиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, **член Правления АДПП**. Автор более 170 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования, автор (совместно с А.А. Северным, Н.Б. Морозовой) монографии «Детская социальная психиатрия для непсихиатров». Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

НАТАЛЬЯ КАПИТОНОВНА КИРИЛЛИНА, кандидат медицинских наук, директор ООО «Институт гармоничного развития и адаптации» («ИГРА»), **член Правления АДПП**, руководитель курса профессиональной переподготовки «Детско-подростковая и семейная психотерапия». Имеет несколько печатных работ, 2 монографии по теме элективного мутизма. Основные сферы интересов: элективный мутизм, игровая и семейная психотерапия.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном федеральном округе. Автор более 150 научных и учебно-методических работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии», «Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста». Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы, органические шизоформные расстройства и аутизм у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. Автор более 600 научных публикаций, 50 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврозология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия», «Аддиктивное влечение» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврозология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, зав. Центром проблем дополнительного образования и детского движения ГНИИ семьи и воспитания РАО, член Исполкома Общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» - ДИМСИ, член Международной федерации сеттлментов и социокультурных центров (IFS), **член Правления АДПП**. Автор более 55 научных публикаций, из них 16 монографических (в т. ч. в соавторстве): Социальная педагогика: вопросы теории и практики; Социальная педагогика в образовательных учреждениях; Развитие социальной педагогики: историко-педагогический анализ; Волонтер и общество. Волонтер и власть; и др. Основные направления исследований: история, теория и методология социальной педагогики, социальные службы для детей, молодежи и семьи, социально-педагогические объединения детей и молодежи, волонтерство, социально-педагогические аспекты школьного образования, воспитательная работа с детьми по месту жительства.

ИРИНА МИХАЙЛОВНА НИКОЛЬСКАЯ, доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Автор более 100 печатных работ, из которых 4 - монографии в соавторстве, в том числе первая отечественная монография по психологическим защитам у детей. Автор оригинальной технологии выявления психологической защиты у детей и подростков и метода диагностики и коррекции личности ребенка и системы его отношений с помощью серийных рисунков и рассказов. Сфера научных интересов: общая психология, медицинская психология, психология развития, психологическое индивидуальное и семейное консультирование.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник НЦ психического здоровья РАМН, **президент АДПП**. Автор более 200 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства и пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМЕРНОВА, доктор психологических наук, зав. лабораторией психологии дошкольников Психологического института РАО, **член Правления АДПП**. Автор более 150 научных публикаций, в том числе монографических: Учебник психологии ребенка; Развитие воли и произвольности в раннем и дошкольном возрасте; Развитие игры для детей дошкольного возраста; Особенности общения дошкольников; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста (в соавторстве); и др. Совместно с сотрудниками разрабатывает новые направления в отечественной психологической науке: педагогика раннего возраста, общение и развитие детей раннего возраста. Основные направления исследований - детская психология, психология общения и межличностных отношений, правила воспитания, дошкольная педагогика.

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, профессор, действительный член РАО, заслуженный деятель науки РФ, директор Института социологии образования РАО, лауреат Премии Президента РФ в области образования. Автор более 570 научных публикаций по проблематике социологии образования, детской, возрастной и педагогической психологии, психологии искусства. Ряд статей и монографий переведен на иностранные языки и изданы за рубежом. Основные направления исследований: детская, возрастная и педагогическая психология, социология образования, психология искусства.

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, **председатель Московского филиала АДПП**, заместитель председателя Профсоюзного медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Президиума Российского общества психиатров, член редколлегии журналов «Социальная и клиническая психиатрия», "Психотерапия" и др. Редактор, автор и соавтор книг: Детская и подростковая психиатрия (клинические лекции для профессионалов); Психокоррекция: теория и практика; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей; Лечение детей с психосоматическими расстройствами; Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков; Элективный мутизм (красноречивое молчание); Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология; Радостное взросление (личностный рост ребенка) и др. Основные направления исследований: психотерапия детей и подростков, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии Московского городского психолого-педагогического университета. Автор более 60 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Научный редактор и соавтор монографического сборника «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». Основные направления исследований и деятельности: психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья. Разработчик и руководитель магистерской программы «Психологическая реабилитация в социальной сфере». Руководитель программы профессиональной переподготовки «Клинико-психолого-педагогические основы реабилитации творческими видами деятельности (средствами театрального искусства)». Член редколлегии электронного журнала «Клиническая и специальная психология». Круг интересов: психология устойчивости, становление личности ребенка, оставшегося без попечения родителей; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью; вопросы семейного воспитания детей с нарушениями в развитии.

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, **председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП**. Автор более 170 научных работ, в т. ч. 8 монографий, один из основоположников семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии в России. Автор психологических методов исследования - "Аутоидентификация и идентификация по словесно-характерологическим портретам", опросник "Анализ семейных взаимоотношений" и проективный тест "Возраст. Пол. Роль". Автор (с Н.В. Александровой) моделей психотерапии - краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии. Круг интересов: психоанализ, системный, синергетический и нарративный подходы. Области исследований: психосоматические отношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей.

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

А.О. Дробинская, Е.В. Корень, Ю.Б. Коваленко, А.М. Марченко, Е.А. Трайнина, Д.С. Косолапова К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	8
А.С. Рахимкулова, В.А. Розанов НЕКОТОРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТРАКТОВКА.....	14
В.С. Собкин, Д.В. Адамчук, А.В. Федотова ПОДРОСТОК: О ДОПУСТИМОСТИ ВСТУПЛЕНИЯ В СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ.....	25
Е.В. Свистунова, М.С. Серавкина ЗНАКОВО-СИМВОЛИЧЕСКОЕ ОПОСРЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ ДЕТЬМИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	33
А.Ю. Шеманов ЗНАЧЕНИЕ ИМПЛИЦИТНОЙ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	41

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

Г.В. Грызунова, Л.Т. Козловская ИППОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	48
Н.Т. Попова, Е.А. Попова РАЗВИТИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ АКТЕРА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ГРУППОВОМ ТЕАТРАЛЬНОМ ТРЕНИНГЕ: СИНТЕЗ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАДАЧ.....	55
И.А. Котляр (Корепанова) НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГЕРМАНИИ.....	62

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И.В. Добряков РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ.....	71
Н.А. Миллер ПОДРОСТКОВЫЙ СТРЕСС - ОДНА ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ КАДЕТСКОГО КОРПУСА.....	76
С.Л. Леончук НОРМАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ РАЗВИТИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ.....	78

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

А.Н. Булатников

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА
ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ..... 83

В.В. Зарецкий

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ
ПЕДАГОГОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ
ДЛЯ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ПРОГРАММ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ..... 90

Е.Р. Кочкурова

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ
ПЕДАГОГОВ В СФЕРЕ ПОЗИТИВНОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ..... 93

В.Н. Филиппов, Р.Н. Андреев, З.С. Шахурдина

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ):
РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ..... 103

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

В.И. Шебанова

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ АССОЦИАТИВНОГО ТЕСТА
ИНВЕРСИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТРАЖЕНИЯ..... 111

Р.Е. Барабанов

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ..... 118

О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко

НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ
ПОДХОДЫ..... 124

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Г.В. Скобло

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ «РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА:
МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»..... 133

Н.В. Зверева

СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО
ПОКОЛЕНИЯ: ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ЕВРОПЕЙСКИХ И РОССИЙСКИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ (К ИТОГАМ МЕЖДУНАРОДНЫХ ФОРУМОВ)..... 135

А.М. Щербакова

О II МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ»..... 137

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 143

А.О. Дробинская, Е.В. Корень, Ю.Б. Коваленко, А.М. Марченко, Е.А. Трайнина,
Д.С. Косолапова

К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

**ФГБУ Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РФ
(Москва).**

Резюме. В статье представлены диагностические алгоритмы, позволяющие дифференцировать полиморфную группу случаев негрубой ретардации психического и речевого развития у детей дошкольного возраста с опорой на диагностически значимые дизонтогенетические и психопатологические признаки.

Ключевые слова: диагностика, нарушения психического развития, дошкольный возраст

В решении актуальных проблем охраны психического здоровья детей на современном этапе особая роль отводится адекватной и своевременной диагностике психических расстройств, определяющей направления эффективного вмешательства. В связи с этим большое значение приобретает поиск путей оптимизации диагностических алгоритмов, нацеленных на выделение донозологических и начальных этапов заболеваний со специфическим для детского возраста сочетанием психопатологической и дизонтогенетической симптоматики, требующих в свою очередь мультидисциплинарной оценки [5, 6, 15]. Реальность сегодняшнего дня в детской психиатрии, апеллирующая к Международной классификации болезней 10 пересмотра, ориентирована прежде всего на критериально значимую симптоматику, наиболее четко выделенную при тяжелых психических расстройствах и выраженных нарушениях развития [7, 8]. В области, традиционно относящейся к «пограничной психиатрии» и включающей в себя негрубые проявления дизонтогенеза, психопатологические «форпост-симптомы», особенно трудно диагностируемые в детском возрасте в силу своей рудиментарности, проявления диатеза (конституциональной предрасположенности), тесно переплетающиеся с проявлениями резидуальной органической недостаточности ЦНС, критериальный подход в диагностике часто оказывается чрезмерно формализованным, обкрадывающим клиническое многообразие состояний, попадающих в «пограничные» диагностические рубрики. Закономерным образом это приводит к отсутствию стройной концепции полипрофессиональной помощи при этих состояниях, к трудностям в выборе мишеней лечебно-абилитационного воздействия [6].

Особым образом сказанное выше относится к состояниям, традиционно объединяемым в рамках диагностической рубрики F84.8 (Другие общие расстройства психического/психологического развития), включающей различные пограничные варианты ретардации психоречевого развития, в том числе включающие аутистикоподобные проявления, но не соответствующие критериям диагностики собственно аутистических расстройств.

Выделение в отдельную диагностическую категорию пограничных форм ретардации, имеющих относительно благоприятный прогноз обучения и социальной адаптации, начинает свою историю с 60-х годов прошлого столетия. Оно сыграло несомненно прогрессивную роль в разработке системы психолого-педагогической помощи, направленной на преодоление негрубых, но значимых в социально-психологическом плане недо-

статков психического развития. Однако клинический аспект проблемы, выделение ведущих патобиологических и патогенетических механизмов, апеллирующих к разной нозологической принадлежности состояний, объединяемых этой диагностической рубрикой, и требующих разных подходов к терапии и коррекции «задержанного развития», до настоящего времени остается неразработанным.

Относительный изоморфизм клинической картины так называемых задержек психического развития, наиболее очевидным проявлением которых является психоречевая ретардация разной степени выраженности, нередко сопровождающаяся присутствием в клинической картине негрубых или недостаточно отчетливых аутистикоподобных проявлений, полиэтиологичность подобных нарушений развития с частым включением органических и генетически обусловленных механизмов часто приводят к трудностям определения приоритетов при оказании терапевтической и абилитационной помощи. Практический опыт показывает, что чрезмерно обобщенный характер данной диагностической категории, являющейся, по статистическим данным, наиболее частой в детской психиатрической службе, не способствует дифференцированному подходу к полиморфным дизонтогенетическим и клиническим состояниям, отвечающим ее критериям. Выделение мишеней терапевтического и психосоциального воздействия в соматоневрологическом, психиатрическом и психолого-дефектологическом блоках междисциплинарного подхода требует внимания ко всем аспектам патобиологических предпосылок и психосоциальных особенностей каждого из объединяемых ею конкретных случаев и делает актуальной разработку дифференцированных подходов к данной полиэтиологичной и полиморфной клинической группе детей [7, 8, 17, 19, 21, 22, 25].

Нами было проведено исследование, поставившее своей **целью** выделить среди разнообразных проявлений, фиксируемых психиатрической и смежной (патопсихологической, соматоневрологической, нейрофизиологической) диагностикой в рамках диагностической рубрики МКБ-10 F84.8 (Другие расстройства общего психического/психологического развития), дифференцированные симптомы и стигмы, наиболее значимые для верификации диагностически и прогностически значимых особенностей состояния.

В исследовании приняли участие 164 ребенка в возрасте от 3 лет 7 мес. до 5 лет 1 мес., родители которых обратились к детскому психиатру по рекомендации детского психолога либо детского невролога с жалобами на «задержку в развитии». В 47 случаях дети находились в условиях стационара (речевое отделение Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы), 26 детей были обследованы в амбулаторных условиях при обращении в отдел психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, 91 ребенок обследован амбулаторно при обращении в ЦПМСС Центрального административного и Северного административного округов г. Москвы.

Возраст детей, включенных в исследование, определялся недостаточной изученностью специфических особенностей задержанного развития у данной возрастной категории, наиболее частой обращаемостью родителей к специалистам по поводу отставания в развитии именно в этом возрастном периоде, когда большинство детей начинает посещать детские дошкольные учреждения и развивающие занятия, на фоне чего становятся очевидными неблагоприятные особенности их развития. Кроме того, этот возрастной период считается наиболее благоприятным для начала систематических обучающих и развивающих воздействий при отставании в психоречевом развитии. Критериями включения, помимо возраста, были жалобы со стороны родителей, подтвержденные данными характеристик из детских учреждений на отставание в речевом и общем психическом развитии от возрастных нормативов, критериями исключения – наличие выраженных расстройств аутистического спектра, исключающих возможность педагогического воздействия на ребенка в силу отсутствия продуктивного контакта, и выраженных

степеней психического недоразвития, также препятствующих включению ребенка в продуктивное взаимодействие со взрослым.

В каждом случае нами была проведена мультидисциплинарная оценка психического и соматоневрологического статуса, уровня когнитивного и речевого развития, особенностей поведения и эмоционально-волевой сферы, а также данных параклинических исследований: МРТ, дневного и ночного ЭЭГ-видеомониторирования, генетического исследования с выделением опорных диагностических различий, значимых для определения нозологической принадлежности состояния, выбора терапевтической и реабилитационной стратегии и образовательного маршрута.

Задачей проведенного анализа стало определение значимости отдельных диагностических блоков для выделения нозоспецифичности и прогностичности полученных показателей с последующей алгоритмизацией клинико-диагностического процесса. Для анализа значимости диагностических признаков были отобраны случаи, достоверность первичной диагностики и прогностических предположений которых была подтверждена катamnестическим исследованием на протяжении 1-3 лет.

Использовались **методы** клинической беседы с родителями, клинико-анамнестический и клинико-катamnестический метод, клиническая оценка соматоневрологического и психического статуса, метод естественного наблюдения, искусственного эксперимента с включением в целенаправленную игровую и дидактическую деятельность, привлекались заключения неврологического обследования, ЭЭГ-видеомониторирования, МРТ. Психологическое исследование, включившее методы естественного наблюдения и экспериментального исследования, было направлено прежде всего на выявление ведущего типа дизонтогенеза и обучаемости ребенка. Логопедическое исследование проводилось с использованием традиционных методов логопедического. Полученные результаты сводились в единую таблицу с выделением общих и наиболее значимых диагностических признаков, позволяющих определять стратегию дальнейшего уточняющего обследования и терапевтически-реабилитационного воздействия.

Для определения значимых для диагностической дифференциации клинических признаков эмпирически были выделены следующие алгоритмизированные клинико-диагностические блоки:

1. Этологические и эмоционально-коммуникативные характеристики поведения: наличие/отсутствие ориентировочной реакции на присутствующего взрослого, «глазное поведение» - взгляд в глаза с удержанием глазного контакта во время взаимодействия, отношение к различным формам контакта (глазному, тактильному, вербальному), реакция на обращенную речь, возможность привлечения и удержания внимания в поле взаимодействия («поле разделенного внимания»).

2. Особенности моторики: мышечный тонус, пластичность и ловкость крупных движений, точность движений пальцев, двигательное беспокойство или заторможенность, склонность к застыванию, моторные стереотипии, гиперкинезы.

3. Особенности соматоневрологического статуса: пластичность/диспластичность телосложения, форма черепа, наличие признаков соединительнотканной дисплазии, наличие рассеянной неврологической микросимптоматики.

4. Особенности речи: общее речевое недоразвитие (в том числе явления алалии), явления афазии, дизартрические расстройства, своеобразие речи (эхолалии, автономная речь, «тарабарская» речь), коммуникативная направленность речи.

5. Особенности игры: соответствие игры возрастному уровню, особое отношение к каким-либо игровым предметам, использование неигровых предметов вместо игрушек, охваченность однообразной игровой деятельностью или игровым сюжетом.

6. Особенности когнитивных психических функций: равномерность/диссоциированность ретардации отдельных психических функций, преобладание

развития вербальных/невербальных психических функций.

7. Особенности восприятия: наличие гиперacusии, явления «псевдослепоты», «псевдоглухоты», выраженное предпочтение или избегание определенных сенсорных впечатлений, повышенное стремление к получению тактильных ощущений.

8. Анамнестические данные: сроки становления двигательных и речевых функций, равномерная поступательность развития или наличие периодов остановки в развитии и регресса.

Данные параклинических методов исследования: нейрофизиологического (ЭЭГ-видеомониторирование с включением ночного сна) – соответствие физиологической зрелости возрастным параметрам, ирритативная активность срединно-дизэнцефальных структур, наличие эпифеноменов; нейровизуализации (МРТ ГМ) - субатрофия различных отделов, наличие признаков перивентрикулярной лейкомаляции, расширенные периваскулярные пространства.

Качественный анализ диагностической значимости конкретных симптомов или стигм позволил определить алгоритмы диагностического процесса с выделением значимых признаков для дифференциации полиморфной группы случаев негрубой ретардации психического и речевого развития у детей дошкольного возраста:

1. Задержка темпа психического развития, отвечающая представлениям о конституциональной природе ретардации развития, ее равномерности, «непатологичности» и прогностической благоприятности для обучения и социальной адаптации.

2. Ретардация развития с отчетливым звучанием резидуальной органической недостаточности головного мозга в структуре клинико-психологических нарушений, определяющих картину состояния как парциальное или смешанное недоразвитие высших психических функций. Эта категория детей показала более отчетливую школьно-социальную дизадаптацию, нуждалась в индивидуализации образовательного маршрута, в комплексной и последовательной лечебно-абилитационной помощи, хотя в целом прогноз развития был благоприятным.

3. Диссоциированная задержка развития с отчетливой представленностью явлений аутистикоподобного круга. Негрубая выраженность симптомов и неполнота критериев условий диагностики детского аутизма не позволяли отнести этих детей в диагностические рубрики F84.0 – F84.5, однако основным фактором, определяющим прогноз и тактику коррекционно-развивающих и лечебных мероприятий, были аутистические особенности поведения, нередко приводящие к инвалидизации даже при относительно сохранных когнитивных возможностях.

4. Полиморфное сочетание негрубой ретардации психоречевого развития, органической неврологической недостаточности и аутистикоподобных явлений с характерными для этой группы неравномерностью ретардации развития, сочетанием черт разных типов дизонтогенеза, высокой представленностью резидуальной органической симптоматики, дисграфических стигм, кататоноподобной симптоматики при слабо выраженной аутизации в поведении ребенка. Несмотря на отсутствие отчетливой аутизации детей, составивших эту группу, прогноз развития был преимущественно неблагоприятным в связи с недостаточным для полноценного обучения прогрессом в развитии когнитивных функций.

В представленной ниже сводной таблице приведены показатели встречаемости диагностических признаков у детей разных групп. Не претендуя на статистическую значимость, приведенные данные позволяют выделить существенные диагностические признаки, указывающие на высокую вероятность принадлежности к определенной группе детей с пограничной ретардацией психического развития.

Признаки	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Оценка соматоневрологического статуса				
наличие дисрафических стигм	-	4%	15%	60%
наличие резидуальной органической неврологической симптоматики	3% (негрубо выражена)	100%	5%	60%
наличие соединительнотканной дисплазии	6%	12%	75%	80%
Оценка моторной сферы				
моторная неловкость	9%	100%	65%	100%
мышечная дистония	9%	48%	80% (преимущественно гипотония)	100%
наличие специфических двигательных явлений (стереотипные движения, парамимии, застывания, вычурные позы, манеризмы)	-	-	92%	100%
Оценка этологических и эмоционально-коммуникативных основ поведения				
слабая ориентировочная реакция на присутствующего взрослого	-	-	100%	73%
избегающее глазное поведение	-	-	100%	22%
слабая реакция на обращенную речь	-	8%	100%	56%
слабое вовлечение в «поле разделенного внимания» со взрослым	-	12%	100%	14%
Особенности психологического профиля				
задержанный тип дизонтогенеза	100%	68%	-	-
искаженный тип дизонтогенеза	-	-	80%	-
смешанный тип дизонтогенеза	-	34%	20%	100%
диссоциированность недостатков развития когнитивных функций	-	16%	100%	64%
несформированность диалогической игры	-	-	100%	73%
Особенности восприятия				
наличие гиперакузии	-	14%	90%	78%
явления «псевдослепоты», «псевдоглухоты»	-	-	100%	22%
выраженное предпочтение или избегание определенных сенсорных впечатлений	-	6%	75%	14%
Особенности развития речи				
нарушение коммуникативной функции речи	-	-	100%	64%
специфическое интонирование речи	-	22%	85%	14%
преобладание признаков артикуляционной диспраксии	-	32%	5%	56%
преобладание признаков акустико-гностического синдрома	3%	16%	85%	78%
признаки дизартрии	6%	86%	5%	22%
наличие патологических речевых феноменов (эхолалии, автономная речь, «тарабарская» речь, несоотнесенные вокализации)	-	14%	100%	100%
Параклиническая оценка морфофункциональных особенностей ГМ с использованием нейрофизиологических и нейровизуализирующих методов				
наличие структурной патологии	-	68%	15%	68%
наличие функциональной патологии	9%	82%	34%	100%

Нозоспецифичность, патобиологические и патогенетические механизмы, лежащие в основе задержки развития детей каждой из этих групп, требуют дальнейшего изучения, однако уже сейчас представляется возможным определение первоочередных мишеней лечебно-абилитационного воздействия. Таким образом, диагностическая дифференциация задержанного развития будет способствовать реализации принципа раннего терапевтического и коррекционно-развивающего вмешательства, позволяющего оптимизировать траекторию развития ребенка, свести к минимуму негативные социально-психологические последствия дизонтогенетических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы диагностики ЗПР детей / Под ред. К.С. Лебединской. - М.: Просвещение, 1982. - 125 с.
2. Дети с временными задержками развития / Под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. - М.: Просвещение, 1971. - 216 с.
3. Дети с ЗПР / под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. - М.: Просвещение, 1984. - 256 с.
4. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журн. невропатол. и психиатр.- 1981, № 10 - С. 1505-1509.
5. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. - М., 1979. - 608 с.
6. Козловская Г.В. Задержки психического развития. Патология психического развития / Под. ред. акад. А.С.Тиганова. - М.: НЦПЗ РАМН. -1998.
7. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - Т. 21., № 3. - С. 5-10.
8. Корень Е.В., Татарова И.Н., Марченко А.М., Дробинская А.О., Субботина В.В. Опыт применения МКБ-10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра международной классификации // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - Т.19, № 4. - С. 34-41.
9. Корень Е.В., Ковалев А.И. Перспективы классификации в детской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - Т.21, № 1. - С. 37-42.
10. Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10. Клинические описания и указания по диагностике. - СПб, 1994. - 300 с.
11. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. - М., 1997.
12. Лебединский В.В. Нарушения психического развития детей. - М. изд-во Москов. Ун-та, 1985. - 154 с.
13. Лубовский В.И. Дифференциальная диагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы / В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностики отклоняющегося развития. - М., 1998. - С. 67-74.
14. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. - М. Просвещение, 1993. - 194 с.
15. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2000. - 208 с.
16. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 624 с.
17. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1955.
18. Boyle M.H., Offord D.R., Racine Y. et al. Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: issues and prospects // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1996. Vol. 35, N 11. P. 1440-1448.

19. Cantwell D.P. Classification of child and adolescent psychopathology // J. Child Psychol. Psychiatry. 1996. Vol. 37, N 1. P. 3–12.

20. Child and adolescent psychiatry / M.Rutter, E.A.Taylor (Eds.). 4th ed. Wiley-Blackwell, 2005.

21. Jensen P.S., Mrazek D.A. Research and clinical perspectives in defining and assessing mental disorders in children and adolescents // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.

22. Kasius M.C., Ferdinand R.F., van den Berg H., Verhulst F.C. Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology // J. Child Psychol. Psychiatry. -1997.- Vol. 38,- N 6. P. 625–632.

23. Lengua L.J., Sadowski C.A., Friedrich W.N., Fisher J.J. Rationally and empirically derived dimensions of children's symptomatology: expert ratings and confirmatory factor analyses of the CBCL // Consult. Clin. Psychol. 2001. Vol. 69, N 4. P. 683–698.

24. Remschmidt H., van Engeland H. (Eds.). Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives. New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer, 1999.

25. Rutter M., Gould M. Classification // Child and adolescent psychiatry. Modern approaches / M.Rutter, L.Hersov (Eds.). Oxford: Blackwell, 1985.

26. Werry J.S. Child psychiatric disorders: are they classifiable? // Br. J. Psychiatry. 1992. Vol. 161. P. 472–480.

A.O. Drobinskaya, E.V. Koren, J.B. Kovalenko, D.S. Kosolapova, A.M. Marchenko, E.A. Trainina

DIAGNOSTIC DIFFERENTIATION OF MILD NEURODEVELOPMENTAL DELAYS IN PRESCHOOL AGE

Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow).

Abstract. The article looks at diagnostic algorithms facilitating the differentiation of polymorphic group of cases of mild neurodevelopmental delays with predominantly persistent difficulties in the acquisition and use of language in preschool age with reliance on diagnostically significant dysontogenetic and psychopathological symptoms.

Key words: diagnostics, neurodevelopmental delays, preschool age.

А.С. Рахимкулова, В.А. Розанов

НЕКОТОРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

У ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТРАКТОВКА

Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова, Институт инновационного и последиplomного образования (Одесса, Украина).

Резюме. Рисковое поведение подростков – область исследований, которая заслуживает особого внимания ввиду связи рискованного поведения с другими формами девиантного поведения включая суицидальное. Однако, несмотря на опасность и сложность последствий рискованного поведения, возможно, оно не является патологией развития индивида или группы. Исследование свидетельствует о значительной распространенности (более 50%) различных форм рискованного поведения и об их заметном преобладании среди юношей. В то же время, сочетание всех форм рискованного поведения у одной личности встречается достаточно редко (1%-3% в зависимости от пола). Максимум рискованной активности наблюдается в возрасте 14-15 лет, при переходе в группу 16-18 лет эта активность резко ослабевает. Полученные данные трактуются с позиций роли биологических, психологических и социальных факторов, вызывающих и влияющих на рискованное пове-

дение, в их совокупности.

Ключевые слова: рисковое поведение подростков, взаимосвязь рискового и суицидального поведения, подростки и риск.

Введение. В подростковом периоде, несмотря на большую (по сравнению с детьми) физическую силу, выносливость, скорость, сопротивляемость болезням, более развитые когнитивные навыки и навыки принятия решений, уровень смертности среди современных подростков увеличивается на 200%. Основные причины смертности среди подростков - несчастный случай, убийство и самоубийство – связаны со сложностью регуляции собственного поведения и контроля за эмоциями и обусловленной этим высокой склонностью к риску [6, 32].

Такое поведение свойственно не только человеку как виду, оно встречается и у других животных. Результаты исследований на грызунах и мартышкообразных обезьянах показали, что животные в «подростковом» возрасте, также как и люди, больше и чаще взаимодействуют со своими сверстниками, чем с родителями, проявляют рисковое поведение и стремятся к новым ощущениям. Это позволяет рассматривать поведение подростка как универсальное и имеющее определенную эволюционную ценность, а не только как обусловленное гормональными индивидуальными психосоциальными особенностями индивида [20, 21]. Традиционно склонность подростков к риску объясняли гормональными изменениями, связанными с началом полового созревания. В последнее время благодаря применению техник нейровизуализации появился ряд убедительных доказательств того, что развитие и созревание важнейших мозговых структур в этом периоде идет нелинейно. В частности, зоны, ответственные за эмоции, отличаются ранним созреванием, в то время как префронтальная кора отстает. Отсюда проистекают, как полагают многие, такие характеристики, как неэффективность при принятии решений и склонность к импульсивным действиям [4, 15, 20]. Ряд исследователей, в частности, подчеркивает важность изменений, происходящих в системе дофаминергической передачи вентральной области покрышки. Эта область тесно связана с формированием таких механизмов, как мотивация, ожидание награды и подкрепляющее поведение, которые играют огромную роль не только в процессе целеполагания и научения, но и в возросшей потребности налаживания взаимоотношений с противоположным полом. Эти же механизмы задействованы в экспериментировании с психоактивными веществами (ПАВ) и формировании чувства юмора у подростков [2].

Хотя биологические механизмы важны в формировании рискового поведения подростков, их роль проявляется в основном при влиянии социальных и психологических факторов [17]. С психологической точки зрения, подростковый возраст – период формирования самоидентификации. Часто подростковые импульсивность и эмоциональная нестабильность объясняются экспериментированием с различными новыми и непривычными ролями, необходимостью делать сложный выбор подходящей роли, формировать самооценку. Положительная самооценка, при ее безусловно позитивной роли, должна быть реалистичной, поскольку молодые лица с положительно завышенной самооценкой и обусловленными этим положительными иллюзиями оказываются более склонными к совершению рисковых и необдуманных действий [1, 22, 33]. Было также обнаружено, что мыслительные операции в этом возрасте зависят от эмоциональной значимости ситуации для подростка. Подросток уже имеет развитые исполнительские функции высокого порядка, среди которых умение планировать, принимать решения, адекватно выбирать метод реализации всех функций из широкой базы возможных сценариев. Тем не менее, подросток сильно зависит от эмоционального контекста и социального окружения в момент принятия решения [9, 10, 12, 22, 25].

Все перечисленные факторы, укладывающиеся в биопсихосоциальный подход, бы-

ли нами недавно более подробно проанализированы в обзоре [11]. В настоящей работе представлены некоторые характеристики рискованного поведения городских подростков. Следует отметить, что число подростков, вовлеченных в различные формы рискованного и девиантного поведения, включая суицидальное поведение, растет во всех странах мира независимо от экономического развития и особенностей культуры [13, 18]. В нашей культурной среде исследования, направленные на выявление распространенности различных проявлений рискованного поведения среди подростков редки.

Методика. В работе использована методология международного проекта SEYLE, направленного на выявление особенностей психического здоровья европейских городских подростков и превенцию суицидов среди них [34]. После согласования с управлением образования и администрацией города, при содействии и помощи школьных психологов и родительских комитетов школ нами проведено исследование, в котором приняли участие учащиеся средних школ (общеобразовательных, специализированных, лицеев и гимназий) г. Одессы, в возрасте от 12 до 18 лет. В основе исследования лежит опросник, содержащий 116 развернутых вопросов на базе 9 шкал, а именно:

- Глобальное Медицинское Исследование Учеников - шкала, позволяющая определить жизненный стиль и склонность к рискованному поведению испытуемых, сформированность привычек здорового образа жизни и вредных для здоровья привычек;
 - Шкала САН, определяющая субъективное ощущение самочувствия, активности, настроения, уровень эмоционального состояния;
 - Шкала Депрессии Бека;
 - Суицидальная Шкала Пайкеля, которая определяет наличие суицидальных мыслей и суицидального поведения;
 - Шкала Умышленных Самоповреждающих Действий;
 - Опросник Сильных сторон и Трудностей для сбора информации о просоциальном поведении, особенностях коммуникации и построения отношений со сверстниками и взрослыми, о гиперактивности и/или дефиците внимания, эмоциональных симптомах и иных проблемах;
 - Рискованное поведение (употребление ПАВ, рискованное вождение и езда с пьяным водителем, насилие и физическая агрессия и др.);
 - Опросник Янга, определяющий интернет-зависимость подростков, а также сформированные привычки в использовании Интернета;
 - Вопросы из Европейского Исследования Ценностей, которые определяют ценности испытуемого, отношение к религии, семье, женитьбе, работе, дружбе;
 - Специальные вопросы, составленные для проекта SEYLE, касающиеся увлечений, хобби, копинга, стрессовых жизненных ситуаций, травм, дискриминации, психического здоровья подростков, алкоголизма и наркомании, а также отношения к своему будущему. Данный опросник был переведен и адаптирован к культурным условиям нашей страны. В исследовании принял участие 601 подросток. Участники исследования распределились по полу и возрасту следующим образом (рис. 1)
- Склонность к рискованному поведению в использованном инструменте определялась с помощью следующих вопросов (с вариантами ответов «нет, никогда», «да, иногда», «да, часто», «да, постоянно»):
- В течение последних 12 месяцев ездили ли вы с водителем, который управлял транспортным средством в нетрезвом состоянии?
 - В течение последних 12 месяцев катались ли вы на роликовых коньках или скейтборде по проезжей части и без шлема?
 - В течение последних 12 месяцев катались ли вы по проезжей части, между машинами или зацепившись сзади за автобус или другое транспортное средство?

- В течение последних 12 месяцев ходили ли вы в опасные места, например, в ночное время суток или в районы/улицы, где с вами может случиться что-то плохое?

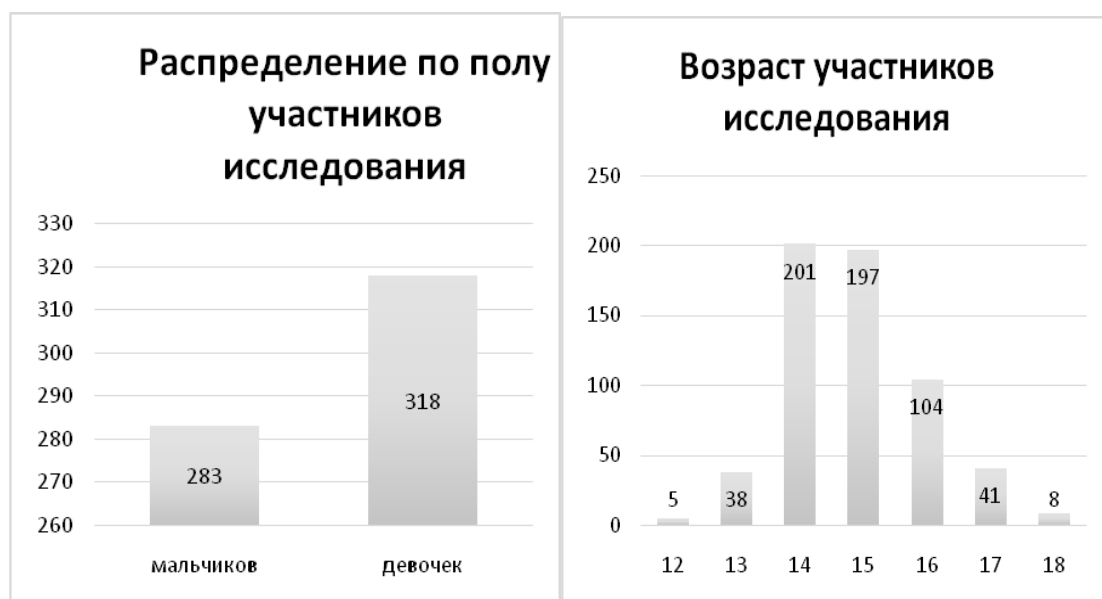


Рис. 1. Половозрастная структура обследованной выборки.

Результаты и обсуждение. На первом этапе мы проанализировали частоту всех положительных ответов на вопросы, ассоциируемых с риском. Анализ показал, что при таком подходе большая часть подростков (57%) проявляет склонность к риску и только 43% участников не отметили склонности к рисковому поведению. Как и ожидалось, мальчики чаще, чем девочки, склонны предпринимать рискованные действия, а подростки в возрасте 12-13 лет идут на риск чаще, чем подростки в возрасте 14-18 лет.

То, что большинство подростков проявляет тот или иной риск, можно трактовать как своеобразную норму для наиболее активной части этой возрастной группы, возможно, основу более раннего формирования будущей независимости и самостоятельности.

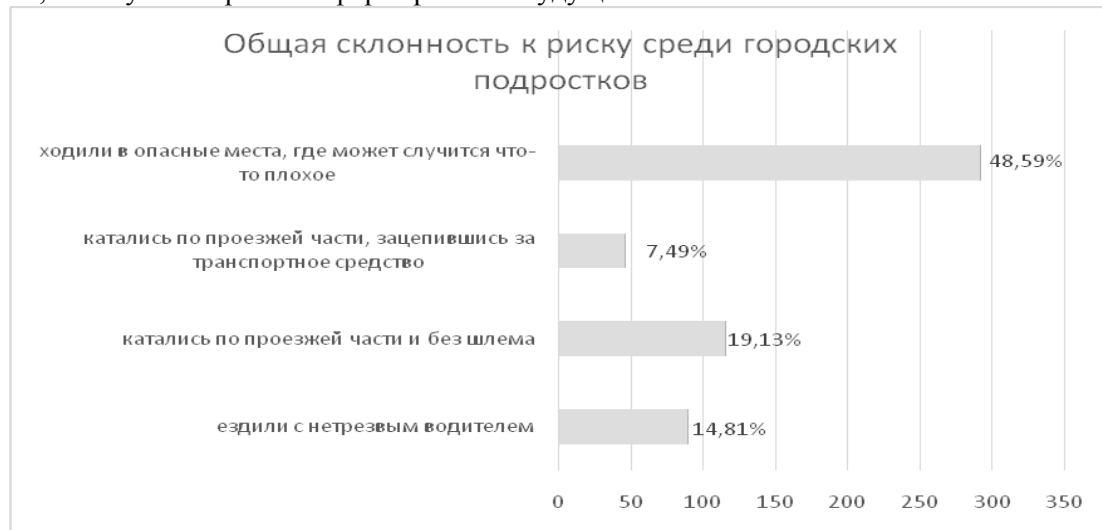


Рис.2. Общая склонность к риску городских подростков



Рис.3. Распределение по полу подростков, не проявивших склонности к риску.

Эти выводы совпадают с наблюдениями за поведением животных, достигших периода полового созревания, и подчеркивает эволюционную значимость готовности особи рисковать для достижения большей свободы и независимости от соплеменников и обстоятельств, достижения большей власти (например, захвата территории) и репродуктивного успеха [1, 31]. В то же время, нам представлялось важным выявить границы позитивного и потенциально опасного рискового поведения.

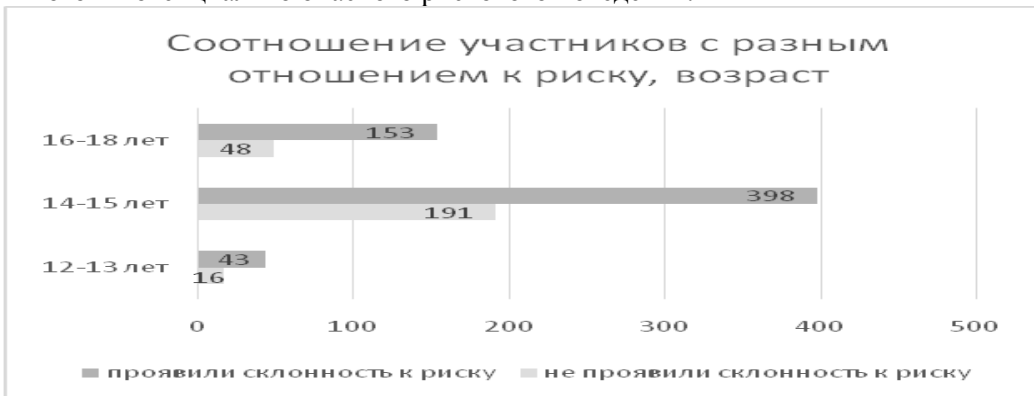


Рис. 4. Соотношение подростков, проявивших и не проявивших склонности к риску, распределение по возрасту.

В связи с этим дополнительного внимания заслуживает группа подростков, которые дали положительный ответ на все вопросы, связанные с проявлением рискового поведения (рис. 5, 6). Эта группа весьма немногочисленна (на уровне 1-3%), но именно она может быть группой повышенного риска. Известно, что рисковое и девиантное поведение имеют тенденцию кластеризоваться, т. е. проявляться в сочетании друг с другом, становясь к концу подросткового периода относительно стабильной чертой личности.

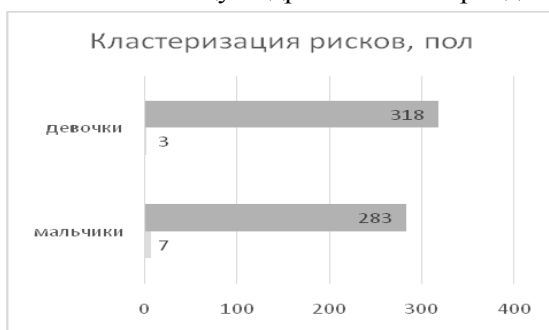


Рис.5. Кластеризация рискового поведения в зависимости от пола.

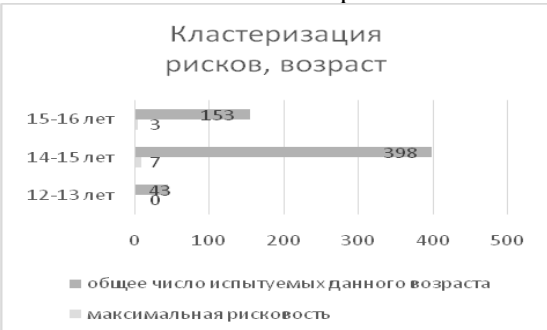


Рис.6. Кластеризация рискового поведения в зависимости от возраста.

Эти подростки в два раза чаще – мальчики, и их поведение становится более заметным в возрастной группе 14-15 лет (рис. 5, 6).

Если говорить о всех проявлениях риска, включая самые легкие, то по всем без исключения типам рискованного поведения мальчики стабильно имеют более высокие показатели, чем девочки, что можно видеть на рис. 7. Это особенно выражено по такому показателю, как езда, зацепившись за транспорт («зацепинк»).



Рис. 7. Склонность подростков к риску в зависимости от пола

Гендерные различия с биологической точки зрения можно объяснять, например, большей развитостью у мужчин тех областей мозга, которые характеризуется высокой плотностью рецепторов половых стероидов (рецепторы андрогенов, эстрогенов и прогестерона), или различными сроками созревания серого и белого вещества в коре у мужчин и женщин, что связано с контролем поведения [23, 24, 28]

Психологические различия между мужчинами и женщинами также объясняют большую склонность мужчин к риску. Если говорить о генерализированной тенденции к поиску ранее не изведанных интенсивных переживаний и готовности подвергнуть себя физическому риску ради подобного чувственного опыта, то среди мужчин это выражено заметно больше, чем среди женщин [6, 7, 19, 26, 28].

Помимо этого, мальчики чаще, чем девочки, склонны к положительным иллюзиям и переоценке исхода ситуации в свою пользу на основании завышенной самооценки. Это один из самых распространенных механизмов вовлеченности подростков в рискованное поведение: с одной стороны, они достаточно трезво могут оценить возможные последствия своего поступка, но с другой стороны, иллюзия «Это может случиться с кем-то, но не со мной» всегда позволяет подростку найти оправдание своим действиям. Примечательно то, что при положительном закреплении данного механизма в подростковом возрасте (т. е. когда при такого рода действиях подростку действительно удалось избежать негативных последствий), он становится более-менее устойчивой когнитивной уже взрослой личности любого пола и может привести к гораздо более трагичным последствиям [3, 30, 33].

Также мальчикам, чаще, чем девочкам, свойственны ментальные установки, связанные с пренебрежительным отношением к здоровью («Переживать об этом – не мужски»), которые служат основой рискованного поведения. Это подтверждается тем, что подростки, чаще пренебрегающие своим здоровьем и безопасностью, склонны к совершению рискованных и девиантных действий [6, 15, 20].

На распространенность склонности к рисковому поведению среди мальчиков безусловно влияют и социальные факторы. Традиционно считается, что девочки гораздо больше подвержены влиянию социальной группы и более конформны в своем поведении и принятии решений, и, следовательно, социальные факторы обычно сдерживают их рисковое поведение. С другой стороны, мальчики вынуждены бороться за получение более высокого статуса в своей социальной группе, гарантирующего большую успешность как личную, так и социальную, что может объяснять более высокую склонность мальчиков-подростков к риску. Рисковое поведение мальчика-подростка в принципе является здоровой тенденцией заявить о своем праве считаться полноценным, хоть и новоявленным, членом своей социальной группы, не зависящим от своей семьи. Такой подход может объяснить разницу поведения мальчиков и девочек в присутствии своих сверстников. Так, девочки меняют свои паттерны поведения на более рисковые, если в группе присутствуют мальчики, и не меняют своего поведения, если группа состоит только из девочек. В то же время мальчики меняют паттерны своего поведения в присутствии как мальчиков, так и девочек [8, 9, 16, 23].

Наши данные также показывают, что различное восприятие риска и отношение к нему подростков обусловлено не только полом, но и разницей в возрасте в этом периоде (рис. 8). Максимум рискованной активности наблюдается в возрасте 14-15 лет, причем при переходе в старшую группу (16-18 лет) эта активность резко ослабевает. Объяснение данного феномена наиболее логично с позиций дифференциального созревания коры и компонентов лимбической системы [20, 21]. Очевидно, мы наблюдаем эффект когнитивного развития подростка по сравнению с ребенком, интеллектуальные возможности и самосознание поднимаются на новый уровень. По мере созревания мозговых структур к 14-15 годам подросток становится способен абстрактно мыслить предложениями и устанавливать логические связи между ними, а не только внутри них, расширяется круг областей знаний и компетенций, в которых он в состоянии применять формально-логические операции [10, 24, 26]. Когнитивное развитие подростка стимулирует и постепенную независимость его от собственных представлений и ощущений, которые все меньше теперь влияют на его суждения, хотя на этом этапе самосознание подростка все еще служит главным образом для удовлетворения его целей в самовыражении и самоутверждении. Ряд исследователей отмечает также зависимость между началом и успешностью перехода подростка к формально-логическому мышлению от социального окружения, в котором он находится, и его эмоционального состояния [9, 22].

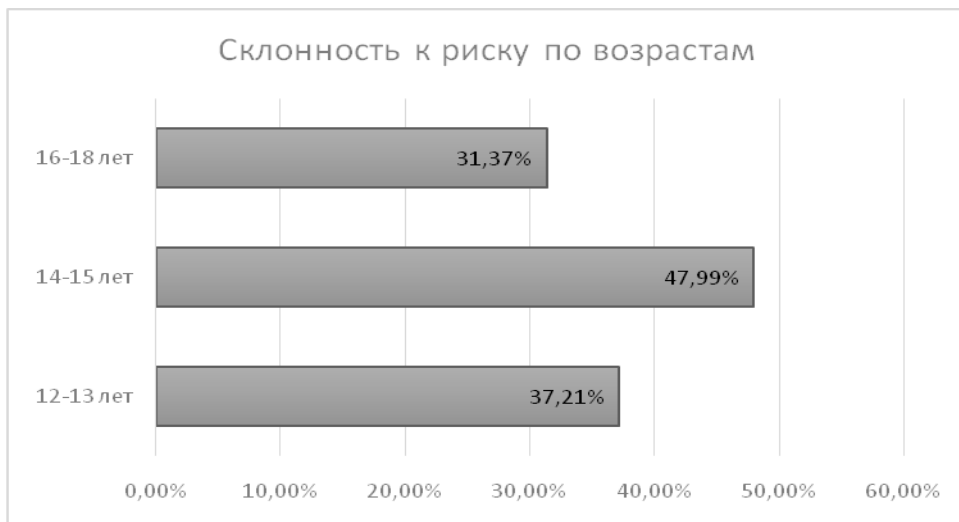


Рис. 8. Склонность к рисковым действиям на разных этапах подросткового возраста.

Указанные особенности психосоциального развития определяют и разницу в восприятии подростками различных возрастов ситуаций как рискованных и, соответственно, характер алгоритмов принятия решений поведению в данных ситуациях. На представленных диаграммах видно, что рискованные действия в эмоционально нейтральных ситуациях все-таки, более свойственны младшим подросткам, и по мере взросления подростка его неоправданная рискованная активность имеет тенденцию к снижению.

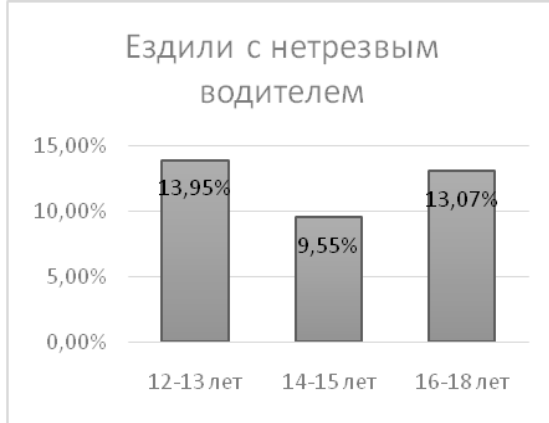


Рис.9. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев ездили ли вы с водителем, который управлял транспортным средством в нетрезвом состоянии?»



Рис.10. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев катались ли вы на роликовых коньках или скейтборде по проезжей части и без шлема?»



Рис. 11. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев катались ли вы по проезжей части, между машинами, или зацепившись сзади за автобус или другое транспортное средство?»



Рис. 12. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев ходили ли вы в опасные места, например, в ночное время суток или в районы / улицы, где с вами может случиться что-то плохое?»

Некоторые из вопросов не могут быть восприняты как «истинно рискованные» ввиду особенностей культуры нашей страны, например, об использовании шлема при катании на роликах или скейте. Тем не менее, можно проследить, что процент подростков, выполняющих даже такие рискованные действия, имеет тенденцию к снижению по мере взросления. Особенно это касается езды, зацепившись за транспорт. Это совпадает с выводами D.J. Paulsen, который наблюдал процесс принятия решений в рискованных ситуациях

детьми, подростками и взрослыми. В эмоционально нейтральных ситуациях наиболее высокие показатели по принятию рискованных решений демонстрировали не подростки, как считалось долгое время, а дети доподросткового возраста, причем с увеличением рискованного уровня задачи увеличивался и уровень вовлеченности детей в рискованные импульсивные решения, в то время как уровень вовлеченности в рискованные решения подростков и взрослых снижался. Аналогичные выводы были сделаны и в исследованиях S. Burnett, и I. Levin [19, 25, 27].

Подобные наблюдения еще раз подчеркивают необходимость различать склонность к риску как проявление импульсивности при принятии решений и склонность к риску как черту личности. В то время как импульсивность линейно регрессирует по мере взросления ребенка, т. к. больше связана с развитием способности к когнитивному контролю и биологически обусловлена особенностями развития префронтальной коры, склонность к риску как личностная особенность является более-менее стабильной чертой и действительно усиливается в подростковом периоде, т. к. напрямую зависит от процессов, происходящих в лимбических субкортикальных системах (особенно области миндалины) [21, 32].

Особого внимания заслуживают результаты ответа на вопрос о езде с нетрезвым водителем, которые не соответствуют паттерну снижения с возрастом, а наоборот более высоки для старших подростков. Можно предположить, что если старший подросток (биологически и психологически почти взрослый человек), не воспринимает данную ситуацию как опасную или рискованную, это само по себе является достаточно серьезной проблемой. Можно попытаться объяснить поведение, при котором потребление алкоголя не рассматривается как угрожающее здоровью или как явление, способное повлечь серьезные последствия как для самого потребляющего, так и для его окружения (включая вождение автомобиля в нетрезвом виде), как культурно-обусловленный феномен. В то же время, вне зависимости от культуры, в современном обществе можно наблюдать тенденцию «омоложения» как алкоголизма, так и других форм употребления ПАВ, что можно рассматривать в контексте ухудшения психического здоровья в целом [5, 6, 32]. Мы полагаем, что более точное объяснение причин такого поведения будет получено после анализа ответов на те вопросы исследования, которые касаются привычек употребления ПАВ.

Выводы. Изменения на биологическом уровне не ограничиваются традиционно рассматриваемыми аспектами полового созревания ребенка, они затрагивают глубокие перестройки и настройки мозговых структур, что влияет на особенности когнитивного и эмоционального развития подростка. Несоответствие уровней развития отдельных отделов мозга и недостаточное владение навыками саморегуляции создает биологически обусловленные предпосылки для принятия неэффективных решений в сложных ситуациях, в частности неоправданный риск или агрессивное/аутоагрессивное поведение. Влияние социального окружения заключается в том, что оно может как усиливать, так и ослаблять воздействие биологических факторов и, соответственно, способствовать выработке как более продуктивного, так и более деструктивного паттерна поведения подростка. Задача превентивных стратегий, на наш взгляд, заключается в том, чтобы, учитывая биологические особенности подростков, прежде всего мальчиков, использовать социальные факторы защитного характера для предотвращения принятия подростками неоптимальных решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астанина Н.Б. Теоретический анализ факторов противоправного поведения подростков // Коррекционная педагогика. - 2009. - № 3 (33). - С. 70-77.
2. Барский В.И., Аксенова М.Г., Козлова О.Б., Кириллов А.В., Демин А.А., Ильиных Л.М. Ассоциация полиморфизмов генов дофамина (DRD2) и серотониновой

(HTR2A) систем с личностными характеристиками подростков // Гигиена и санитария. - 2010. - № 6. - С. 47-50.

3. Волкова Л.А. Причины криминально-агрессивного поведения подростков // Среднее профессиональное образование. - 2009. - № 8. - С. 70-72.

4. Евдокимов А.Г. Физиологические критерии склонности к рискованному поведению у лиц молодого возраста: автореф. дис. канд. мед. наук / А. Г. Евдокимов; Рос. ун-т дружбы народов. - Волгоград, 2010. - 21 с..

5. Колесова Л.С. Профилактика рискованного поведения подростков // Педагогика. - 2005. - № 8. - С. 50-60.

6. Копытов А.В. Взаимосвязь поиска ощущений и склонности к риску у подростков и молодых людей мужского пола с алкогольной зависимостью // Наркология. - 2012. - № 12. - С. 52-57.

7. Маркова А.И. Рискованное поведение подростков-старшеклассников // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2007. - № 4. - С. 47-53.

8. Марцинковская Т.Д. Информационное пространство как фактор социализации современных подростков // Мир психологии. - 2010. - № 3. - С. 90-102.

9. Миронова М.С., Сетко Н.П. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков // Здравоохранение РФ. - 2011. - № 1. - С. 56-57.

10. Пиаже Ж.. Избранные психологические труды. - М.: Международная педагогическая академия, 1994. - 680 с.

11. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Сицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. - 2013. - Т.4 (11), № 2. - С.8-24.

12. Рождественская Н.А., Мамонова А.М. Формирование у подростков конструктивных стратегий поведения в конфликтных ситуациях // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. - 2010. - № 1. - С. 110-116.

13. Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 1(28). - С. 53-61.

14. Савкина Т.О., Слободская Е.Р. Структура поведения подростков за компьютером: связи с личностными особенностями // Сибирский психологический журнал. - 2011. - № 39. - С. 97-103.

15. Чубаровский В.В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков // Гигиена и санитария. - 2009. - № 2. - С. 63-66.

16. Чубаровский В. В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков: проблемы, пути решения, технологии // Школа здоровья. - 2009. - № 3. - С. 26-30.

17. Arnett J.J. Adolescent Storm and Stress, Reconsidered // American Psychologist. - 1999. - V.54(5). - P.317-326.

18. Brown P. Choosing to die – a growing epidemic among the young // Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (12). - P. 1175-1177.

19. Burnett S., Bault N., Coricelli G., Blakemore S.-J. Adolescents' heightened risk-seeking in a probabilistic gambling task // Cognitive Development. - 2010. - V.25(2). - P. 183-196.

20. Casey B.J., Jones R.M., Todd A.H. The adolescent brain // Annals of the New York Academy of Science. - 2008. - V.1124. - P.111-126.

21. Casey B.J., Duhoux S., Cohen M.M. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? // Neuron. - 2010. - V.67(5). P.749-60

22. Gerrard M, Gibbons F.X., Benthin A.C., Hessling R.M., A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: what you do shapes what you think, and vice versa //Health Psychology. - 1996. - V.15(5). - P.344-354.

23. Giedd J.N., Raznahan A., Mills K.L, Lenroot R.K. Review: magnetic resonance imag-

ing of male/female differences in human adolescent brain anatomy. // *Biology of Sex Differences*. – 2012. – V.3. – P.19.

24. Gogtay N., Giedd J.N., Lusk L., et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. // *Proceedings of the National Academy of Science USA*. – 2004. – V.101(21). – P.8174–8179.

25. Levin I., Hart S., Weller J., Harshman L. Stability of choices in a risky decision-making task: a 3-year longitudinal study with children and adults // *Journal of Behavioral Decision Making*. – 2007. – V.20. – P. 241–252.

26. Martin C., Kelly T., Rayens M., Brogli B., Brenzel A., Smith W., et al. Sensation seeking, puberty and nicotine, alcohol and marijuana use in adolescence // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2002. – V.41. – P.1495–1502.

27. Paulsen D.J., Platt M.L., Huettel S.A., Brannon E.M. Decision-Making Under Risk in Children, Adolescents, and Young Adults // *Frontiers in Psychology*. – 2011. – V.2. – P. 72.

28. Ranking J., Lane D., Gibbons F., Gerrard M. Adolescent self-consciousness: Longitudinal age changes and gender differences in two cohorts // *Journal of Research on Adolescence*. – 2004. – V.14. – P.1–21.

29. Reyna V.F., Farley F. Risk and rationality in adolescent decision-making: Implications for theory, practice, and public policy // *Psychological Science in the Public Interest*. – 2006. – V.7. – P.1–44.

30. Smith, Gabie E.; Gerrard, Meg; Gibbons, Frederick X. Self-esteem and the relation between risk behavior and perceptions of vulnerability to unplanned pregnancy in college women // *Health Psychology*. – March 1997. – Vol. 16(2). – P.137–146.

31. Spear L.P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2000. – V.24(4). – P.417–463.

32. Steinberg Laurence, A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking // *DevelopmentReview*. – March 2008. – V.28(1). – P.78–106.

33. Taylor, Shelley E.; Kemeny, Margaret E.; Reed, Geoffrey M.; Bower, Julianne E.; Gruenewald, Tara L., Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*. – January 2000. – Vol. 55(1). – P. 99–109.

34. Wasserman D., Carli V., Wasserman C. et al., Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. - 2010; *BMC Public Health*. – V. 10. – P.192.

A.S. Rakhimkulova, V.A. Rozanov

SOME MANIFESTATIONS OF RISKY BEHAVIOR AMONG CITY ADOLESCENCE: BIO-PSYCHO-SOCIAL INTERPRETATION

Odessa National University after I.I. Mechnikov, Institute of Innovative and Postdiploma Education (Odessa, Ukraine).

Resume. Adolescent risky behavior is an area of research which deserves special attention so far as it is tightly connected with other forms of deviant behavior, including suicidality. However, despite the danger and complexity of the consequences of risky behavior it might not be a pathology of either individual or group behavior. Current study (601 persons 12-18 years old) testifies that different signs of risky behavior have high prevalence (more than 50%) among modern adolescents. On the other hand combination of all studied form of risky behavior in one personality is quite rare (1-3% depending on gender). Risky behavior is mostly prominent in the age group 14-15 years while in age group 16-18 years prevalence falls. The results obtained are discussed from the point of view of biological, psychological and social factors that determine and influence the risky behavior.

Keywords: adolescent risky behavior, risky behavior among adolescent youth, interconnection of risky and suicidal behavior.

В.С. Собкин, Д.В. Адамчук, А.В. Федотова
**ПОДРОСТОК: О ДОПУСТИМОСТИ ВСТУПЛЕНИЯ
В СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ**

ФГНУ «Институт социологии образования» РАО (Москва)

Резюме. В статье приводятся результаты социологического опроса старшеклассников относительно особенностей их сексуального поведения. Анализируется отношение старшеклассников к возрастной ограничительной норме на вступление в сексуальные контакты и их реальное поведение с учетом гендерных, возрастных и социально-стратификационных различий. Показано влияние на формирование у подростка представлений о возрастной норме вступления в сексуальные отношения таких факторов, как полнота/неполнота родительской семьи и религиозная самоидентификация.

Ключевые слова: сексуальное поведение, сексуальные установки, подростковый возраст, нормативная регуляция, возрастная норма, социальная норма.

Реальное представление о начале половой жизни среди школьников получить довольно сложно. Здесь можно опираться либо на данные социологических исследований, либо на косвенные данные официальной статистики [2, 3]. Следует отметить, что результаты социологических опросов, проводимых различными социологическими службами, весьма противоречивы, и все же важные тенденции, по-видимому, они ухватывают. Так, по данным сравнительных социологических исследований Института социологии РАН (1993-1995 гг.), весьма значительная доля школьников и учащихся ПТУ приобрела сексуальный опыт в возрасте до 16-ти лет, причем среди юношей этот процент заметно выше, чем среди девушек [7]. Сопоставление с данными о возрасте начала половой жизни у родителей показывает, что нормы начала половых отношений для детей среди самих родителей существенно демократизировались по сравнению с теми, которых они придерживались при начале своей собственной сексуальной жизни. Стоит добавить, что и подростковая среда достаточно либеральна в отношении возможностей вступления в половые контакты, причем ключевым моментом, оправдывающим вступление в половые связи до брака, является *чувство любви* [4-6]. Вместе с тем важно подчеркнуть не только общую социокультурную тенденцию, касающуюся возрастного сдвига начала половой жизни, но и связь этого сдвига с нормативными представлениями о том, *в каком возрасте начало половой жизни допустимо*. Иными словами, важна фиксация не только возрастной границы полового дебюта, но и представление подростка о допустимости ее нарушения. Именно на сопоставлении этих двух моментов мы и попытаемся рассмотреть вопрос о вступлении в сексуальные отношения современных школьников.

Данная статья основана на результатах исследования, проведенного в рамках работ по проекту №12-06-00958 при грантовой поддержке РГНФ в 2012-2013 гг. В ходе реализации исследовательской программы опрошены 1540 учащихся 7-х, 9-х и 11-х классов. С помощью анонимного анкетного опроса выяснялось мнение подростков относительно достаточно широкого круга вопросов, касающихся сексуальной жизни: допустимость вступления в сексуальные отношения, стилевые особенности сексуального поведения, отношения родителей и сверстников к сексуальной жизни подростка, источники информации об использовании средств контрацепции, отношение к сценам насилия и эротике на телеэкране и др.

Для выяснения отношения подростков к возрастной ограничительной норме, регулирующей сексуальное поведение, мы задавали учащимся специальный вопрос о том, как они относятся к *допустимости* сексуальных контактов в их возрасте. При этом предлагались четыре различных варианта ответа. Первый позволяет выделить группу

тех подростков, кто ориентирован на принятие возрастной нормы и следует ей на поведенческом уровне. Позиция этой группы может быть сформулирована следующим образом: «Я считаю, что сексуальные контакты недопустимы в моем возрасте, и не веду половую жизнь». Второй вариант направлен на выявление подростков, которые не считают, что данная норма «безусловна», однако они следуют ей на поведенческом уровне: «Я считаю, что сексуальные контакты вполне допустимы в моем возрасте, но сам(а) не веду половую жизнь». Третий вариант ответа позволяет определить тех, кто переживает ситуацию сексуальных отношений как конфликтную. Эту группу составляют подростки, принимающие запретительную норму на когнитивном уровне, но нарушающие ее на поведенческом: «Я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь». И, наконец, четвертый вариант ответа позволяет выделить тех подростков, кто не находится в конфликтной ситуации: «Я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь». В табл. 1 приведено распределение ответов учащихся на этот вопрос.

Таблица 1. Мнения подростков о допустимости вступления в сексуальные отношения в их возрасте (%).

отношение к возрастной норме	среднее	маль- чики	девоч- ки	p=
я считаю, что сексуальные контакты недопустимы в моем возрасте, и не веду половую жизнь	33,5	23,4	41,6	.0001
я считаю, что сексуальные контакты допустимы в моем возрасте, но сам(а) не веду половую жизнь	33,6	34,8	33,2	—
я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь	7,2	8,5	5,8	.05
я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь	14,8	21,1	9,5	.0001
затрудняюсь ответить	11,0	12,2	9,9	—

Как видно из приведенных данных, практически каждый пятый подросток (22,0%, суммарно это подростки, выбравшие третий либо четвертый варианты ответа) указал на то, что у него есть опыт сексуальных отношений. Остальные же (и таких подавляющее большинство) не имеют подобного опыта. При этом безусловно принимают возрастную ограничительную норму и следуют ей («Сексуальные контакты недопустимы в моем возрасте, и я не веду половую жизнь») в целом каждый третий (33,5%). В данном случае важно обратить внимание на то, что доля таких ответов среди девушек существенно выше, чем среди юношей, соответственно: 41,6% и 23,4% (p=.0001).

Таким образом, запретительная норма на вступление в половые контакты в «женской» подростковой субкультуре оказывается более действенной. Следует также обратить внимание на то, что отвергает данную норму и не следует ей («Я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь») практически каждый седьмой подросток (14,8%). Причем число таких ответов у мальчиков заметно выше, чем среди девочек, соответственно: 21,1% и 9,5% (p=.0001). В целом приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что в подростковой среде отчетливо проявляются гендерные различия относительно принятия возрастной нормы, запрещающей половые связи: среди девочек заметно выше доля тех, кто склонен придерживаться запретительной нормы, тогда как мальчики, напротив, чаще склонны отвергать возрастные запреты.

Особый интерес представляют ответы, фиксирующие наличие конфликта между

принятием возрастной нормы запрета на вступление в сексуальные отношения и поведением. Так, треть школьников (33,6%) демонстрирует отказ от запретительной нормы, однако на уровне поведения следует ей («Сексуальные контакты допустимы в моем возрасте, но сам(а) не веду половую жизнь»). Характерно, что подобная позиция в равной степени распространена как среди мальчиков, так и среди девочек. Параллельно с этим относительно небольшая часть школьников (7,2%) фиксирует наличие внутреннего конфликта относительно нарушения культурно заданной возрастной ограничительной нормы на вступление в сексуальные отношения («Я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь»). Причем доля таких ответов среди мальчиков несколько выше, чем среди девочек, соответственно 8,5% и 5,8% ($p=0.05$). Таким образом, мы видим, что для весьма значительной части подростков сам вопрос о вступлении в сексуальные отношения в их возрасте является проблемным.

В связи с этим важно рассмотреть возрастную динамику ответов учащихся. Материалы исследования свидетельствуют о том, что на рубеже 9-го и 11-го классов в отношении подростков к «запрету» на сексуальные контакты происходят заметные изменения (см. рис. 1). Данные, приведенные на рисунке, позволяют выделить два возрастных этапа, когда происходит явное изменение отношения подростков к нормам, регулирующим допустимость вступления в сексуальные отношения. Так, на рубеже 9-го класса явно снижается доля тех, кто считает недопустимым ведение половой жизни в их возрасте, и параллельно увеличивается доля допускающих возможность вступления в сексуальные отношения, но не ведущих половую жизнь. Иная ситуация отношения к сексуальным контактам характерна для учащихся выпускных классов: к 11-му классу лишь небольшое число учащихся безусловно принимает запретительную норму (12,0%), и в то же время более четверти (28,7%) считает подобные контакты в их возрасте совершенно естественными и ведет половую жизнь.

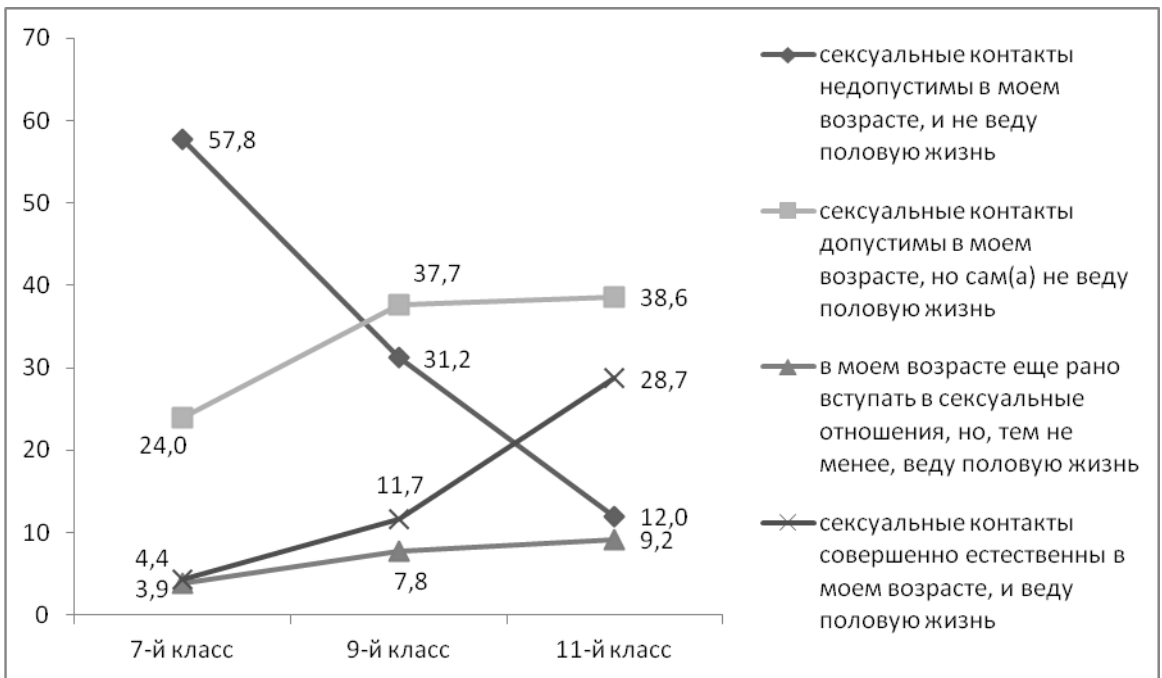


Рисунок 1. Возрастная динамика изменения отношения подростков к запретительным нормам, регулирующим сексуальные контакты (%).

Таким образом, общая возрастная логика изменений отношения к возможности сексуальной жизни в подростковой среде выглядит следующим образом: на этапе завершения младшего подросткового возраста (7 класс) явно доминирует запретительная норма; на рубеже 9-го класса проявляется выраженный нормативный конфликт, когда примерно равное число подростков принимает либо отвергает запретительную норму; на этапе окончания школы запретительная норма явно теряет свою значимость, и, напротив, резко повышается число тех школьников, кто уже имеет опыт сексуальных отношений. Подчеркнем, что именно 9-й класс можно рассматривать как ситуацию, характеризующую своеобразный нормативный кризис, когда в сообществе сверстников наиболее неоднозначны оценки, касающиеся допустимости вступления подростка в сексуальные отношения.

Обсуждая возрастную динамику, следует обратить внимание на гендерные различия. Здесь можно выделить два момента: первый касается возрастных различий в безусловном принятии запретительной нормы (см. рис. 2).

На рисунке отчетливо видно, что безусловное принятие запретительной нормы («сексуальные контакты недопустимы в моем возрасте, и я не веду половую жизнь») гораздо более распространено среди девочек. Причем, несмотря на общее падение значимости этой нормы, явно выраженные гендерные различия сохраняются и в 7-м, и в 9-м классах. Лишь к 11-му классу различия в ответах мальчиков и девочек практически нивелируются.

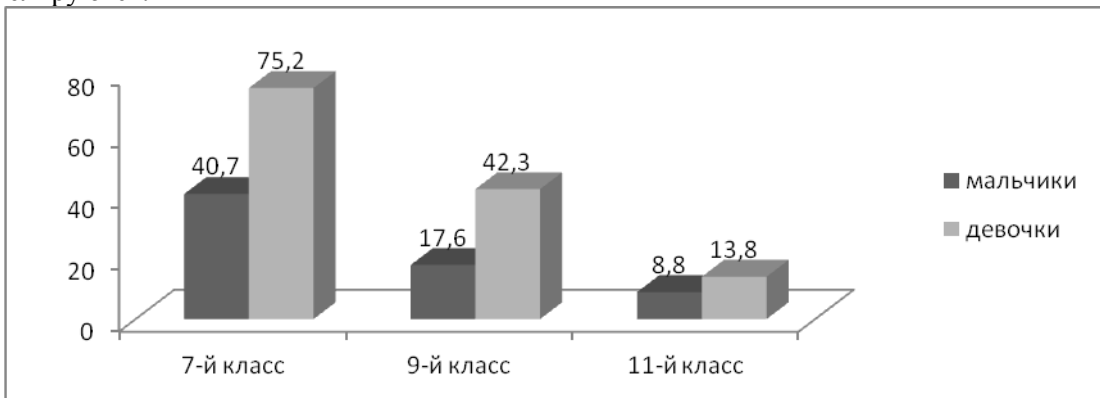


Рисунок 2. Возрастная динамика безусловного принятия запретительной нормы на вступления в сексуальные отношения у мальчиков и девочек (%)

Второй момент касается снятия нормативного запрета и вступления в сексуальные отношения («сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и я веду половую жизнь»). Возрастная динамика выборов школьниками этого варианта ответа приведена на рисунке 3. На рисунке отчетливо видно, что на рубеже 9-го класса среди мальчиков происходит явная переориентация на допустимость сексуальных отношений именно на поведенческом уровне. Среди девочек же этот сдвиг происходит лишь в 11-м классе. И в этом контексте можно говорить о явных различиях в отношении к сексуальным контактам в мужской и женской подростковых субкультурах: в отношении мальчиков подобные запреты оказываются менее жесткими.

В целом подобная динамика свидетельствует о том, что на рубеже перехода в старшее звено школы происходит переоценка значимости возрастной запретительной нормы относительно вступления подростков в сексуальные отношения. Норма в этом возрасте уже не рассматривается как безусловная, однако значительная часть подростков продолжает следовать ей в своем поведении.

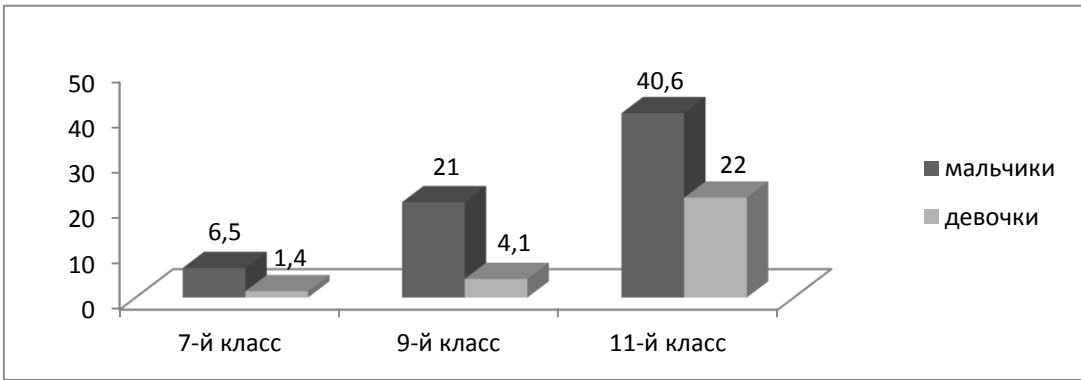


Рисунок 3. Доля мальчиков и девочек в разных возрастных когортах, считающих, что «сексуальные контакты совершенно естественны в их возрасте и ведущих половую жизнь (%)»

Заметим, что сопоставление возрастной динамики ответов мальчиков и девочек позволяет выделить особую логику культурной регуляции сексуального поведения: на первом этапе снижается значимость безусловного принятия запретительной нормы в подростковой среде, и лишь после этого происходят явные изменения и на поведенческом уровне.

Анализируя особенности отношения подростков к запретительной норме вступления в сексуальные контакты важно обратить внимание на вариант ответа, который фиксирует явно выраженную конфликтную ситуацию: запретительная возрастная норма принимается, и в то же время в реальном поведении она нарушается («в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но я веду половую жизнь»). Особый интерес здесь представляет рассмотрение доли выбравших данный вариант ответа не относительно всех респондентов в той или иной возрастной когорте, а именно от тех, кто имеет опыт сексуальных отношений. Иными словами, вопрос заключается в том, какова доля подростков, переживающих конфликт нарушения возрастной нормы, среди учащихся 7-х, 9-х и 11-х классов, ведущих половую жизнь. Полученные данные показывают, что среди семиклассников, имеющих опыт сексуальных отношений, доля переживающих вступление в половые связи как нарушение запрета весьма высока: среди девочек она составляет 62,5%, среди мальчиков — 46,2%. При этом характерно, что у девочек-девятиклассниц она остается такой же высокой (58,6%), в то время как у мальчиков на данном возрастном этапе она заметно снижается (33,3%). К окончанию же школы по сравнению с 9-м классом и у девочек, и у мальчиков доля переживающих нормативный конфликт в связи с вступлением в сексуальные отношения снижается практически в два раза: у девочек до 28,0%, у мальчиков – до 18,8%. Графически эта тенденция представлена на рис. 4.

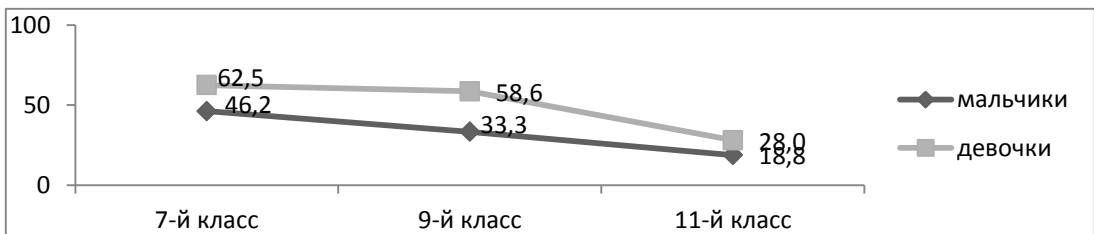


Рисунок 4. Возрастная динамика учащихся, переживающих конфликт в связи с нарушением запретительной нормы на вступление в сексуальные отношения (% от подростков, имеющих сексуальный опыт)

Приведенные данные показывают, что среди девочек, ведущих половую жизнь, существенно выше доля тех, кто переживает свои сексуальные отношения как нарушение нормы. Особенно высока их доля среди учениц 7-го и 9-го классов. Этот момент важно подчеркнуть, поскольку он позволяет сделать вывод о том, что в женской подростковой субкультуре запретительная норма на вступление в сексуальные отношения не только имеет большую регулятивную значимость, но и гораздо чаще негативно переживается, чем в мужской субкультуре.

Особый интерес представляет анализ влияния различных социально-стратификационных факторов. В данном случае наиболее важным из них представляется не образовательный или материальный статус, а *полнота родительской семьи*. С этой целью нами было проведено сравнение ответов на вопрос об отношении к нормам вступления в сексуальные контакты мальчиков и девочек из полных семей (родители состоят в браке) и тех, кто воспитывается в неполных семьях (родители не состоят в браке). При этом мы учитывали и возраст учащихся. Заметим, что особое внимание в ходе анализа было уделено ответам тех старшеклассников, кто, отказавшись от ограничительной нормы («сексуальные контакты допустимы в моем возрасте»), следует ей на поведенческом уровне («но сам(а) не веду половую жизнь»). Их ответы важно сопоставить с ответами тех, кто не только отказался от возрастной ограничительной нормы, но и ведет половую жизнь («сексуальные контакты допустимы в моем возрасте и веду половую жизнь»).

При анализе ответов мальчиков наиболее явные различия, связанные с влиянием полноты/неполноты родительской семьи, были обнаружены среди учащихся 11-го класса (см. рисунок 5).

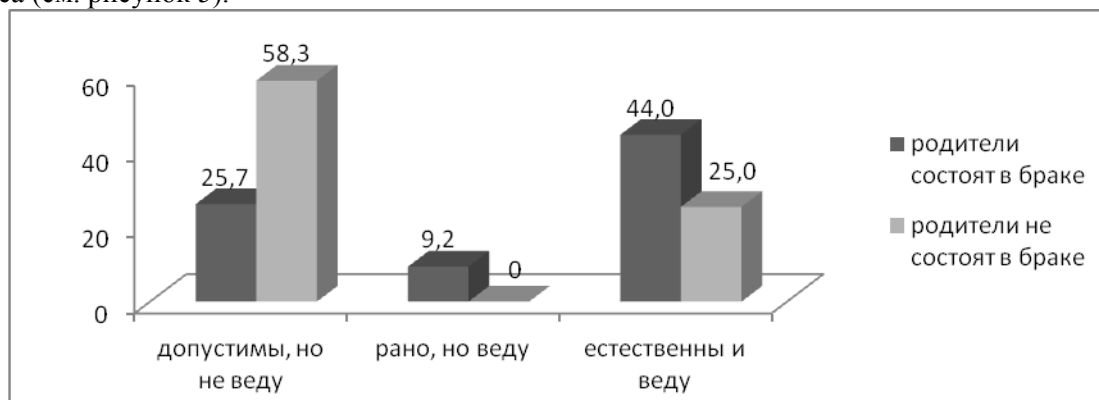


Рисунок 5. Отношение юношей-одиннадцатиклассников к возрастной ограничительной норме в зависимости от состава родительской семьи (%)

Так, юноши-одиннадцатиклассники, родители которых не состоят в браке, значительно чаще отмечают, что в их возрасте допустимы сексуальные контакты, но они сами не ведут половую жизнь: 58,3% по сравнению с 25,7% среди юношей из полных семей ($p=.02$). Чем объяснить, что среди юношей-одиннадцатиклассников из неполных семей (которые, как правило, живут с матерями-одиночками) существенно выше доля тех, кто находится в проблемной ситуации: с одной стороны, они уже отказались от запретительной нормы и готовы к вступлению в сексуальные отношения, а с другой, по каким-то причинам, не ведут половую жизнь? Здесь возможны две интерпретации. Первая состоит в том, что у юношей из неполных семей отсутствует реальный пример маскулинного поведения с представительницами противоположного пола, который в полной семье задается поведением отца в его взаимоотношениях с матерью. Отсутствие подобной модели маскулинного поведения и затрудняет отношения юношей с девушками и нача-

ло половой жизни. Второе, менее очевидное объяснение, связано с представлениями, сложившимися в русле психоаналитической традиции. Так, можно предположить, что в силу особых взаимоотношений, выстраивающихся между сыном и матерью при отсутствии отца, на юношу налагаются со стороны матери особые ограничения в вопросах сексуальных отношений (особая привязанность матери к сыну, с одной стороны, и повышенная ответственность сына перед матерью, с другой). По-видимому, возможны и другие интерпретации, но, так или иначе, факт очевиден: в 11-м классе именно среди юношей, воспитывающихся в полных семьях, гораздо выше оказывается процент уже имеющих опыт сексуальных отношений.

При анализе ответов на этот вопрос девочек из полных и неполных семей значимых различий выявлено не было. Тем не менее, в качестве тенденций можно отметить ряд характерных моментов. Так, девочки-девятиклассницы из неполных семей чаще отмечают, что нарушают возрастную норму и ведут половую жизнь, то есть переживают конфликт нарушения возрастной запретительной нормы. К 11-му классу среди девушек из неполных семей выше оказывается уже доля тех, кто ведет половую жизнь и считает это нормальным. Таким образом, одна из траекторий формирования сексуального поведения девочки, воспитывающейся матерью-одиночкой, характеризуется более ранним сексуальным дебютом в нарушение возрастной запретительной нормы (9-й класс) и отказом от принятия этой нормы к этапу окончания школы (11-й класс). В то же время, проявляется и другая тенденция: у одиннадцатиклассниц из неполных семей актуализируется значимость запретительной нормы, — увеличивается доля тех, кто не ведет половую жизнь и считает, что в их возрасте это недопустимо. То есть, к выпускному классу определенная доля девушек, имеющих перед глазами неудачный пример матери, склонна откладывать начало сексуальной жизни. В целом анализ полученных данных позволяет высказать предположение о том, что ситуация воспитания девочки в неполной семье может влиять на формирование двух типов сексуального поведения: один связан с более ранним сексуальным дебютом и отказом от ограничительной нормы, а другой — с принятием более жестких ограничений на вступление в сексуальные контакты.

Помимо анализа влияния состава родительской семьи специальное внимание следует уделить вопросу о принятии подростками ограничений на вступление в сексуальные отношения в связи с их *религиозной принадлежностью*. Понятно, что религия традиционно накладывает довольно жесткие ограничения на вступление в сексуальные отношения. Анализ ответов учащихся на вопрос об их отношении к возрастной запретительной норме в зависимости от степени их религиозности показал, что между теми, кто не исповедует никакой религии, и теми, кто относит себя к православным христианам, но не соблюдает православных канонов, нет каких-либо существенных различий. Те же, кто соблюдает религиозные каноны, более склонны принимать и ограничительную норму на вступление в сексуальные отношения (48,3% по сравнению с 29,8% среди тех, кто не исповедует никакой религии; $p=.02$). Подростки, соблюдающие религиозные каноны, также реже отмечают, что сексуальные контакты в их возрасте допустимы (соответственно 10,3% и 36,4%; $p=.002$). Однако ситуация не является столь однозначной, и здесь обращают на себя внимание два обстоятельства. Одно связано с тем, что подростки, соблюдающие религиозные каноны, чаще переживают конфликтную ситуацию, связанную с нарушением возрастной ограничительной нормы — «в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но веду половую жизнь» (13,8% по сравнению с 7,6% среди подростков, не исповедующих никакой религии; $p=.02$). Другое заключается в отсутствии различий между религиозными и нерелигиозными подростками в выборе варианта ответа «сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь». Таким образом, полученные данные показывают, что влияние рели-

гии проявляется на когнитивном уровне: запретительная норма существует и ей надо следовать. Однако, на уровне реального поведения она не является сдерживающим фактором и проявляется лишь в переживании внутреннего конфликта нарушения нормы при вступлении в сексуальные отношения.

Обобщая приведенные данные, отметим два основных момента:

1. Материалы проведенного исследования однозначно показывают, что на этапе перехода от младшего подросткового возраста к юношескому происходит последовательная либерализация не только отношения к запретительной норме на вступление в сексуальные отношения, но изменяется и реальное поведение подростков. Среди одиннадцатиклассников уже более трети имеют опыт половой жизни. При этом следует подчеркнуть явно выраженные различия в отношении к возрастной запретительной норме в мужской и женской подростковой субкультурах: среди девочек заметно выше доля тех, кто склонен считать, что «сексуальные контакты в их возрасте недопустимы». Более того, ведение половой жизни гораздо чаще переживается девочками-подростками именно как нормативный конфликт.

2. Анализ влияния социально-стратификационных характеристик позволил выявить связь между нормативной регуляцией сексуального поведения с целым рядом социокультурных факторов: полнотой/неполнотой родительской семьи, религиозной самоидентификацией. В целом это свидетельствует о том, что формирование у подростка представлений о возрастной норме вступления в сексуальные отношения происходит под воздействием двух основных институтов социализации: семья и церковь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Сексуальное поведение в подростковой среде // Начальная школа плюс до и после. — 2004. — № 3. — с. 25-29
2. Кон И.С. Вкус запретного плода. Сексология для всех. — М.: Семья и школа, 1997. — 464 с.
3. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. — Дубна: Феникс+, 2001 — 208 с.
4. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. — Проявление отдельных видов девиации в подростковой субкультуре: возрастная динамика и гендерная специфика // Вопросы психологии. — 2004. — № 3. — С. 3-10.
5. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Подросток: нормы, риски, девиации // Труды по социологии образования. Т. X. вып. XVII — М.: Центр социологии образования РАО, 2005. — 359 с.
6. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Сексуальное поведение в период подростничества: социально-психологические аспекты // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2004. — № 1, № 2. — С. 28-34, С. 24-30
7. Собкин В.С., Кузнецова Н.И. Российский подросток 90-х: Движение в зону риска. Аналитический доклад. — М.: ЮНЕСКО, 1998. — 120 с.

V.S. Sobkin, D.V. Adamchuk, A.V. Fedotova

TEENAGER: PERMISSIBILITY OF SEXUAL RELATIONS

Institute for Sociology of Education RAE (Moscow).

Summary. The article is based on the results of school-aged teenagers survey which aimed to cover various aspects of their sexual activity. The main focus is teenagers' attitude towards prohibitive age norm compared to their real sexual behavior considering gender, age and socio-stratificational peculiarities. The paper reveals the role of sociocultural factors such as full or one-parent family and religious self-identity in the formation of sexual norms and attitudes in adolescence.

Keywords: sexual conduct, sexual attitudes, adolescence, normative regulation, age norm, social norm.

**ЗНАКОВО-СИМВОЛИЧЕСКОЕ ОПОСРЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ
И БОЛЕЗНИ ДЕТЬМИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

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

Резюме. В статье рассматривается образ здоровья и болезни через призму знаково-символического опосредования. Дается характеристика данных образов здоровыми детьми старшего дошкольного возраста и детьми с аллергическими заболеваниями. Демонстрируется возможность использования методик «Смешные человечки» и «Неоконченные предложения» для определения отношения детей к здоровью и болезни.

Ключевые слова: знаково-символическое опосредование, дошкольники с аллергическими заболеваниями, отношение к болезни и здоровью.

Оперируя доступными знаками и символами, ребенок может опосредованно выразить свое понимание многих сложных понятий, например, таких, как «Здоровье» и «Болезнь». Получение такой информации актуально для повышения эффективности лечения.

Знаково-символическое опосредование в психологии. Ж. Пиаже указывал, что становление символической функции является фундаментом восприятия общепринятых знаков, которые представляют собой единицы социальной речи [5]. С позиции культурно-исторической концепции, психическое развитие – это многообразие форм знаково-символического опосредования, «окультуривания натуры». Кроме того, это центральное понятие культурно-исторической теории Л.С. Выготского, означающее способ управления поведением, реализуемый самим индивидом [1]. Он считал, что система символов дается ребенку извне для овладения формами своего поведения. Большую роль в появлении символической функции отводят матери. На основе жестов и мимики ребенка она учится понимать и интерпретировать его потребности. Таким образом формируется система символов, индивидуальная для каждого ребенка. Это подтверждается трудами Е.В. Чудиновой [10]. Данный процесс характеризуется ею как начальный этап формирования символической функции. При взаимодействии матери и ребенка вырабатываются единые мотивы и реакции ребенка на них, исходя из чего мать понимает ребенка и поощряет его. Так, постоянно повторяясь, такое взаимодействие становится средством фиксации первых знаний ребенка. В дальнейшем реакции ребенка становятся более сложными и разнообразными, в них включаются предметы. Можно сказать, что ребенок знаково-символически опосредует свои желания для передачи их матери.

Исследователи, занимающиеся данной проблемой, выделяют системы знаков, единые для всех детей, называя их «идеальными» (В.В. Давыдов). Значит, зная систему знаков ребенка, мы можем понять потребности доречевого ребенка [3]. В процессе формирования практической деятельности ребенка знаковая функция в дальнейшем перерастает в речь, а затем переходит в игру и рисование, т. е. знаково-символическое опосредование выходит за рамки непосредственной коммуникации и становится самостоятельной деятельностью. Об этом же говорит и Д.Б. Эльконин, определяя особенности становления предметной деятельности: «Впервые замещение одного предмета другим возникает при необходимости дополнить предметную ситуацию недостающим предметом, отсутствующим в данный момент» [11]. В знаковой деятельности выражаются и более сложные потребности ребенка. По мнению автора, процесс появления потребностей формируется в различных видах знаковой деятельности, таких, например, как речь, в которой реализуется потребность в новых средствах коммуникации, письмо и счет, где сочетается познавательная потребность с потребностью почувствовать себя взрослым. Е.Е. Сапогова, подчеркивая исходность замещения в процессе освоения знаково-

символическими средствами, замечает, что без формирования замещения более сложные виды надстройки, например моделирование и умственное экспериментирование, оказываются в зоне риска [7]. Это значит, что источником интеллектуальной деятельности ребенка и контроля над своим поведением является не изобретение некоего чисто логического акта, а применение социального отношения к себе, перенос социальной формы поведения в свою собственную психическую организацию. Таким образом ребенок начинает проявлять себя, свое отношение к той или иной сфере жизнедеятельности. Ключевым моментом становится отношение к своему здоровью и осознание себя здоровым или нездоровым.

Здоровье, как многофакторный феномен. Современный человек чаще всего характеризует здоровье как отсутствие болезни, т. е. ориентируясь на медицинскую модель. На самом же деле понятие «здоровье» значительно сложнее и неоднороднее по содержанию. Ряд авторов делает акцент на психологическом здоровье личности, исследуя смысло-жизненные ориентиры, нравственные ценности человека как основу его благополучного личностного развития. Научная трактовка здоровья предполагает комплексный подход к изучению его многогранной природы и в настоящее время понимается как сложный феномен, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия [8, 9].

Многофакторность содержания понятия «здоровье» подчеркнута в формулировке Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов». Также можно отметить, что западные ученые, представляющие специальную психологическую дисциплину – Health Psychology, изучающую вопросы здоровья, аналогично рассматривают это понятие как благополучие в самом широком смысле. «Wellbeing – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Этот продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития» [12].

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что развитие личности ребенка с нарушением соматического здоровья будет иным, нежели у здорового ребенка. Особое внимание необходимо уделить детям с хроническими, в частности аллергическими, заболеваниями.

Аллергические заболевания (от греч. allos - другой и ergon - действие) определяются как повышенная или извращенная чувствительность организма к какому-либо аллергену – веществу, вызывающему аллергию. Аллергия является пусковым механизмом для возникновения аллергических заболеваний [4].

По данным Научного центра здоровья детей РАМН, количество детей с данным видом нарушения составляет на сегодняшний день четверть всех детей России: распространенность бронхиальной астмы составляет от 5 до 34%, atopическим дерматитом страдают от 7% до 28% детей, пищевой формой аллергии от 15% до 28%. Высокие показатели распространенности данного вида заболеваний определили **цель** нашего исследования: изучение представлений о своем здоровье детей дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями.

Условия и методы исследования. В исследовании приняли участие 240 детей 6-7 лет. Экспериментальную группу составили 150 детей, имеющих аллергические заболевания: пищевая аллергия – 50 детей (33%); atopический дерматит – 54 ребенка (36%); респираторная аллергия – 46 детей (31%). Контрольную группу составили 90 детей, не имеющих в анамнезе хронических заболеваний. Группы были сбалансированы по полу и возрасту.

Возраст детей определил выбор методик, ориентированных на определение знако-

во-символического опосредования болезни и здоровья: «Смешные человечки», «Неоконченные предложения». Мы предлагали детям раскрыть вербально и невербально содержание таких понятий как «болезнь», «здоровье», «больной ребенок», «здоровый ребенок». В процессе анализа мы обращали внимание на выбор одинаковых знаков и символов для обозначения всех предложенных категорий, предполагая, что стоящие за выбором характеристики в равной мере присущи им всем. Знаки, которые были выбраны для каких-либо двух групп («Я» – «Больной ребенок»; «Я» – «Здоровый ребенок»; «Здоровый ребенок» – «Больной ребенок») указывали на сходство между ними.

Результаты исследования. Методика «Смешные человечки» позволила нам через символическое изображение человеческих фигур определить отношение детей к себе, здоровым и больным людям. Выбирая фигурку человечка, ребенок автоматически наделял его определенной характеристикой. В результате мы получили набор качеств, присваиваемых тому или иному образу. Часть характеристик оказалась выбранной во всех предложенных случаях, часть в каких-либо двух (рис. 1, 2).

Выбор символов детьми *контрольной группы* позволил установить, что такие качества, как общительность, дружеская поддержка, любознательность, установка на преодоление препятствий являются значимыми для данного возраста (рис. 1).



Рис. 1. Выбор детей контрольной группы.

Дети контрольной группы образу «Я» присвоили только такое качество, как мотивация на развлечения, для образа «больного ребенка» были выбраны агрессивность, кризисное состояние, утомление, общая слабость. Образ «здорового ребенка» никакими отдельными качествами не наделяется. Кроме того, были выбраны некоторые характеристики, которые объединяли образ «Я» и образ «здорового ребенка»: завышенная самооценка, стремление к лидерству, рациональность, желание добиться успехов без усилий. Образ «больного» и «здорового» ребенка объединяли такие характеристики, как отстраненность, уход в себя, тревожность. Примечательно то, что нет общих выборов

для образа «Я» и образа «больного ребенка». Это может свидетельствовать о том, что дети контрольной группы не ассоциировали себя с больным ребенком, что является вполне адекватным для детей, не имеющих хронических заболеваний.

Дети *экспериментальной группы* для характеристики своей возрастной категории выбирали такие качества, как общительность, дружеская поддержка, тревожность, установка на преодоление препятствий (рис. 2).



Рис.2. Выбор детей экспериментальной группы.

Образ «Я» они наделяли такими качествами как мотивация на развлечения, отстраненность, уход в себя, рациональность, желание добиться успехов без усилий. Образ «здорового ребенка» ассоциируется у этих детей с завышенной самооценкой, стремлением к лидерству, а образ «больного ребенка» – с кризисным состоянием. Образ «Я» с образом «здорового ребенка» объединяет любознательность, а с образом «больного ребенка» – утомление и общая слабость. Образ «больного» и «здорового» ребенка объединяет агрессивность.

Сравнивая символические портреты, которые дети контрольной и экспериментальной групп составили через ассоциации с нарисованными человечками, мы смогли установить специфические особенности их отношения к здоровью и болезни (рис. 3-5).

При анализе образа «Я» (рис. 3) мы увидели, что по таким параметрам, как общительность (дружеская поддержка), мотивация на развлечения и любознательность, выборы детей из контрольной и экспериментальной групп статистически не различались.

Наблюдалось явное смещение результатов детей из контрольной группы в сторону установки на преодоление препятствий, рациональности и стремления к лидерству (результаты, полученные по группам, достоверно отличаются по критерию χ^2 при $p \leq 0,05$).

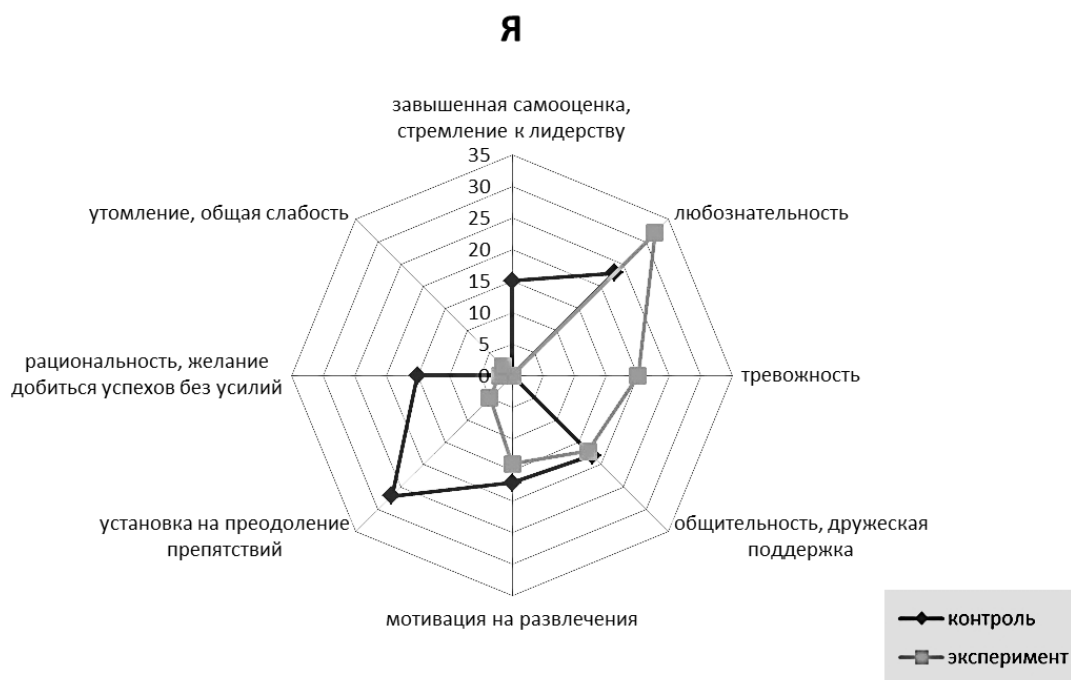


Рис. 3. Символическое представление Образа Я (в % от общего числа выборов).

В символическом представлении образа «Здорового ребенка» между контрольной и экспериментальной группой таких резких отличий не наблюдалось (рис. 4).

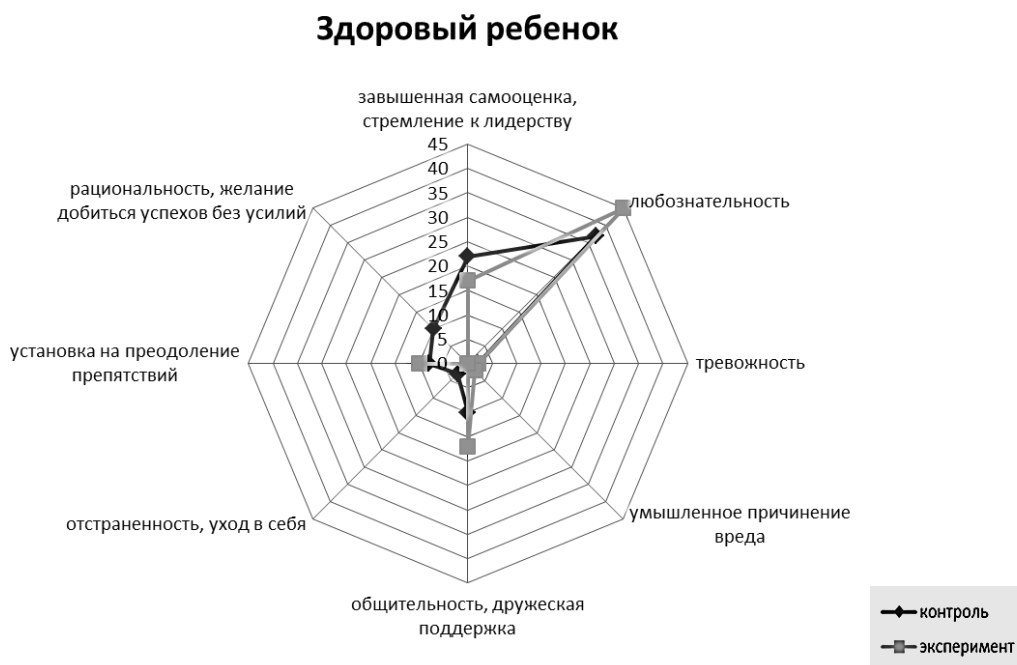


Рис. 4. Символическое представление Образа «Здоровый ребенок» (в % от общего числа выборов).

Образ «Здорового ребенка» у детей контрольной группы практически совпадает с образом «Я» и статистически не отличается от выборов детей экспериментальной группы. Отсюда следует, что дети с аллергиями символически не соотносят себя с образом здорового ребенка.

Иная картина получилась при символическом представлении образа «Больного ребенка» (Рис. 5). В этом случае дети из контрольной группы подчеркивали утомление и умышленное причинение вреда (агрессивность). Дети с аллергиями выделяли такие качества больного ребенка, как тревожность и отстраненность (результаты, полученные по группам, достоверно отличаются по критерию χ^2 при $p \leq 0,05$).



Рис. 5. Символическое представление Образа «Больной ребенок» (в % от общего числа выборов).

Использование методики «Неоконченные предложения» позволило нам изучить вербальное опосредование детьми понятий «Здоровье» и «Болезнь».

Дети с аллергиями давали более лаконичные ответы на вопросы, чем дети контрольной группы. Их ответы часто носили оценочный характер и давали меньше информации об их истинном отношении к болезни и здоровью.

Первый вопрос не вызвал у детей затруднения: «Здоровье - это...». Все ответы детей мы условно объединили в 5 групп (Рис. 6).

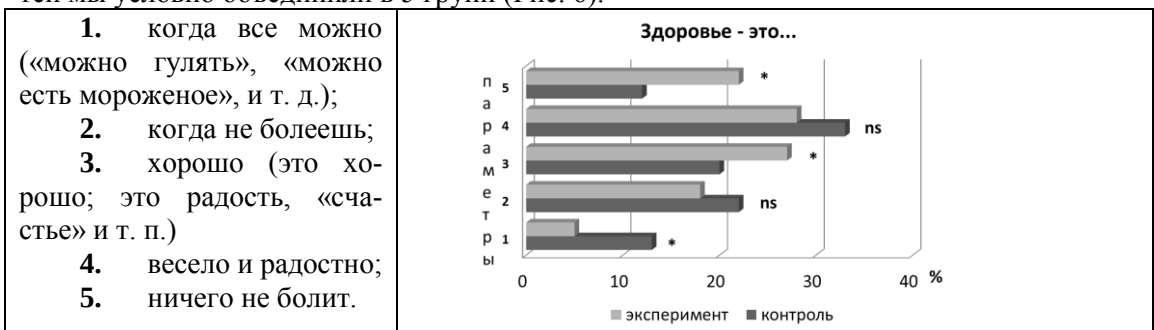


Рис. 6. Частота встречаемости ответов на вопрос «Здоровье - это...».

* $p < .05$; ns-статистически незначимые различия

При определении здоровья дети обеих групп сделали акцент на том, что здоровье – это хорошее настроение (эмоциональный компонент здоровья). Другой параметр, по которому не было различий, – определение от противного, т. е. «Здоровье – это когда не болеешь».

Дети из контрольной группы статистически чаще выбирали ответы, касающиеся снятия запретов («можно гулять», «можно есть мороженое», и т. д.), а дети, имеющие негативный опыт хронического соматического заболевания, делали акцент на отсутствие неприятных и болезненных ощущений. Все ответы детей на вопрос «**Болезнь – это...**» мы условно разделили на 4 группы (Рис. 7).

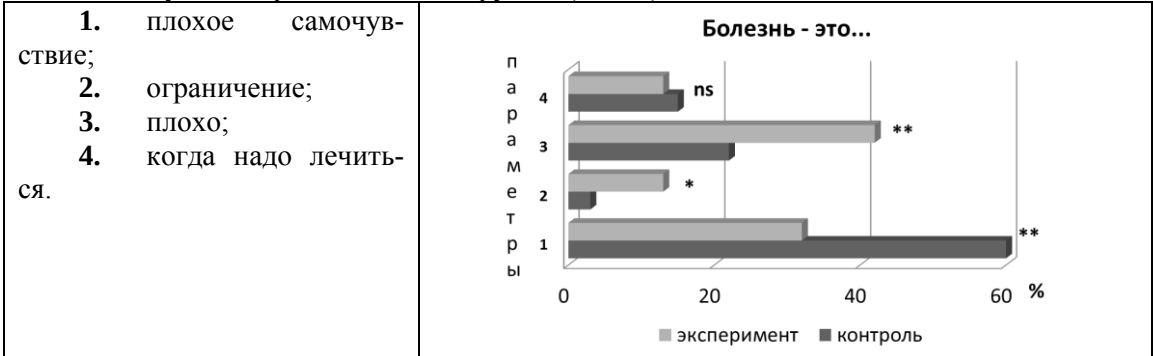


Рис. 7. Частота встречаемости ответов на вопрос «Болезнь - это...».

* $p < .05$; ** $p < .01$; ns-статистически незначимые различия

Дети из контрольной и экспериментальной групп одинаково часто давали определение болезни через необходимость лечения. По остальным параметрам ответы детей с аллергическими заболеваниями статистически достоверно отличались от ответов здоровых сверстников. При этом дети из контрольной группы делали акцент на отдельных симптомах своего самочувствия («болит голова», «температура», «болит горло», «насморк» и т. п.), а дети с аллергиями подчеркивали эмоциональное отношение к болезни («болезнь – это плохо»).

Ответы на вопрос «**Когда ребенок болеет, то...**» позволили изучить опосредование детьми своего опыта переживания болезни. Все ответы детей мы условно разделили на 4 группы (рис. 8).

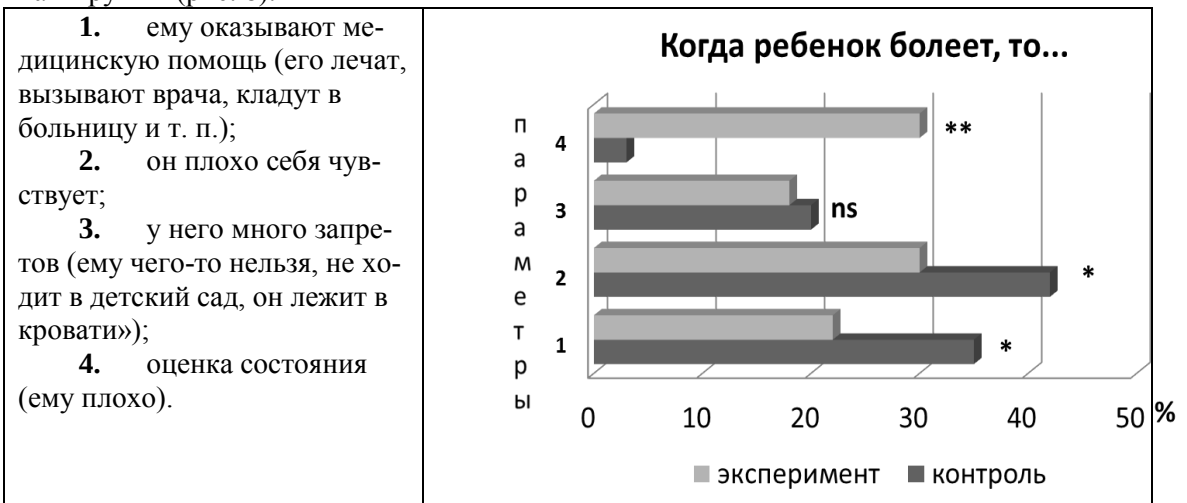


Рис. 8. Частота встречаемости ответов на вопрос «Когда ребенок болеет, то...».

* $p < .05$; ** $p < .01$; ns-статистически незначимые различия

Примерно равное количество детей обеих групп говорило о запретах, накладываемых болезнью. Дети из контрольной группы наиболее часто описывали свое переживание болезни через плохое самочувствие. Они указывали на необходимость лечения (его лечат, вызывают врача, кладут в больницу и т.п.). Дети с аллергическими заболеваниями статистически чаще, давали эмоционально оценочные ответы, в которых звучала потребность в том, чтобы их пожалели и избавили от страданий («ему плохо, знаете, как все внутри чешется?»).

Заключение.

Анализ полученных результатов показал, что отношение к понятию «Здоровье» практически не отличалось у детей как контрольной, так и экспериментальной группы. Они достаточно логично отмечают положительные стороны «здоровья» и объясняют, почему они хотят быть здоровыми. Такое отношение является адекватным для детей старшего дошкольного возраста, то есть они независимо от своего состояния здоровья и самочувствия понимают и знают, почему хорошо быть здоровым.

Вместе с тем, представление о «Болезни» имело свои специфические особенности у детей с аллергическими заболеваниями. Они значительно чаще говорили о том, что болезнь накладывает определенные ограничения на их жизнь и выражали негативное отношение к болезни, отождествляя себя с ней. Дети из контрольной группы, напротив, говорили об отдельных симптомах болезни («чихаю», «кашляю», «температура»), которые появляются у человека, когда он заболевает.

Общим для детей обеих групп был акцент на необходимость лечения, но у детей контрольной группы это звучало: «Если болеешь, надо лечиться» (Я - субъект отношений), а у детей экспериментальной группы: «Болезнь надо лечить», «Болезнь лечат» (Я - объект отношений).

В связи с этим становится понятно, что дети контрольной группы, анализируя ситуацию, адекватно устанавливают причинно-следственные связи происходящих событий: я испытываю дискомфорт, понимаю, что заболел, следовательно, нужно лечиться.

Дети экспериментальной группы ориентируются не на собственные ощущения, а на реакцию взрослого, который их лишил чего-либо, и таким образом ребенок понял, что болен. Логическая цепочка, выстраиваемая детьми с аллергиями, была иной: мне многое запретили, следовательно, я заболел; Я заболел – меня лечат.

Анализ результатов исследования позволил установить специфику знаково-символического опосредования здоровья и болезни детьми с аллергическими заболеваниями:

- - чаще определяют свое состояние, ориентируясь на отношение взрослого
- - считают, что болезнь - это лишение чего-либо
- - нерешительны, редко ориентируются на собственные силы
- - идентифицируют себя с больным ребенком,
- в ситуации лечения болезни занимают пассивную позицию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Орудие и знак в развитии ребенка / Собрание сочинений: в 6 т. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1984., 6 т.
2. Глотова Г.А. Виды знаково-символической деятельности и их становление у ребенка: автореф. дис ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Глотова Галина Анатольевна – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 24 с.
3. Проблемы развивающего обучения / Давыдов В.В. – М.: Педагогика, 1986. – 240 с.
4. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: учебное пособие / Г.Н. Дранник – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 186, 393-394 с.
5. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Пиаже Ж. – М., 1969. – 659 с.
6. Салмина Н. Г. Знаково-символическое развитие детей в начальной школе / Н. Г.

Салмина // Психологическая наука и образование. – 1996. – № 1. – С. 73-82.

7. Сапогова Е.Е. Ребенок и знак: психологический анализ знаково-символической деятельности дошкольника / Е.Е. Сапогова – Тула: Приок. кн. изд-во, 1993. – 263 с.

8. Свистунова Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь / Е.В. Свистунова // «Медицинская сестра». – 2012. – № 2. – С. 47-52.

9. Свистунова Е.В. Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы / Е.В. Свистунова // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2010. – № 3. – С. 29-33.

10. Чудинова Е.В., Зайцева В.Е. Учебное моделирование и понимание текста / Е.В. Чудинова, В.Е. Зайцева // Культурно-историческая психология. – 2014. – № 1. – С. 44-52.

11. Эльконин Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. – 2-е изд. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – С. 163.

12. Marks D., Murray M., Evans B., Willing C. Health Psychology: Theory, Research and Practice. - L., 2000. - P. 7-28.

E.V. Svistunova, M.S. Seravkina

SYMBOLIC MEDIATION OF ALLERGIC CHILDREN'S HEALTH AND DISEASE

Summary. The article tells about image of health and disease with the help of symbolic mediation. It characterizes those images of healthy preschool children and allergic preschool children. It demonstrates the possibility to use the "unfinished sentences" technique and "funny little people" technique to measure children's attitude towards health and disease.

Keywords: symbolic mediation, allergic preschool children, attitude towards health and disease.

А.Ю. Шеманов

ЗНАЧЕНИЕ ИМПЛИЦИТНОЙ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет»
(Москва).**

Резюме. В статье анализируется значение имплицитной нормативной антропологической концепции для выбора методологии исследования качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, включая детей и подростков. Исходя из тезиса, что социальное включение (инклюзия), понимаемое как полнота участия человека в жизни общества, является одним из ключевых показателей качества жизни, в статье поддерживается точка зрения Н.Р. Meininger, что в наибольшей мере критериям инклюзивности отвечает антропология аутентичности, а не доминирующая сегодня нормативная антропология автономии. Поэтому первая и должна стать антропологической основой исследований качества жизни.

Ключевые слова: качество жизни, люди с ментальными нарушениями, социальная инклюзия, нормативная антропология, автономия, аутентичность.

Как заключает в своей статье А.М. Щербакова [5], интегральным показателем уровня реабилитационной и абилитационной помощи людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в современной литературе выступает качество жизни. Это понятие, как отмечается в данной работе, за три десятилетия проделало существенную эволюцию от концепции к измеримому конструкту. Причем в содержании понятия произошел переход от доминирования объективных показателей к увеличению значимости субъективной самооценки человека, что и придало ему статус интегрального показателя.

Среди критериев качества жизни выросла также весомость индикаторов социальной включенности человека, полноты его участия в социальной жизни. Эти критерии имеют существенное значение и для оценки качества жизни детей и подростков с учетом того, что их социальное участие должно оцениваться сообразно с возрастными особенностями и этапами его становления.

Важно подчеркнуть, что эволюция понятия социального включения оказывается в русле общей тенденции изменений в отношении к людям с различными ограничениями и особенностями, которые объективно и/или субъективно выделяются из социума. В мировой литературе в настоящее время имеются два основных подхода к данной проблеме. Они лежат в основе конкурирующих способов понимания социального включения. Один из этих способов представлен доминирующей сегодня *социальной* моделью, связываемой с концепцией *инклюзии*, второй – предшествующей первой *индивидуальной* моделью, связываемой с концепцией *интеграции*. В рамках первого подхода акцент делается на принятии особенностей другого, на стремлении к сохранению социального разнообразия, уважении права на отличие [8]. Второй подход направлен на нормализацию условий жизни человека с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с целью его ассимиляции в нормальный социум [1].

Модель включения людей с ОВЗ в общество, обозначенная как *интеграция*, провозгласила лозунг нормализации среды жизни для детей с нарушениями, что понималось как помощь им в их адаптации в обычную среду – среду сверстников без инвалидирующих нарушений. При этом в том числе ставилась задача устранить нежелательные эффекты системы специального образования, обусловленные его организацией (обучение в школах-интернатах в отрыве от семьи и обычных сверстников), но с сохранением разработанных в ней специальных педагогических методов, направленных на коррекцию нарушений (см., напр., [2]). Эта система с позиций значимости социальной включенности стала описываться как придающая чрезмерный вес медицинским параметрам в определении статуса и жизненных перспектив человека с ОВЗ (такое чрезмерное подчеркивание медицинского аспекта получило название медиализации инвалидности). Инвалидность рассматривалась как прямое следствие физических и/или психических характеристик индивида, имеющих решающее значение в определении его социального статуса как инвалида. Такое понимание сторонники социальной модели инвалидности стали квалифицировать как эссенциализм в подходе к причинам инвалидности (от латинского *essentia*, сущность, поскольку инвалидность рассматривается как прямое следствие природы индивида, имеющего те или иные физические и психические особенности, и в этом смысле как его сущность), тогда как социальная модель выдвигала на роль основных социальные и культурные причины и факторы [3].

Принципы социальной модели как основы политики инклюзии формулируются в середине 1980-х гг., и сейчас эта модель представляет собой доминирующую идеологию в мировой образовательной и социальной политике в отношении не только людей с инвалидностью, но и всех социальных групп, которые могут рассматриваться как исключаемые из общества по различным основаниям.

Модель интеграции, несмотря на ее направленность на преодоление сегрегационных тенденций прежней системы помощи лицам с ОВЗ (включая систему специального образования), при этом наследовала присущие прежнему подходу эссенциализм и медиализацию в понимании причин инвалидности, а также – индивидуальную модель помощи в обучении и социализации. В ее рамках задача адаптации к обычному социуму и его нормам как и цель интеграции индивида с нарушениями в общий поток ставилась перед ним самим, тогда как социальные институты, куда он должен был включаться, а также конституирующие их нормы менять не предполагалось.

Социальная модель строится на философии социального конструкционизма. Дан-

ная модель опирается на работы М. Foucault (М. Фуко), Р. Bourdieu (П. Бурдьё), британской школы критических культурных исследований [9]. В рамках этого подхода, в частности, инвалидность как категория, посредством которой из общества выделяется некая группа людей на основании присущих им особенностей функций жизнедеятельности, рассматривается как социальная конструкция. Данная конструкция выполняет задачи создания представлений о нормальном, служащих, согласно данной концепции, культурному и социальному подавлению (oppression) определенных групп людей, которые в данном порядке дискурса признаются отклонениями от нормы (подробнее о соотношении моделей интеграции и инклюзии см. [3]).

Как отмечает Н.Р. Meiningер (Г.П. Мейнингер) [7], постановка задачи оказания помощи другому человеку и/или социальной группе предполагает наличие у помогающего определенных представлений о себе, о другом, о том, что значит достойное человеческое существование и иные подобные представления, образующие, согласно данному автору, *структурирующую перспективу* в отношении как себя, так и другого. Такого рода перспективу Н.Р. Meiningер называет имплицитной антропологией помогающего, поскольку она, хотя и не намеренно, имплицитно, создает образ того, что значит быть человеком. Эта имплицитная антропология адресуется другому как получателю помощи в качестве нормативной и тем самым может оказаться средством его подавления или доминирования над ним.

Аналогичным образом подобная нормативная антропология может составлять и структурирующую перспективу в оценке качества жизни людей с ограничениями здоровья, включая детей и подростков, поскольку от нее будет зависеть выбор индикаторов качества жизни, как объективных, так и субъективных. Ниже этот тезис будет проиллюстрирован на примере идеала автономного индивида как нормативной антропологии помощи людям с ОВЗ, а также оценки их качества жизни как показателя эффективности помощи.

Если с этой точки зрения задаться вопросом об имплицитной антропологии, лежащей в основе социальной модели с ее акцентом на безусловном принятии особенности индивида и уважении его автономии, то становится ясно, что она покоится на антропологии индивидуализма, гораздо более радикального, чем индивидуализм так называемой индивидуальной модели. Сторонниками последней, которая обозначена так именно социальными конструкционистами, признается наличие реального референта у представлений о норме, касающихся как самого индивида, так и социума. В связи с этим сторонники этой модели обвиняются, как уже говорилось, в эссенциализме, т. е. признании оснований отклонения от нормы в сущности, или природе индивида. Именно в силу признания наличия реального, т. е. независимого от социальных договоренностей, референта, стоящего за понятием нарушения, нарушение и определяемая им инвалидность принадлежат сущности самого индивида, а не представлениям о нем социальной группы. В этом смысле можно сказать, что имплицитная антропология индивидуальной модели наследует средневековой философской традиции умеренного реализма в понимании содержания общих понятий, т. е. признания наличия реальных общих присущих индивидам свойств, которые позволяют подводить их под то или иное понятие, тогда как социальная модель, сводящая содержание любого понятия к социальным договоренностям, – традиции номинализма или концептуализма. Эта модель отрицает соответствие понятиям какого-либо реального содержания, кроме произвольно подводимых под эти понятия индивидов и не имеющих существенного отношения к последним конвенциональных концептов.

Если в рамках антропологической концепции, лежащей в основе так называемой индивидуальной модели, проблема качества жизни может ставиться и обсуждаться в терминах помощи индивиду в его адаптации к обычному социуму, то в рамках антропологиче-

ской концепции, лежащей в основе так называемой социальной модели, проблема качества жизни может ставиться и обсуждаться лишь в терминах деконструкции стигматизирующего социального дискурса и борьбы против дискриминации. Ограниченностью обеих антропологических концепций является статичное отношение к природе индивида и социума, что в понимании их взаимных отношений определяет эмпиризм, который методологически мешает постановке и обсуждению как проблемы формирования субъектной позиции индивида в обществе (от которой зависит и его социальное участие), так и проблемы формирования адекватной его включению социокультурной ситуации.

Преодоление этого ограничения требует выработки другой антропологии, основанной на представлении о человеке как открытом миру существе, способном выходить за пределы наличного сущего посредством участия в культурном творчестве, в процессе которого происходит трансформации символических ресурсов культуры включающего его сообщества (данный тезис раскрывается мной в статье [4], ценный анализ социокультурных аспектов инклюзии содержится в статье В. Янтцена [6]).

Н.Р. Meininger ставит вопрос, возможно ли, чтобы неотъемлемая от позиции помогающего нормативная антропология, несмотря на свою нормативность, не была средством доминирования и насилия в отношении другого, средством подчинения его чуждой ему модели человеческого бытия? Данный автор полагает, что такая антропология должна быть инклюзивной, т. е. включающей. Это означает, что ее принципы должны проходить проверку по двум главным критериям. Первый – это непротиворечивость, в частности, наличие симметричности в отношении себя и другого, чтобы принципы отношения к себе и другому не противоречили друг другу. Второй критерий заключается в проверке ее инклюзивности, т. е. того, не может ли данная антропология как структурирующая и нормативная перспектива в отношении себя и другого, представляющая собой образ бытия человеком, служить исключению другого человека или той или иной группы людей из человеческого сообщества.

С этой позиции, руководствуясь данными критериями, автор проверяет на инклюзивность современные модели включения, в том числе – социальную, причем инклюзивность антропологии помощи он считает необходимым проверять на самой трудной в этом отношении группе – людях с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. Почему выбирается именно данная группа? Причин несколько: первая состоит в том, что люди из этой группы наиболее явно не вписываются в те имплицитные антропологии помощи людям с ОВЗ, которые существуют сегодня, поскольку эти антропологии направлены на обеспечение максимальной автономии получателя помощи. А этот идеал оказывается принципиально недостижим для данной группы людей в силу имеющихся у них тяжелых нарушений интеллекта. Тогда приходится делать оговорки, подобные тому, что надо стремиться к обеспечению их автономии, *насколько это возможно*. Очевидно, что при таком идеале человеческого бытия люди с такими нарушениями оказываются лишены собственного позитивного смысла существования, что им навязывается чуждый для них смысл.

Можно отметить, что в упомянутой статье А.М. Щербаковой, посвященной качеству жизни как интегральному показателю эффективности реабилитации, также особым образом упоминается группа людей с выраженной интеллектуальной недостаточностью, поскольку применение имеющихся на сегодня измерителей качества жизни для этой группы неадекватно особенностям этих людей. В этом смысле, на мой взгляд, можно говорить о том, что имплицитная антропология, лежащая в основе имеющегося на сегодня набора измерителей качества жизни, потому и не соответствует данной группе людей, что также следует идеалу автономии, т. е. представлениям о человеке как рациональном, самостоятельном, владеющем речью, способном к индивидуальной рефлексии и ответственному волеизъявлению существе.

Н.Р. Meininger предлагает задуматься об истоках нашего идеала автономии, а также о том понятии, которое могло бы замещать его в составе образа бытия человеком. Ссылаясь на этическую философию С. Taylor (Ч. Тейлора), он предлагает вместо автономии говорить об аутентичности. Если в основе понятия автономии лежат, как уже говорилось, представления о рациональном, знающем себя, ответственном за свои волевые решения Эго, которое стремится прежде всего к самореализации и обеспечению себе этого права на самостоятельность, то аутентичность означает другое. В основе данного понятия – следование себе, своей природе, верность подлинному образу собственного бытия.

Как полагает Н.Р. Meininger, антропология, основанная на идеале автономии рационального Эго, своими корнями уходит в теологию Августина – в его учение о человеке как образе троичного Бога и о Троице, которая трактуется им по аналогии с психологической структурой разумного, рефлексивного, самосоотнесенного Эго, представленной божественными персонами. Альтернативу подобной антропологии, по мнению данного автора, можно найти в ранней христианской тринитарной теологии, представленной каппадокийскими отцами церкви (Василием Великим, Григорием Нисским и Григорием Назианзином) и раскрываемой современным греческим православным богословом Иоанном Зизиуласом. Бытие лиц Божественной Троицы понимается в этой традиции как эк-стазис, выход навстречу общению с Другими, направленный на утверждение Другого. Причем этот выход навстречу Другому имеет уникальный и неповторимый характер, что вносит в их отношения личный характер. В этой общительной структуре бытие каждого лица строится его уникальными общительными отношениями с другими, а не статичной характеристикой, определяемой его модальностью в структуре замкнутого на себя целого. В рамках такого образа бытия субстанция и отношение перестают быть отдельными элементами бытия, равно как и отношение больше не является вторичным атрибутом субстанции, производным от ее сущности. Именно такую антропологию, направленную на общительное утверждение другого в его аутентичности, автор считает инклюзивной, тогда как антропологию автономного рационального, рефлексивно самосоотнесенного существа он рассматривает как результат отчуждения от других и разрыва изначального общительного единения с ними. В связи с этим, ссылаясь уже на протестантского теолога Д.Дж. Холла (D.J. Hall), Г.П. Мейнингер пишет о необходимости различать сущностную аутентичную человечность, которая определяется предназначением человека, и экзистенциальную, неаутентичную человечность, которая реализуется в условиях его существования в отчужденном мире.

Инклюзивная антропология иллюстрируется на примере отношений, выражаемых личным именем. В личном имени, которым меня называет другой, я существую для него не как представитель биологического вида человека, из которого это имя меня выделяет как его представителя на основании какой-либо объективно присущей мне особенности, а как этот неповторимый другой, к кому он и обращается по имени.

Г.П. Мейнингер подчеркивает, что в рамках инклюзивной антропологии, где бытие каждого понимается как раскрывающееся в уникальных отношениях с другими членами общности, никто не определяется наличием или отсутствием у него тех или иных способностей или потенциала улучшения. Поэтому люди с выраженной интеллектуальной недостаточностью точно так же являются членами такой общности, как и все остальные, т. к. их интеллектуальная недостаточность больше не конституирует отношение к ним в этой общности. И это, по мнению автора, задает моральный климат помощи, который наиболее соответствует уважению уникальности и аутентичности другого.

Говоря далее об этических следствиях, вытекающих из принятия подобной инклюзивной антропологии для организации помощи людям с выраженной интеллектуальной недостаточностью, а также, можно добавить в рамках предмета данной статьи, – для по-

строения критериев оценки качества жизни, Н.Р. Meininger особо отмечает необходимость герменевтической компетентности у лица, профессионально оказывающего помощь. Это вытекает из направленности на поддержку аутентичности другого, что предполагает интерпретацию отношений с ним. Необходимым элементом подобной компетентности является отказ от позиции внешнего наблюдателя, склонного превращать другого в объект помощи, и нацеленность на личную встречу с тем, кому эта помощь оказывается. Далее автор отмечает как часть процесса интерпретации отношений с другим необходимость быть в диалоге с другими людьми, кто также вовлечен в общение с лицом, получающим помощь профессионала, – родителями, братьями и сестрами, друзьями, коллегами, чьи интерпретации должны быть отражены в хорошо сбалансированном образе отношений с другим. В задачи статьи не входит дальнейший анализ качества отношений с получателем помощи. Можно лишь упомянуть, что Н.Р. Meininger говорит о важности самокритики, анализирует (как часть морального отношения в рамках инклюзивной антропологии) «имагинативную антиципацию» (способность «предвосхищения в воображении»), так можно перевести этот термин, вытекает из того, что в реальных условиях аутентичная общность всегда остается моральным идеалом, который никогда полностью не осуществим практически) и необходимость герменевтической «чуткости» (subtlety).

В связи с этими размышлениями автора обращает на себя внимание смысловая лакуна в его построениях: говоря о диалоге в интерпретации, он не упоминает о вкладе в интерпретацию отношений самого лица, которому оказывается помощь. Понятен источник этого умолчания: речь идет о людях с тяжелыми нарушениями интеллектуальных способностей, у которых может отсутствовать речь, многие навыки самообслуживания и т. п. И все же здесь, на наш взгляд, заметен дефект в построении инклюзивной антропологии, направленной на включение людей с тяжелыми ментальными нарушениями.

Обсуждение данной проблемы выходит уже за рамки этой статьи, однако необходимо отметить, что ее непроясненность у Н.Р. Meininger представляется следствием неясности и в другом вопросе. Говоря о различии аутентичной, идеальной человеческой общности и отчужденной и неаутентичной реальной человеческой общности, этот автор, как кажется, упрощает проблему аутентичности, поскольку упускает из вида тему культуры как сферы выражения и объективной репрезентации для другого переживаемых отношений. Эта тема важна и потому, что человек, будучи существом существенно телесным, воплощенным (проблема телесности бытия человека отчасти представлена в литературе, посвященной проблемам «воплощенной личности» - embodied person, см. также [6]), несомненно включает эту воплощенность в свою аутентичность. Но тема культуры значима и в связи с тем, что подобная аутентичная воплощенность влечет за собой моральное требование относиться к другому человеку, кем бы он ни был и какими бы способностями ни обладал, как к существу, способному к культурному выражению. Это означает требование относиться к нему как к существу, помощь которому, если она ставит задачу поддержки его аутентичности, а именно таково требование инклюзивной антропологии, должна быть направлена на развитие его собственной аутентичной способности к культурному воплощению своих общительных отношений. Тогда упомянутая выше смысловая лакуна будет восполнена, и помогающий не будет интерпретировать аутентичность другого без него самого, что нарушает принцип симметрии отношений, принцип паритета.

Но при этом будет также решаться и проблема нахождения адекватных критериев качества жизни человека с выраженной интеллектуальной недостаточностью, поскольку появится возможность, причем не имагинативно, не в воображении, а в практике помощи, направленной на поддержку аутентичной способности к культурному воплощению своих отношений с другими, аутентичного культурно опосредованного общения с ним.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонгард Э.И., Краснова Н.А., Пирожник Н.Т., Прудникова М.С. Инклюзивное образование в различных условиях интеграции // Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М., 2010. – С. 139-148.
2. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом: В 2-х частях. Часть 1: Западная Европа. – М.: Печатный двор, 1996. – 182 с.
3. Шеманов А.Ю. Другой как «неспособный»: социальный конструктивизм vs. медиализация [Электронный ресурс]. // Культурологический журнал. – 2012. – № 1 (7). – URL: http://www.cr-journal.ru/rus/journals/112.html&j_id=9 (дата обращения: .02.10.2012).
4. Шеманов А.Ю. Проблема формирования инклюзивной общности и парадигмы в изучении творческой деятельности // Психологические науки и образование. – 2014. – № 1. – С. 17-25.
5. Щербакова А.М. Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии [Текст] // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. – М.: МГППУ, 2011. – С. 67-75.
6. Янтцен В. Нарушения развития и инклюзия // Культурно-историческая психология. – 2011. – № 3. – С.98-104.
7. Meininger H.P. Authenticity in Community // Journal of Religion, Disability & Health. – 2001. – V.5. – № 2. – P. 13-28.
8. Paliocosta P., Blandford S., Inclusion in school: a policy, ideology or lived experience? Similar findings in diverse school cultures //Support for Learning. – 2010. – V. 25. – № 4. – P. 179-186.
9. Slee R. Beyond special and regular schooling? An inclusive education reform agenda // International Studies in Sociology of Education. – 2008. – V. 18, – № 2. – P.99-116.

A.Yu. Shemanov

**THE SIGNIFICANCE OF IMPLICITE ANTHROPOLOGICAL FRAMEWORK
IN THE LIFE QUALITY STUDIES OF PEOPLE WITH DISABILITIES**

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow)

Summary. In the article, author analyzes the significance of implicate anthropological framework for choice of methodology of the life quality studies of people with disabilities, including children and adolescents. H.P. Meininger's thesis is supported in the article that anthropology of authenticity, but not anthropology of autonomy, better corresponds to inclusion criteria. Based on the supposition that social inclusion considered as human full participating in life of society is one of key indicators of life quality, author argues that the anthropology of authenticity should be choosed as framework of the life quality studies.

Key words: life quality, people with mental disabilities, social inclusion, normative anthropology, autonomy, authenticity.

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

Г.В. Грызунова, Л.Т. Козловская

ИППОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Консалтинго-тренинговая компания «Эквигер», Восточно-Казахстанский технический университет им. Д. Серикбаева (г. Усть-Каменогорск, Казахстан).

Резюме. В статье рассматриваются особенности коррекционной работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, на основе иппотерапии. Цель работы состоит в изучении влияния лошади на психическое и физическое состояние детей, проходящих курс иппотерапии и имеющих нарушения в опорно-двигательной и аффективной сферах. В ходе реализации поставленной цели обосновываются принципы организации и содержательная характеристика иппотерапии, описываются процедура и основные этапы, раскрываются особенности и значение влияния лошади на формирование, и развитие внутреннего опыта ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья, его психофизиологическое состояние. Предмет исследования – выявление психотерапевтических эффектов и психологических новообразований, возникающих у детей при взаимодействии с лошадью в результате прохождения иппотерапии. Основное предположение исследования заключается в том, что занятия иппотерапией приводят не только к улучшению физического состояния больных детей, но и к формированию психологических новообразований, развитию высших психических функций и личностных качеств, способствующих психосоциальной реабилитации детей, имеющих ограниченные возможности здоровья. Коррекционная работа с детьми посредством иппотерапии позволяет ненасильственно, безболезненно и быстро включить ребенка в работу и запустить в нем через мотивацию животным инициацию к позитивным изменениям. Результаты исследования показали, что иппотерапия, проводимая с детьми, обладает психотерапевтическим эффектом, способствует улучшению моторики, речевого развития, эмоционально-волевой сферы, общения ребенка с окружающей средой.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, коррекционная работа, иппотерапия, межвидовое общение.

Одной из актуальных проблем современной жизни является включение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в общество, что отвечает общепризнанным международным стандартам и имеет гуманистическую направленность. Формирование и развитие социального потенциала детей с ОВЗ значимо для многих стран, в том числе и для России, и для Казахстана. Это дает возможность включить таких детей в реальную жизнь, обрести социальную субъектность, и здесь необходимым условием является выстраивание правильной системы социализации детей с ОВЗ.

Социализация – двусторонний процесс. Он включает в себя, с одной стороны, *усвоение индивидом социального опыта* путем вхождения в социальную среду, систему социальных связей. С другой стороны, это *процесс активного воспроизводства индивидом системы социальных связей* за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду. [1].

Ключевые проблемы детей с ОВЗ заключаются, с одной стороны, в снижении или отсутствии потребности инициации вхождения в общество по причине низкой адаптации в нем, уровня психического и личностного развития, в нарушении связи с окружающей средой, в ограниченной мобильности, в отсутствии полноценного общения со

сверстниками и взрослыми, в недоступности инклюзивного образования. С другой стороны, само общество не всегда готово к встрече с инвалидами.

Многочисленные трудности таких детей имеют биологическую, психологическую, социальную природу и, как правило, проявляются комплексно во взаимосвязи и взаимозависимости, хотя и в разной степени выраженности. Их преодолению в определенной мере способствует коррекционная работа, направленная на организацию процесса социализации детей с ОВЗ при помощи животных. В психологической работе с детьми с ОВЗ активно применяются различные виды анималотерапии: дельфинотерапия (Крым), канистерапия – терапия с помощью собак (Польша, Чехия, Россия, Литва, Латвия, Казахстан, Украина), фелинотерапия - терапия с помощью кошек и т. д, среди которых выделяется иппотерапия.

Термин «иппотерапия» происходит от греческого «hippos» - лошадь, что означает лечение лошадью, или при помощи лошади. Иппотерапия занимает особое место среди других видов анималотерапии, прежде всего из-за ее распространенности. Она популярна во Франции, Германии, Польше, Чехии, России, Украине, Грузии. Множество иппотерапевтических центров создается частным образом, при этом дети-инвалиды часто получают помощь бесплатно за счет общин и муниципалитетов.

В России становление и развитие иппотерапии насчитывает чуть более чем 20-летнюю историю и во многом связано с деятельностью Национальной федерации лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта; Московского конного клуба инвалидов (МККИ); Центров реабилитации «Наш Солнечный мир» (Москва), и «Аккорд» (Санкт-Петербург), Оздоровительного конного лагеря «Наш Солнечный остров» (Санкт-Петербург) и др. В Казахстане данное направление делает только первые шаги, и это определяет ценность российского опыта и обобщение собственных наработок в данном направлении.

Большинство исследователей рассматривает иппотерапию как метод лечебно-верховой езды, как особую форму лечебной физкультуры, как процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды, где ЛОШАДЬ выступает в качестве **инструмента реабилитации** и используется иппотерапевтической группой как биотренажер (и не более) [3].

На наш взгляд, понятие иппотерапии можно трактовать в более широком значении **как определенную систему взаимодействия человека с лошадью**, где **межвидовое общение** способствует накоплению ресурсов и формированию внутреннего опыта ребенка с ОВЗ, способствует его социализации.

В основе методологического обоснования психокоррекционной программы на основе иппотерапии лежит концепция культурно-исторического развития Л.С. Выготского, его учение о зоне ближайшего развития; концепция отечественного психофизиолога Н.А. Бернштейна об уровне построения движений и формировании действий человека. Н. А. Бернштейн весь сложный процесс развития движений и систем, контролирующих эти движения, разбивает на 5 уровней:

- 1 (А) уровень тонуса;
2. (В) уровень мышечно-суставных связей, или уровень синергии и штампов;
- 3.(С) уровень пространства;
4. (D) уровень действия;
5. (Е)уровень смысла и осознания – произвольный уровень регуляции движений. [2]

Уровень тонуса исполняет статокинетические функции туловища и шеи, регулирует посегментно мышечный тонус туловища и конечностей, реализует и блокирует указания высших этажей нервной системы, руководит внутренними органами. Все функции на этом уровне ствола и опоры протекают самопроизвольно, бессознательно. Работа этого уровня является фоном для сознательных движений. В изолированном виде дви-

жения этого уровня проявляются редко, только в положении равновесия с окружающей средой, вне силы земного притяжения.

Уровень мышечно-суставных связей, или уровень синергии, связан с движением конечностей, руководит большой группой мышц, ритмом движений.

Уровень пространства дает возможность овладеть тем пространством, которое находится перед глазами. Все движения этих трех уровней двусторонни и симметричны. Затем идет *уровень смысла действий* и общения. [2]

Данные положения получили развитие в несколько ином ракурсе через призму выстраивания процесса общения в исследованиях Е.В. Максимовой. Суть заключается в том, что при некоторых нарушениях развития ребенка (ранний детский аутизм, задержка психического развития разного генеза и др.) основным расстройством выступает уровень общения, а уровень эмоционального реагирования и поведения сдвигается на второй план, и указывает на то, что при такой патологии ведущую роль играют нарушения восприятия и сопутствующие ему страхи. Поэтому основное внимание при работе с особыми детьми Е.В. Максимова предлагает уделять прежде всего коррекции восприятия ребенком своего тела и окружающего пространства, где особую актуальность приобретает работа с сенсорным уровнем, с тактильной чувствительностью, что соотносимо с работой на уровне тонуса (уровень А по Н.А. Бернштейну). [5]

Соответственно, опираясь на вышеизложенные представления при коррекционной работе методом иппотерапии, можно говорить о возникновении единого синхронного поля телесно-тактильно-эмоционального взаимодействия ребенка с лошадью, способствующего как телесному, так и психическому развитию, в частности по аналогии «симбиотических отношений с матерью».

Именно поэтому иппотерапию необходимо рассматривать как процесс динамичного синхронного взаимодействия между пациентом и группой людей (коневод, инструктор), с одной стороны, и между пациентом и лошадью, с другой стороны, в котором происходит интериоризация и усвоение различных видов коммуникационного взаимодействия. В данном процессе лошадь выступает как живой, активный, самостоятельный участник терапии, а следовательно должна использоваться не как объектное существо, а как «иппотерапевтический субъект». Только в таком случае можно говорить ***о пользе взаимодействия пациента и иппотерапевтической группы.***

Можно выделить следующие функции иппотерапии: психофизиологическую, психотерапевтическую, реабилитационную, функции самореализации и общения. Кратко определим каждую из них.

1. Психофизиологическая функция – через взаимодействие человека с животными снимается стресс, активизируется тонус, нормализуется работа нервной системы и психики в целом, укрепляется мышечный каркас, формируются координация и баланс, развивается моторика.

2. Психотерапевтическая функция - взаимодействие с животным существенным образом способствует гармонизации «межличностных» отношений человека и животного.

3. Реабилитационная функция - психическая и социальная реабилитации личности, которой способствует контакт с животными, создает дополнительный канал взаимодействия личности с окружающим миром, формирует чувство нужности.

4. Функция самореализации – один из способов самореализации достигается путем выработки умения быть значимым не только для других, но и для себя лично. Научение ребенка владеть своим телом верхом на лошади, сравнение своих возможностей с возможностями других детей на рабочей площадке повышает собственную самооценку.

5. Функция общения (шаг к социализации) – межвидовая коммуникация способствует развитию навыков визуального и тактильного контакта; расширение контактов ребенка с другими детьми и их родителями в группе и на рабочей площадке во время

доставки детей на занятия, в момент проведения или ожидания своей очереди занятия и при доставке детей домой после занятия.

Ребенок, воспринимающий, наблюдающий взаимодействие между иппотерапевтами-людьми в ходе занятия и включающий или выключающий себя из этого взаимодействия с ними, не может не замечать и пласт взаимоотношений иппотерапевтов-людей как между собой, так и с самой лошадью. Пациент весь временной отрезок занятия находится в коммуникационном пространстве не только с людьми-иппотерапевтами, но и включен непосредственно в межвидовую коммуникацию. Ребенок все занятие проводит верхом на лошади и находится в непосредственном тактильном холдинг-контакте с лошадью-терапевтом (аналогично - на руках матери). Следовательно, возникает уникальная возможность «взращивания/дорастивания» эмоциональной сферы; возникает возможность коррекции прошлого эмоционально-телесно-тактильного, коммуникативного, социального опытов; возможность доразвития/развития, корригирования арсенала способов самопроявления, самопрезентации ребенка внешнему миру; возможность корригирования его психологических защит и эмоциональных копинг-стратегий, и все это в едином синхронном временном и коммуникационном пространстве.

В межвидовом общении иппотерапевтического коррекционного процесса лошадь выступает в позиции активного участника терапии - в роли «лошадь-терапевт». Она выступает как аналог человека, подготавливает ребенка к взаимодействию с другим/чужим/чуждым взрослым, через постепенное формирование эмоциональных копингов, которые впоследствии помогают ребенку не только входить в контакт, но и психологически выдерживать этот контакт, даже если он не желателен. Взаимодействие между ребенком и лошадью протекает в более щадящих условиях на довербальном, сенсорно-тактильном уровне. Лошадь не только тестирует телесно, она принимает на себя любые состояния и эмоции ребенка, она как «зеркало» отражает «честным» эмоционально-телесным ответом, который всегда принимается/воспринимается ребенком. Именно этот факт имеет важное психотерапевтическое значение в паре лошадь-ребенок, чего нельзя сказать о психотерапевтической паре психолог-ребенок, где ребенок в силу действия психологических защит может игнорировать реакции, требования или пожелания человека, отказываться от инициаций, а взрослый «манипулировать» взаимодействием или неточно давать обратную связь, «зеркалить» ребенка. Благодаря сильнейшему мотивационному феномену, который возникает у ребенка при взаимодействии с лошадью, постепенно, но стойко формируется чувство привязанности, благодарности, доверия.

В психокоррекционной работе при участии лошади акцент ставится не на визуальный контакт «глаза в глаза», а на телесный, что соответствует первым двум уровням построения движений по Н.А. Бернштейну.

Лошадь по своим размерам является большим, «необъятным» животным. Ее невозможно обнять маленькому ребенку всю целиком и сразу трудно рассмотреть, запомнить ее при определенном ракурсе относительно собственного роста. Ребенок, видя перед собой огромное, высокое животное, формирует образ лошади в единое целое по частям от встречи к встрече, например, вчера он видел только голову лошади на уровне своего лица, сегодня он заметил только язык и зубы, а завтра его впечатлит красивый пышный и длинный хвост. Чаще всего на знакомство с лошадью у ребенка уходит от 2-3 встреч, а иногда и более.

Работающая пара «лошадь-ребенок» обменивается информацией, прежде всего тактильной, телесной, что позволяет развивать не только моторные, но и телесные функции ребенка. Лошадь чувствует ребенка, а он соответственно ее, это взаимосвязанный процесс. С лошадью, как с большим существом, приходится считаться, мириться, договариваться – выстраивать отношения, подстраиваться самостоятельно под ритм движений сидящему на ее спине ребенку, невзирая на взрослых, находящихся всегда рядом.

Для детей-аутистов или детей с низкой самооценкой создаются спокойные, комфортные, щадящие условия вхождения в психотерапевтический процесс. В свою очередь лошадь инициирует активность, самостоятельность ребенка, первой включает тактильный и телесный контакт. На спине у лошади для ребенка создаются условия особой холдинг-терапии¹: «удержания в ситуации и позе». С момента посадки ребенка на спину лошади и до спешивания идет время тренировки не только относительно тела, но и восприятия личного времени. В школьной жизни детей, занимающихся иппотерапией, вследствие дополнительного тренинга в ходе иппотерапии проявляется увеличение объема внимания, усидчивости, что способствует более успешному усвоению учебного материала.

При отработке различных упражнений со сменой поз на шагающей в определенно заданном темпе лошади у ребенка формируется схема тела, ощущение себя в пространстве и «первичное доверие к самому себе», доверие своему телу. Данный процесс вызывает у ребенка различные эмоции от агрессии до радости, дает ему возможность экспериментировать с различными стратегиями эмоционального реагирования. Лошадь как субъект коммуникативного процесса всегда транслирует спокойствие, уверенность и безмятежность, передавая тепло своего тела ребенку, тем самым формирует базовое доверие и закладывает основу формирования объектных отношений (3-5 уровень Н.А. Бернштейна – от ощущения пространства к действиям и общению).

Таким образом, лошадь, подготавливает ребенка от простого к более продвинутому уровню развития, закладывает основы для формирования границ не только собственного Я ребенка, но и границ «от себя к другому». Лошадь, неся на спине человека, всегда возвращает его «к самому себе» и ведет от себя к объектным отношениям, первому объекту взаимодействия. Лошадь помогает развить ребенку «копилку эмоциональных копирований», благодаря чему ребенок предподготавливается не только к эмоциональной встрече с новым взрослым, но и на спине лошади учится эмоционально выдерживать людей с различными характеристиками.

Иппотерапия, как и любая психотерапия, строится на основе базовых принципов:

- принцип учета возрастных и индивидуальных особенностей ребенка;
- принцип доступности;
- принцип комплексности;
- принцип системности;
- принцип структурированности;
- деятельностный принцип;
- принцип коммуникативной направленности;
- принцип аффективной регуляции поведения;
- принцип сознательной деятельности ребенка.

Занятия носят комплексный характер и имеют смысловое единство, складываясь в определенные блоки. В данном случае эти занятия можно рассматривать как деятельность, включающую в себя следующие компоненты: мотив, целеполагание, планирование, исполнительные операции, контроль за процессом, контроль результата.

Условно можно выделить три основных этапа организации занятий: подготовительный этап (установление контакта с ребенком, лошадью, разогрев), основная часть и заключительный этап (этап благодарения лошади, всех участников процесса, ритуал прощания). Такая заданность организации процесса занятий формирует настроенность ребенка на занятие, его мотивацию и привязанность, а также актуализирует замещаю-

¹ В 1990-х гг холдинг-терапия являлась очень популярным направлением терапии детей-аутистов, в настоящее время используется существенно меньше, есть работы, указывающие на ее недостаточную эффективность.

щую функцию по отношению к значимому лицу родителю-матери.

Иппотерапевтические занятия проводятся с интенсивностью 3 раза в неделю, в манеже, на открытом пространстве природы, в огражденной леваде в любую погоду. При организации занятий используется стимульный материал в виде детских игрушек, специального снаряжения, спортивных предметов (балок для перешагивания, фишек для совершенствования управления лошадью), а также коллекция запахов.

Занятия проходят при участии специально подготовленной, обученной, протестированной лошади, которую ведет коневод, а также инструктора-иппотерапевта и клиента, имеющего физические или психические проблемы. Продолжительность основной части занятия от 5 до 20 минут. В рабочий план занятия закладывается индивидуальная программа по каждому ребенку, в которой учитываются моторные, эмоциональные, психологические особенности ребенка.

Психотерапевтический эффект занятий проявляется достаточно быстро, но становится устойчивым через определенное время, как и в любом деле, здесь нужна система. Иппотерапия действует на организм как единое целое и позволяет не только восстановить, но даже улучшить физическое состояние больных детей, способствует решению конкретных психолого-педагогических задач и вопросов психосоциальной реабилитации и интеграции детей с ОВЗ.

Таким образом, обобщая вышеизложенное необходимо подчеркнуть, что достижение реальных результатов коррекции нарушений в ходе занятий иппотерапией содействует изменениям и в социально-психологическом статусе ребенка, приводит к повышению его самооценки, жизненной активности, нарастанию мотивации к реабилитационному процессу.

Опыт использования иппотерапии в течение 2008-2014 гг. на базе Консалтинго-тренинговой компании «Эквистер» (Восточно-Казахстанская область, г. Усть-Каменогорск) показал положительные результаты иппотерапии в работе с детьми с разными вариантами нарушенного развития: детский церебральный паралич, ранний детский аутизм (синдром Каннера и другие формы), ретинопатия новорожденных (врожденная слепота). Всего за это время иппотерапия проводилась с 10 пациентами. В работе участвовали лошади в возрасте от 7 лет, мерины, с крепкой, устойчивой к раздражителям извне психикой и добродушным нравом, породы джабе (национальная казахская лошадка) и метиса (кустанайской и владимирского тяжеловоза). Занятия проводились по индивидуальной схеме до года и более с каждым ребенком, периодичность – 3 раза в неделю. Занятия проводились как на улице, так и в манеже, в разное время года, под снегом и дождем и в солнечную погоду. Разработана система упражнений, включающих как определенные движения со сменой поз на движущейся лошади, так и работу с предметами и запахами, применялись игрушки и предметы на неподвижной и шагающей лошади. Каждое занятие начиналось с приветствия и заканчивалось благодарностью лошади (с кормлением животного), а также всех взрослых, участвовавших в занятии (коневод, инструктор, психолог), в этот круг обязательно включались и родители, пришедшие с ребенком на занятие. Процедура прощания-благодарения включала в себя обязательно прикосновения, поглаживания головы лошади и лица человека, обнимания, прикосновения ладонями к глазам лошади, глазам ребенка и взрослого. Стойкие положительные результаты иппотерапии возникают при занятиях не менее 3-4 месяцев подряд.

Большинство детей, прошедших сеансы иппотерапии, показало улучшение в состоянии моторной и эмоциональной сферы, сферы общения и взаимодействия. Дети с задержанным речевым развитием имели положительные сдвиги в развитии речевой функции (у безречевых детей появились членораздельные звуки и фонемы, у детей с задержкой развития речи отмечалось существенное улучшение владения речью). Для многих детей иппотерапия активизирует устойчивый зрительный контакт (сначала с животным,

далее – со взрослыми людьми), улучшает тактильное функционирование (переструктурирование работы тактильной сферы с переходом от негативного к позитивному опыту, расширение возможностей тактильного взаимодействия с миром, другими взрослыми).

Изменения, происходящие на фоне иппотерапии, касались не только психофизического состояния ребенка, но и его взаимодействия с родителями. Особенно следует отметить динамику родительского отношения к ребенку, которое развивалось от диффузной критичной оценки ребенка в сторону большего принятия ребенка, позитивной оценки его достижений, снижения стигматизирующего влияния болезни ребенка на отношение к нему. Родители становились более активными в поисках способов абилитации и обучения собственных детей с различными вариантами нарушений развития на фоне наблюдаемых ими позитивных сдвигов в состоянии ребенка при проведении иппотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г. М. Социальная психология. 3-е издание. - М.: Наука, 1994. – 325 с.
2. Берштейн Н. Л. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. - М, 1966- 234 с.
3. Дремова Г.В., Соколов П.Л., Столяров В.И. Комплексное использование иппотерапии и спартанской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП // <http://lib.sportedu.ru/Texts.idc> (дата обращения 15.04.2014).
4. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. - М.: Издательский центр Академия, 2013. - 272 с.
5. Ионов И.И. Развитие межполушарного взаимодействия на занятиях иппотерапией. - Материалы IV Межрегиональной конференции «Иппотерапия. Инвалидный конный спорт. Опыт и перспективы», 1-2 мая 2011 года, Санкт – Петербург.
6. Максимова Е. В. Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н. А. Бернштейна. – М.: Издательство «Диалог-МИФИ», 2008. – 288 с.

G.V.Gryzunova, L.T. Kozlovskaya

THERAPEUTIC HORSE-RIDING IN REMEDIAL ACTIVITIES WITH DISABLED CHILDREN

Summary. The article is dedicated to peculiarities of remedial activities based on therapeutic horse-riding with disabled children. The goal of the research is to study the influence of horses on children with reduced mobility and children with psychological problems.

To realize the goal, we describe the organization principles and essence of therapeutic horse-riding, the procedure and its main stages, survey the peculiarities and the influence of the horse on the formation and development of the experience and psychophysiological state of disabled children.

The subject of the research is influence is influence of therapeutic horse-riding on the psychophysiological state and personal development of disabled children.

The hypothesis of the research lies in the assumption that therapeutic horse-riding enhances not only the improvement of the physical state of the disabled children but to the development of psychological new growths, development of personal qualities, which help socially and psychologically rehabilitate disabled children. Remedial activities with children based on therapeutic horse-riding lets involve children in work unostentatiously and quickly and stimulates positive changes by motivating them with animals.

The results of the research showed it that therapeutic horse-riding for children has psychotherapeutic effect, enhances the development of their motor movements, speech development, emotional sphere, communication skills.

Key words: disabled children, remedial activities, therapeutic horse-riding, interspecific communication.

**РАЗВИТИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ АКТЕРА
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
В ГРУППОВОМ ТЕАТРАЛЬНОМ ТРЕНИНГЕ:**

СИНТЕЗ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАДАЧ²

ГБОУ ВПО МГППУ, ГБОУ ЦДТ «Строгино»*, ФГБОУ ВПО РАТИ-ГИТИС
(Москва).**

Резюме. В статье дается описание театрального тренинга, направленного на развитие индивидуальных средств пластической выразительности, разработанного для интегрированного театрального коллектива, включающего актеров с ограниченными возможностями здоровья. Оценивается реабилитационный потенциал данного тренинга. Предлагается переосмысление целей театрального тренинга, его результатов, критериев оценки театральной деятельности в интегрированной театральной студии. Делается попытка междисциплинарного анализа театрального тренинга в рамках культурологического (культурно динамического) подхода.

Ключевые слова: культурологический подход в реабилитации, театральная деятельность, люди с ограниченными возможностями здоровья, актер с ограниченными возможностями здоровья, выразительное движение, телесная выразительность, эстетические и реабилитационные задачи, особые культурные потребности.

Введение. В данной статье предлагается по-новому взглянуть на содержание деятельности интегрированной театральной студии с участием актеров с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и на критерии оценки развития ее участников на примере использования одного из тренингов. Тренинг разработан для участников интегрированной театральной студии «Круг» с включением актеров с ОВЗ (с ментальными нарушениями, генетическими, соматическими заболеваниями) и используется более трех лет. Статья написана по материалам фото- и видеосъемки, фиксировавшей занятия в тренинге в течение трех лет.

В качестве исходного ориентира при постановке задач тренинга при его разработке служило присущее людям с ментальными нарушениями своеобразие выражения чувств (а не их ментальная недостаточность). В современной культуре отсутствуют признаваемые формы выражения чувств для людей с ментальными нарушениями, и это порождает у них проблемы эмоциональной и телесной выразительности. Особенно это проявляется в дефиците коллективных способов выражения чувств, отвечающих культурным потребностям людей с выраженными ментальными нарушениями, поскольку они, не вычлняя себя из коллектива, нуждаются в коллективном переживании и осознании чувств, а также в коллективных формах контроля над ними. Педагогические и психологические школы пытаются помочь им освоить социальные правила и нормы современной культуры, чаще через запреты, ограничения, что не всегда учитывает их реальные возможности и не способствуют их культурному развитию. Поэтому люди с интеллектуальной недостаточностью вынуждены либо находиться в безвоздушном пространстве акультурности, либо должны научиться сами «творить культуру», чему и способствует театральная деятельность. Поэтому при разработке тренинга было также необходимо принять во внимание отсутствие в современной культуре выразительных форм, учитывающих и поддерживающих эту выразительность.

Но дефициты культурно признанных и одобряемых коллективных форм выражения

² Работа выполнена при поддержке РГНФ – проект № 12-03-00499 «Становление субъектности и рефлексивности человека в практиках культуры».

чувств значимо сказываются и на развитии эмоциональной и телесной выразительности актеров без ментальных нарушений. Поэтому предлагаемая данным тренингом работа в группе над развитием эмоционального выразительного движения является актуальной задачей для всех участников интегрированной театральной студии. Его концептуальной основой является культурологический (культурно-динамический) подход к социально-творческой реабилитации лиц с ОВЗ [7]. Цель тренинга способствовать формированию средств индивидуальной выразительности актеров. Он неоднократно был опробован на мастер-классах для специалистов: психологов, режиссеров и актеров особых театров. Тренинг вошел в систему подготовки волонтеров для программы АНО «Больничный Клоун», а также используется в работе других интегрированных театральных студий, в том числе в г. Люблин (Польша).

Тренинг позволяет одновременно решать театрально-эстетические (композиционные), реабилитационные (коррекционно-развивающие) и социальные задачи. Одновременность их решения – существо этого тренинга. Постановка и совмещение эстетических и реабилитационных задач возможно на всех этапах работы в тренинге.

Описание тренинга. Для тренинга «Лавочка» необходимы пять рядом стоящих стульев (условно назовем их «лавочкой») и ритмичная, но не очень быстрая музыка. Участники тренинга поочередно и ритмично совершают движения и замирают в определенных позах на несколько секунд, образуя «живую картину», общая конечная композиция фиксируется в паузе. После чего все участники тренинга вместе возвращаются на свои места. Такие действия неоднократно повторяются до окончания музыки. За время исполнения одного музыкального фрагмента создается не менее пяти «живых картин». У каждого из участников тренинга есть не менее пяти попыток спонтанного реагирования.

В процессе работы ставилась задача проследить несколько параллельных процессов: формирование выразительного движения по эстетическим канонам, выявить этапность освоения пластической выразительности как интегрального показателя развития личности. А также наметить пути анализа выразительного движения с точки зрения его социальной функции: охарактеризовать социальные функции позы и жеста возникающие в процессе его индивидуализации.

В данном тренинге создается пространство театральной коммуникации и одновременно происходит освоение социальных ролей. Мы предположили, что, во-первых, поза, жест – это показатели социального статуса, дающие возможность представить самого себя и обозначить свое место в группе. А во-вторых, группа формирует телесно-аффективный код, общий язык невербальной коммуникации, а выразительные движения рождаются внутри этого процесса и становятся показателем развития личности, демонстрируя, как человек овладевает своей аффективностью и рефлексивностью.

Первоначально тренинг был направлен на формирование навыков взаимодействия в группе, развитие способностей к импровизации и естественных форм выразительности, а также освоение способности к созданию целостной композиции. Поэтому с точки зрения театрально-исполнительских навыков тренинг имеет следующие задачи:

- развитие средств индивидуальной (пластической) выразительности актера,
- развитие чувства партнера,
- освоение сценического пространства,
- формирование навыков создания целостной эстетической композиции.

Со временем стало очевидно, что он имеет и реабилитационное значение. Даже на первом этапе актеры с ментальными нарушениями смогли включаться в формирование единого коммуникативного пространства и развивать следующие способности:

- к соблюдению очередности и ритмичности телесного высказывания;
- к варьированию движения и позы (при этом развивается спонтанность, осуществляется работа со стереотипом).

Выявление в тренинге пространственной матрицы эстетических и социальных отношений. Для культурно-динамического подхода к социокультурной творческой деятельности важен анализ формирования и использования символических ресурсов культуры [10]. Этот анализ помогает понять процесс творческой деятельности в его культурных и социальных функциях.

Тренинг открывает возможность практически исследовать и осваивать коммуникативное и сценическое пространства, позволяя одновременно и формировать, и выявлять пространственную матрицу эстетических (композиционных) и социальных отношений. Это обусловлено тем, что пространство осознается (в эстетическом или социальном плане), когда в нем появляются маркеры, которыми в данном тренинге служат по-разному значимые места «лавочки», обладающие разными функциями.

В тренинге задается пространственная матрица, имеющая устойчивые ячейки: пять выстроенных в линию мест «лавочки», обладающих четко ограниченными эстетическими и социальными функциями. Тренинг обнаружил, что места «лавочки» закономерным образом разделились на активные и менее активные, как бы следуя закону пифагорейцев о значении четных и нечетных чисел (ср. [6]).

Такое разделение мест интересно как с точки зрения психологии, т. к. месту приписывается определенная активность/пассивность, так и с точки зрения социологии и культурологии, поскольку эти места выступают в качестве индикаторов социальных статусов-позиций для занимающих их участников по отношению к другим участникам. Но формируемая местами «лавочки» пространственная матрица имеет также и эстетический смысл, поскольку она на основании анализа динамической и статической функции каждого места позволяет говорить о вершине композиции, о ее динамических акцентах.

Первое место является, очевидно, важным: оно принадлежит лидеру (лидер действия), тому, кто предлагает движенческие идеи, задает импульс общего движения, стимулирует движения второго участника. Все участники, следуя импульсу его движения, развивают и трансформируют его, последовательно замирая каждый в своей позе. Таким образом создается единая пластическая композиция, которая и фиксируется в паузах между движениями.

С точки зрения эстетических представлений, первое место – это динамическое начало композиции, идея этой композиции. Функция второго места – пассивное дополнение, продление основной идеи и поддержка первой позиции. Опыт наблюдения показывает, что движение первого участника «заряжает» всех исполнителей, включает способность к подражанию (мимезису). Иногда происходит буквально повторение движения. И вне зависимости от того, какая часть тела задействуется лидером в движении и позе – руки, корпус, ноги, группа использует его движение как модуль, который становится элементом общей композиции.

Участник, находящийся на втором месте, как правило, является «ведомым», пассивным. На этом месте наиболее сильно, остро переживается импульс движения, задаваемого первым участником (далее этот импульс затухает). Даже если «первый» лишь встанет, поднимет руку, то, поскольку эти движения происходят в ближнем пространстве участника и оказываются неожиданными, они активно стимулируют реакцию второго участника: его движение часто исполняется в «режиме следования». Чаще всего движения второго участника дополняют, поддерживают первую позицию. Значение движения и позы участника, сидящего на втором месте, наименее активно влияет на общее действие; участник может быть пассивным. Это место хорошо для включения в тренинг.

Третье место определяет главный «акцент композиции»: это еще одна точка активности, в которой выявляется своего рода «вершина композиции». С точки зрения психологии, это осмысление и интерпретация, понимание того, что было «сказано в начале». Третий участник также лидер, но он – рефлексивный лидер. Поэтому на третье место жела-

тельно сажать человека, который чувствует целое и готов отвечать за будущую композицию. Как правило, произвольно это место и выбирает рефлексивный лидер группы. На этом месте у участника существует задача трансформации позы «первого» и «второго».

Четвертое место – это вновь место «реагирования», как и все четные места.

Пятое место – аналогично третьему месту, но оно задает заключительный акцент композиции. Композиция уже создана четырьмя участниками, и пятый, как правило, уже высказывает свое отношение к этой композиции. Участник пятого места очень часто выполняет функции «стороннего наблюдателя», отходя в сторону и обозревая всю картину. Однако у него появляется задача не выпасть из целого, удержать напряжение композиции и самому найти новый импульс в ее создании.

В ходе тренинга актеры свободно выбирают места и могут обмениваться ими даже в процессе одного музыкального произведения. В процессе этого обмена по мере освоения тренинга участники приходят к пониманию, что внутри каждой ячейки-места за счет его определенных, очень строго ограниченных функций есть своя степень свободы и возможность экспериментировать, варьировать свои собственные «позы-высказывания». Причем именно ограниченность функций помогает находить разнообразные варианты телесного высказывания. Ограничения помогают совершать интенсивную работу, помогают сосредоточиться на отношении к своим действиям. Какие-то места в этом тренинге актеры предпочитают, каких-то готовы добиваться, вступая в соперничество. Например, место лидера по-своему привлекательно, но не все уверены в своих силах, как правило, за него соперничают только опытные участники, а если на него попадает менее опытный участник, имеющий небогатый репертуар телесной выразительности, то такой участник очень быстро ретируется с этого места, оставляя попытку до следующего раза.

Переходя к следующей теме статьи, следует сказать, что можно говорить не только о функции места, но даже и о функции одной конкретной позы, если в ней участником отрабатываются стереотипы. При этом участники тренинга могут исследовать одну и ту же тему (например, позу саморепрезентации «я-кошка», а каждое место по-разному интерпретирует этот образ) на протяжении года, наполняя ее разными смыслами. До тех пор пока этот стереотип перестанет доминировать и войдет в репертуар выразительных движений участника как один из возможных вариантов.

Необходимо учитывать, что с точки зрения культурологического подхода стереотипы должны рассматриваться как продуктивные этапы формирования своей идентичности. Стабильность статусов, поз и жестов характерна для идентичности традиционного общества, а современному обществу, по словам С. Холла, присуща смещенная, фрагментированная идентичность [9]. Наблюдая за особенностями поведения актеров с ментальными нарушениями, мы можем констатировать, что им ближе стабильность традиционных обществ, поэтому повторяемость поз продуктивнее рассматривать не как стереотипность, а как особые культурные потребности. Тренинг позволяет обнаружить собственную идентичность, принять ее, и при появлении психологических возможностей, в ситуации поддержки группы открыть в себе ресурсы к образам современной идентичности.

Позы саморепрезентации, отработка стереотипа и социальные статусы, позы социальных связей. Данный тренинг дает возможность проследить связь между образностью, бытующей в современной актерской культуре, и возможностями телесной выразительности актера. Опыт наблюдения показывает, что первые два этапа освоения средств пластической выразительности являются типическими и все актеры с ОВЗ их демонстрируют, что позволяет считать их базовыми.

В процессе наблюдения выявилась следующая этапность освоения пластической выразительности. Сначала человек представляет позы саморепрезентации. Удивительно,

что даже актер с глубокими ментальными нарушениями всегда уже имеет презентационную модель, которая при этом чаще всего принадлежит не его личному опыту, а отражает представления окружающего его социума, тех людей, с которыми он живет. Несмотря на то что эта модель не понятна такому участнику студии, он ее предъявляет в процессе тренинга. Затем появляются социальные позы, которые мы обозначаем как «позы связи»; эти позы характеризуются цепочками из рук и тел, опорами друг на друга. И только на следующем этапе актер начинает варьировать позы и жесты индивидуально. Но пространство переживается практически сразу: почти все участники уже на первом этапе тренинга используют позиции вверху, внизу, справа, слева от стульев, и даже пространство под стульями и за стульями.

Обращаясь к истории театра, можно найти важные аналогии опыта, предложенного в данном пластическом тренинге. Эти аналогии позволяют проследить долгий процесс развития системы пластической выразительности актера внутри конкретных исторических форм театральной культуры. Ее поддерживала и развивала этапность освоения сценического пространства, театр маски, схематические роли (как в комедии дель'арте) и в дальнейшем индивидуальное пластическое решение роли в психологическом театре.

В данном тренинге спонтанное движение и культурный жест развиваются не сами по себе, а внутри пространственной и социальной матрицы. Движение возможно вперед-назад, вверх-вниз (под стул, на стул) от стула вправо и влево. Эти ограничения, задаваемые пространственной матрицей, особенно очевидны для первого и последнего места. Движение также возможно только в строго определенной последовательности (от первого к пятому), и в соответствии со своего рода социальной иерархией: лидер (первое место), первый ведомый (второе место), центральной (третье место), второй ведомый (четвертое место), завершающий (пятое место). Анализ, проведенный в предыдущем разделе статьи, позволяет трактовать эти места как статусы, ранги, функции, которые ограничивают возможности каждого участника, но и дают направление его поисковой активности. Актеры выбирают места, иногда за них борются, меняют их, чувствуя, что ограничения данного места не подходят им, или, отрабатывая функцию каждого из мест, садятся только на определенные места в течение долгого времени, понимая, что у каждого места есть свои степени свободы и свои ограничения.

Многочисленные исследования [1, 3, 4, 5] указывают на социальную природу символа. Рожденный в социуме символ способствует осознанию и контролю над своим движением. Индивидуальное выразительное движение обусловлено именно формированием этого контроля. Группа участников тренинга создает телесно-экспрессивный код, рождая символы внутри социального действия. Например, часть поз самопрезентаций отторгается группой, и позы социальной связи не распространяются на них. У участников, демонстрирующих такие отторгаемые позы, есть возможность трансформировать их и вписать в коллективные композиционные решения группы или отказаться от них.

Анализ результатов тренинга показал, что в освоении пластической выразительности актера с ОВЗ имеются определенные этапы развития. Индивидуальная выразительность актера возможна при последовательном освоении и переработке поз самопрезентации и поз социальной связи, которые задают устойчивую композиционную и одновременно социальную матрицу. Именно при условии ее усвоения в дальнейшем происходит развитие индивидуальной выразительности.

Позы самопрезентации, отражающие стереотипы культуры, являются начальными не только для участников тренинга с ментальными нарушениями. Участник тренинга без ментальных нарушений включается по той же схеме: сначала он использует позы самопрезентации, потом – позы социальной связи, и лишь затем наступает этап индивидуального варьирования поз и жестов.

Обычный человек или актер имеет полноту социальной жизни. Актеры с ОВЗ име-

ют ограниченную практику социальных отношений. Для актеров с ментальными нарушениями освоение первичных законов социального взаимодействия является затруднительным, и участие в тренинге помогает им развивать соответствующие способности, в частности:

- соблюдение очередности, когда, к примеру, все вынуждены ждать, когда начнет движение первый участник-лидер, что развивает способность к переключению внимания и саморегуляции;

- фиксация позы требует достаточного развития руброспинального уровня регуляции ЦНС [2], выступая показателем его зрелости; если пластическое «высказывание» не будет определенным, четким, то группа не сможет его понять и создать завершенную композицию; это адресует актеру, если он не в состоянии удержать позу, задачу развития данной способности. (Но в случае если участник не справляется с этой задачей, группа предлагает решение этой задачи, фиксирует или поддерживает его. Участник также и сам ищет способы решения этой задачи, понимая, например, что, если стоя сложнее соблюсти условия неподвижной фиксации, то лучше лечь или сесть. Или он вступает в телесную коммуникацию с другими участниками, используя опору на них);

- удержание общей паузы требует от участников развития способности видения целого;

- одновременное возвращение всей группы участников в исходное положение позволяет развивать групповую солидарность;

- варьирование поз (в случае стереотипных поз одного из участников тренинга группа начинает реагировать на это и сама предлагает варианты развития двигательного стереотипа участника).

Очевидно, что коррекция нарушений происходит в эмоционально окрашенной обстановке группового взаимодействия. Выразительные движения, которые вырабатываются в коммуницирующей группе, в силу своей символической природы оказываются мощным регулятором индивидуальных форм поведения

Социальные статусы современных людей без нарушений ментального здоровья имеют только косвенное отношение к актерам с подобными нарушениями. Будучи взрослым, по сути дела такой актер находится в статусе ребенка, за ним ухаживают, его обслуживают, как правило, к нему не обращают никаких социальных ожиданий. Но если нет социальных ожиданий, то нет и стимула к социальному развитию. У людей с ментальными нарушениями нет возможности проявить свою эмоциональность, поэкспериментировать со своим социальным статусом, попробовать на него повлиять; у него ограничен круг социального общения. Вследствие этого у него просто не может появиться таких вопросов, как «А что будет, если я буду лидером?», «А что будет, если я буду человеком, только следующим за лидером?», «А что, если я вообще не буду иметь отношение к социальной группе?»

В качестве примера того, как меняется данная ситуация при участии такого человека в предлагаемом тренинге, можно рассмотреть рождение индивидуальных средств выразительности в случае актера с Даун-синдромом. Этот пример показателен, т. к. первоначальный этап освоения выразительного движения продолжался более года. Позы самопрезентации у актрисы N были крайне стереотипны, искусственны, не органичны ее природе. Она пыталась изобразить красавиц, актрис на подиуме, все это выглядело крайне комично. Этот стереотип выражал ценностные установки современной культуры, но не учитывал ее индивидуальной телесной выразительности. По мере участия в тренинге она уже сама стала понимать, что не включается в создание общей композиции и что ее позы стереотипны, что она застревает на демонстрации одних и тех же поз самопрезентации, но самостоятельно она так и не смогла их изменить. Только после того, как она стала осваивать позы социальной связи (опираться на других участников тре-

нинга, брать их за руки), у нее снялась боязнь экспериментировать с позами саморепрезентации, появилась возможность варьировать их. По мере вставания и застывания в позах принцесс она почувствовала, что ее телесности присуща определенная «выворотность», характерная для многих людей с Даун-синдромом. Так начала рождаться собственная система образов: эти позы стали напоминать птиц, которые куда-то стремятся, летят. Система ее личной образности, возникшая на особенностях ее телесной организации, проникла и изменила позу саморепрезентации. Она еще не преодолела чуждый культурный образец, но уже насытила его знаками своей телесности и своими эмоциональными переживаниями.

Заключение. Культурологический (культурно-динамический) подход позволяет обогатить как практику театральной деятельности в интегрированных студиях, так и практику реабилитации, создает общий контекст в работе специалистов из различных областей знаний, позволяет объединить их усилия в деятельности интегрированной театральной студии, (например, психологов и режиссеров), позволяет четко и емко определить цели реабилитации, включает особого актера в активное освоение своей исполнительской выразительности, а именно пластической выразительности, в случае прохождения реабилитации делает его активным участником реабилитационного процесса.

В интегрированной театральной студии «Круг» постоянно ведется поиск таких форм работы, в которых все участники в равной степени могли бы включаться в репетиционную работу и это участие было бы для всех развивающим. Большинство тренингов, реализуемых в театральной студии «Круг», способствует развитию процессов интеграции, формирует общие культурные потребности у участников инклюзивного процесса и объединяет их в социокультурную общность

Чтобы такая общность могла возникнуть, необходимо создать условия для вызревания общих культурных ценностей, формирования общей картины мира, освоения/возникновения языка общения, развития разнообразных форм рефлексии. Театральная деятельность в этом случае иерархизирует социокультурную среду, способствует ее структурированию, позволяет осуществлять ее дальнейшую корректировку и моделирование [8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбури А.К. Ритуал в традиционной культуре // Структурно-семантический анализ восточнославянских обрядов. – СПб.: Наука, 1993.
2. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М.: Наука, 1990.
3. Богатырев П. Г. Знаки в театральном искусстве // Ученые записки ТГУ. Труды по знаковым системам. Т. VII. – Тарту, 1975. – Вып. 365. – С. 6-25.
4. Гирц К. Интерпретация культур / Пер. с англ. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. – 560 с.
5. Лангер С. Философия в новом ключе: Исследование символики разума, ритуала и искусства: Пер. с англ. С.П. Евтушенко / Общ. ред. и послесл. В.П. Шестакова. Мыслители XX века – М.: Республика, 2000. – 287 с.
6. Лефевр В. А. Рефлексия. – М.: Когито-Центр, 2003. – 496 с.
7. Попова Н.Т. Культурологические аспекты развивающей педагогики // Постигание культуры. Сборник. Ежегодник. Выпуск 11. – М.: М-во культуры РФ. Рос. ин-т культурологии, 2001 – С. 96-107.
8. Попова Н.Т. Роль театральной деятельности в формировании инклюзивной социокультурной среды //Инклюзивное образование: методология, практика, технология: Материалы международной научно-практической конференции (20-22 июня 2011, Москва) / Моск. гор. психол.-пед. ун-т; Редкол.: С.В. Алехина и др. – М.: МГППУ, 2011. – С.53-55.
9. Холл С. Вопрос культурной идентичности // Художественный журнал, № 77/78. [Электронный текст] URL: <http://xz.gif.ru/numbers/77-78/hall/> (дата обращения –

10.11.2013)

10. Glavenue V.P. Paradigms in the study of creativity: Introducing the perspective of cultural psychology // *New Ideas in Psychology*. – 2010. – V. 28. – P. 79-93.

N. Popova, E. Popova,

DEVELOPMENT OF DISABLED ACTOR'S INDIVIDUAL EXPRESSION IN GROUP THEATRICAL TRAINING: SYNTHESIS OF AESTHETIC AND REHABILITATION TASKS

MSUPE, GBOU CDT «Strogino», The Russian University of Theatre Arts (GITIS) (Moscow).

Summary. In the article authors describe a new training directed to development of individual plastic movement expressivity. The training is designed for integrative theatre studio with participation of people with disabilities as actors. The training developmental and rehabilitation potential is discussed. The authors propose a new approach to assessment of theatre training purposes, and to evaluating theatre activity and performance of actors with and without disability in integrative theatre collective. The theatre training is analysed in the framework of multidisciplinary cultural dynamic approach.

Key words: cultural dynamic approach to development and rehabilitation of people with disability, theatre activity, actor with disability, expressive movement, body expressivity, aesthetic and rehabilitation tasks, special cultural needs.

И.А. Котляр (Корепанова)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГЕРМАНИИ³

Международный университет природы, общества и человека «Дубна» (г. Дубна Московской обл.).

Аннотация. В обзорной статье представлен инклюзивный ландшафт Германии в сфере образования. Обсуждаются организационные аспекты инклюзивного образования, в том числе и вопросы подготовки кадров для инклюзивного образования. Особое внимание уделено анализу совместной деятельности педагогов, сопровождающих (тьюторов), родителей. Показано, что эта совместная деятельность регулируется индивидуальным планом, составленным для каждого ребенка, системообразующей целью деятельности выступает создание условий для развития самостоятельности ребенка. Методологической базой инклюзии выступает понятие «гетерогенность» (многообразие, A. Prengel).

Германия, как и многие страны, находится в движении за инклюзивное образование [4, 11]. Этот путь включает в себя многочисленные шаги в различных сферах: включение людей с особенностями развития (инвалидов) в трудовую деятельность, в образование, обеспечение необходимого уровня медицинской и правовой поддержки и т. п. (подробнее см. [3, 5]). В данном тексте мы остановимся на характеристике некоторых аспектов образовательной инклюзии.

В предисловии к книге «Преподавание общественных и естественно-научных дисциплин - на пути к инклюзии» Н. Giest [10] формулирует ряд вопросов-тезисов о том, как может быть понята инклюзия:

1. это вопрос дидактический?

2. или это некая дань моде (общемировой, закреплённой в Декларациях о правах человека и других документах)?

³ Часть исследования проведена при поддержке Фонда Александра фон Гумбольдта под руководством проф. Х. Гиста (H. Giest) в университете Потсдама.

3. или это тема для политических дискуссий?
4. тема для общей и школьной педагогики?
5. один из вопросов специальной педагогики?

Нам представляется, что такая постановка вопроса достаточно четко обозначает круг проблем, актуальных не только для Германии, но и для России.

К. Klemman в книге «Учиться вместе. Жить инклюзивно. Существующее положение дел и вызовы инклюзивного образования в Германии» [13] формулирует тезис: «столько инклюзии, сколько возможно!». Он приводит статистические данные, описывающие распространенность инклюзивного образования в стране. У 6%⁴ от всех обучающихся детей в начальной и средней школе были те или иные особенности развития. Но каков процент от общей выборки детей с особенностями посещающих общие образовательные учреждения? В 2011 г. детские сады посещали 60% детей⁵, имеющих интеграционный статус (диагностированы те или иные нарушения развития). Чуть больше трети (34%) посещали начальные школы. И только 15% детей с особенностями продолжают обучение в средней и старшей школе. Таким образом, включенность детей в инклюзивное образование на протяжении школьного обучения снижается.

Дети с различными особенностями по-разному включены в инклюзивное образование. Наиболее распространено включение детей с эмоциональными и социальными проблемами (35,9%)⁶, 27,1% с нарушениями зрения, 26,3% с нарушениями слуха, 19,9% с моторными нарушениями, 18,9 % с трудностями в обучении, 3,3% с интеллектуальными нарушениями и 1,4% с хроническими заболеваниями. Включение первой группы происходит наиболее успешно, а группы, для которых необходимы дополнительные усилия по включению, интегрированы в наименьшей степени.

Отдельная проблема, для России пока, к сожалению, практически не обозначенная, - включение детей, имеющих помимо обозначенных нарушений миграционный статус (в данном случае не важно, имеет ли ребенок уже немецкое гражданство или нет. Существенно то, что в его семье говорят либо и на родном для родителей и прародителей, и немецком, или только на языке исторической родины⁷). Приведем пример.

В пятом классе специальной школы, где учатся дети с нарушениями моторики и интеллекта (г. Ахен) среди семи учеников языковая и культурная ситуация такова. Родители одной девочки (у ребенка ДЦП, снижение интеллекта) приехали из России и дома с ребенком говорят только по-русски, читают русские газеты, смотрят русское телевидение; девочка понимает этот язык, но дома и в школе говорит по-немецки. Семья второй девочки (у ребенка снижен интеллект) - турецкая. Ее мама свободно владеет несколькими языками, в том числе и немецким. Дома придерживаются традиций исторической родины. Мальчик из Польши (ДЦП, снижение интеллекта) гордится тем, что он гражданин своей родины. Дома все говорят по-немецки, польский язык ребенок использует только на каникулах и при общении с бабушками. Родители другого мальчика приехали из Сирии (СДВГ, ДЦП). В семье соблюдаются традиции далекой родины, только в школе ребенок говорит по-немецки. Мама еще одного ученика этого класса (у ребенка диагностирован ранний детский аутизм) - уроженка Армении, папа родом из Италии. Дома преимущественно говорят на итальянском и немецком. В этом достаточно типичном классе только для двоих детей единственным родным языком выступает немецкий.

⁴ Данные 2008/2009 учебного года. Указано процентное отношение от всей детской популяции.

⁵ Процентное отношение ко всей совокупности детей с особенностями.

⁶ Процентное отношение ко всей совокупности детей именно с этой особенностью.

⁷ По данным Министерства семьи, пенсионеров, женщин и молодежи в Германии среди мигрантов распределение следующее: 21% турков, 13% выходцев из бывшего СССР, 10% поляков, 15% - из стран ЕУ, 9% - из бывшей Югославии. 32% приходится на все остальные страны [9].

В такой ситуации вопрос интеграции (инклюзии) обретает особое звучание и остроту.

Образовательная система Германии всегда поддерживала и способствовала фиксации жесткой кастовости и расслоения общества. Существующая система препятствует включению в общество не только людей с особенностями (с инвалидностью), но и людей с миграционным статусом, из семей с низким образовательным уровнем.

До последнего времени образовательная траектория ребенка выглядела следующим образом. Посещение детского сада не является обязательным. Как таковой диагностики готовности к школьному обучению тоже нет. Все дети поступали в начальную школу. После 4-го класса по рекомендации учителя дети распределялись по трем видам общеобразовательных школ - гимназия (с возможностью поступления в дальнейшем в университет), реальная школа (с возможностью поступления в профессиональное училище) и основная школа (после которой ребенок может продолжить обучение в профессиональной школе и получить несложную профессию). Также ребенку могло быть выдано направление в школу для детей с трудностями в обучении (после соответствующего обучения возможно овладеть несложной профессией). Таким образом, уже на границе младшего школьного возраста судьба детей была практически решена - обучение в том или ином виде школы определяло, каковы дальнейшие перспективы получения образования, профессионального становления⁸.

Сейчас в ряде федеральных земель отрабатывается пилотный проект, в рамках которого объединяются гимназии, реальные и основные школы. Под одной крышей существуют разные классы (гимназические, основные, реальные), и дети имеют больше возможностей для получения именно того образования (того аттестата), который соответствует из способностям, желаниям.

Одно из центральных понятий методологии инклюзивного образования - гетерогенность (Heterogenität). Гетерогенность включает в себя возраст, пол, этническое и социальное происхождение, когнитивные задатки и способности, достижения, типичные способы учения, области интересов и возможных успехов, я-концепцию, особенности общения со сверстниками, эмоциональное состояние и т. п. Подробный анализ понятия гетерогенности проведен в работах А. Prengel [15], которая выделяет в этом понятии идею многообразия и обосновывает тезис о том, что инклюзивное образование прежде всего должно соответствовать условию многообразия - многообразия целей, форм, методов образования.

Основных форм включения в Германии практикуется несколько:

- обучение ребенка с особенностями в общем классе. Включение обеспечивает тьютор (анализ его деятельности см. ниже). Ребенок выполняет те же задания, что и все другие ученики;
- обучение ребенка с особенностями в общем классе при поддержке тьютора. Ребенок получает задания в доступной форме, соответствующей его уровню развития сложности;
- обучение ребенка с особенностями без поддержки тьютора. Ребенок получает задания в доступной форме, соответствующей его уровню развития сложности;
- помимо посещения уроков вместе со всеми детьми (при поддержке тьютора или без

⁸ Для желающих существует многоступенчатая система дополнительных классов, пройдя обучение в которых дети могли сдавать экзамены для получения аттестата более высокого уровня. Однако это сопряжено со значительными организационными трудностями и не снимает общей проблемы жесткого распределения детей по типам школ.

нее), ребенок посещает специальные уроки, которые проводят специальные педагоги⁹. Таких уроков может быть до 50% от общего количества. Основное внимание на этих уроках уделяется развитию навыков чтения, письма и счета. Традиционен и урок «ведение домашнего хозяйства» - аналог урока социально-бытовой ориентировки (СБО);

- включение целого класса детей с особенностями в пространство общей школы (класс детей с особенностями является структурной единицей, специальной школой. Одновременно с этим дети учатся с нормативно-развивающимися сверстниками в едином пространстве, участвуют во всех общих проектах, досуговых мероприятиях и т. п.).

Для того чтобы «случилась» инклюзия в конкретной школе, в конкретном классе, прежде всего должна измениться сама парадигма (методы) обучения детей. Инклюзивное обучение возможно при переходе от фронтальных форм преподавания к групповым и индивидуальным. Учитель перестает быть тем, кто непосредственно, напрямую учит, а становится провожатым ученика в процессе его самостоятельного обучения, коучем (англ. coach – тренер-консультант с психологической подготовкой).

Тенденция ухода от фронтальных форм обучения в немецкой школе связана в целом с демократизацией процесса обучения. Она складывается из изменения как содержания образования, так и форм обучения, и делает возможным инклюзию.

В 2011 г. постоянная конференция земельных министров по вопросам образования, религии и культуры разработала Постановление по организации и проведению уроков в инклюзивных классах [8]. Инклюзивное образование прежде всего основывается на индивидуальном подходе к ученикам. В инклюзивном классе все дети имеют различные особенности, связанные как с темпом освоения учебного материала, с использованием тех или иных специальных средств обучения, так и с различными возможностями овладения учебной программой. Полагается, что обучение в гетерогенных группах эффективнее, чем в гомогенных группах.

A. Kaiser и St. Albers выделили несколько базовых дидактических идей уроков (в преподавании наук естественно-научного и общественного циклов), построенных на принципе инклюзии:

- темы, обсуждаемые на уроке, должны иметь смысл для всех детей класса;
- урок должен содержать в себе возможности для сотрудничества детей;
- урок является свободным пространством, где дети могут выражать различные точки зрения, давать свои объяснения наблюдаемым явлениям, обмениваться мнениями;
- обучение строится на основе того, что у каждого ребенка свой темп освоения учебного материала и свой темп психического развития;
- на уроке учебные помещения используются максимально подвижно [12].

L. Paradies называет три базовые формы внутренней дифференциации в обучении: индивидуализированное занятие (как учет различий в интересах и выборах учеников), кооперативное занятие в небольшой группе (при возможности организации разных учебных групп) и общее занятие (и удержание в нем дидактической идеи дифференциации). Наиболее эффективны не общие занятия, а занятия в небольших группах или в парах [14].

Возможности для вариативности, многообразия, сотрудничества присутствуют прежде всего в архитектуре учебного класса:

- столы стоят по кругу или группами для 4-8 детей, значительно реже - традиционными рядами;
- классная комната разделена на «зоны»: учебная (с партами и стульями, одной или несколькими досками), зона «на ковре» или «на диване», библиотечная и т. п. Дети мо-

⁹ Sonderpädagoge - педагоги, оказывающие поддержку детям, имеющим особые потребности. С определенной долей условности можно сказать, что это коррекционные педагоги (дефектологи). В методологии современной работы с детьми подчеркивается не дефект, а особенность ребенка.

гут либо самостоятельно либо по предложению учителя перейти из одной зоны в другую в процессе выполнения того или иного задания;

- в некоторых школах существует так называемая «классная комната», второе помещение класса. Комната может быть использована во время работы класса по двум и более группам, для индивидуального занятия педагога с ребенком, для самостоятельной работы одного или нескольких детей.

Командная работа всех специалистов, обеспечивающая многообразие методов и направлений работы, - базовое условие инклюзии. В команде согласуются зоны деятельности и ответственности участников. Команда состоит из группы профессионалов, поэтому существенным является и то, что все они обладают различными знаниями в разнообразных предметных областях, но относящихся к поддержке обучения и развития одного и того же ребенка. Основная гуманистическая идея, лежащая в основании работы с ребенком, - уменьшение объема помощи извне и переход к самопомощи, поэтому системообразующая цель работы команды специалистов - создание условия для становления способности к саморазвитию.

Во многих школах (прежде всего в специальных и инклюзивных, а также в начальных классах на начальной фазе обучения) в одном классе одновременно работают два педагога. Один педагог является ведущим, объясняет новый материал, раздает задания и т. п. Второй педагог - помогает детям, имеющим трудности, понять материал, дает дополнительные объяснения, контролирует правильность выполнения заданий. Педагоги могут меняться ролями в течение одного урока, недели, месяца и т. д. Роль второго педагога может выполнять студент, готовящийся к сдаче государственного экзамена.

Помимо двух педагогов детям, имеющим значительные трудности, помогают школьные сопровождающие¹⁰. Они «прикреплены» к конкретному ребенку и их работу регулирует Отдел по работе с молодежью (Jugendamt, если ребенок имеет нарушения поведения, слуха, зрения) или Социальный отдел (Sozialamt, если ребенок имеет двигательные нарушения), а оплачивает та или иная помогающая организация (чаще всего церковная, Красный крест) или же государство. Сопровождающие не являются штатными сотрудниками школы и не находятся в прямом подчинении директора школы. Они помогают ребенку справиться не только с учебными заданиями, но и с бытовыми проблемами (в туалете, при приеме пищи), в сложных эмоционально-насыщенных ситуациях, что особенно актуально для ребенка с ранним детским аутизмом). Безусловно, сопровождающие не заменяют учителя, но помогают включиться ребенку в учебный процесс, наладить и поддержать отношения с одноклассниками. Сопровождающий может иметь специальное образование, полученное в профессиональной школе (аналог российского профессионального училища), или быть студентом гуманитарных специальностей, дипломированным педагогом, социальным работником, специалистом в области лечебной педагогики).

Важным инструментом организации обучения ребенка с особенностями в детском саду и школе является программа развития и обучения (Förderplan), составляемая командой, в которую помимо специалистов и сопровождающих входят родители. Во время встреч, проходящих два раза в год, происходит согласование целей, методов и форм совместной работы, определяются ресурсы ребенка и его окружения, налаживаются отношения сотрудничества и партнерства.

Общей обязательной формы у плана нет. В качестве примера приведем характеристику программы, рекомендованной Управлением образования, молодежи и науки для

¹⁰ Наиболее близкий аналог в российской действительности - тьютор. Распространенные названия этой должности - Schulbegleiter (сопровождающий в школе), Integrationshelfe (помогающий в интеграции), Integrationskraft (сотрудник, помогающий в интеграции).

детских садов [7].

Первая часть программы содержит информацию о персональных данных ребенка, его потребностях (медикаментах, специальных технических средствах и т. п.). В этой же части указаны телефоны родителей, домашнего врача, терапевтов¹¹. Вторая часть представляет собой анкету, в которую заносятся каждые шесть месяцев сведения о всех сторонах повседневной жизни ребенка (принимает ли пищу самостоятельно или с помощью, как передвигается, одевается-раздевается самостоятельно или нет, что любит есть, какие любимые игрушки, как засыпает и спит, умеет ли пользоваться туалетной бумагой, имеет ли катетер, как и во что играет, использует ли речь для общения, на каком языке общается, каковы его мелкая и крупная моторика и т. д.). Третья часть - профиль развития¹². В каждой области развития (движение, коммуникация и т. п.) фиксируется наличное состояние ребенка, ближайшие цели и методы, с помощью которых будут достигнуты цели - перечисляются конкретные мероприятия, циклы занятий с терапевтами. Четвертая часть - характеристика направлений и конкретных мероприятий совместной работы команды специалистов.

Приведем пример программы, составленной для ученицы 4-го класса одной из специальных школ для детей с интеллектуальными проблемами г. Потсдама (федеральная земля Бранденбург). Вся программа, а вслед за ней и работа с девочкой, разделена на несколько областей помощи (Förderschwerpunkt)¹³:

Восприятие себя. Я как персона. Познание собственного тела:

- базальная стимуляция - сенсорные и психомоторные игры
- один раз в неделю занятие в сенсорной комнате
- один раз в неделю - музыкальная терапия
- использование специального устройства «маленькая комната»
- постоянно тереть и массировать разные части тела
- рассматривать фотографии ребенка

Принадлежность к человечеству (к обществу людей)

- обозначение себя как находящейся в классе «Это я. Я тут, в классе»
- узнавание фотографий членов семьи на фотографиях
- создание книги «Книга обо мне» - размещение фотографий

Коммуникация

- участие в совместных активностях класса
- пальчиковые игры
- разделять радость класса, улыбаться и смеяться вместе со всеми
- слушать и повторять стихи и песни

¹¹ Помимо непосредственной психотерапии сюда же относится эрготерапия (occupational therapy), игровая терапия, логопедия, двигательная терапия, занятия по развитию когнитивных процессов. Рецепт (направление) на терапию выписывает домашний врач ребенка, оплачивается терапия страховкой. В 10 часов терапии входят 2 часа консультации для родителей. Встречи педагогов и терапевтов не предусмотрены рецептом и поэтому не оплачиваются. Чаще всего терапевты встречаются на добровольной основе или переписываются по электронной почте, созваниваются, согласовывая свои планы.

¹² Вторая и третья части программы во многом по сути схожи с таблицами развития как диагностическим инструментом. Об одной из таких таблиц - таблице развития Beller см. [6]

¹³ Заметим, что в реальности немецкого детского сада или специальной школы слово «развитие» не является принципиально важным. Чаще употребляется слово «забота», «уход», «поддержка». И если бы мы назвали обсуждаемую программу программой развития, то в оригинальном значении - Förderung можно перевести как поддержка, поощрение, содействие. То есть педагог поддерживает то, что у ребенка уже есть. В этом кроется, как нам представляется, ключевое различие немецкого и российского подходов к работе с детьми с особенностями (см., анализ, [2]).

- использовать глазной контакт
- сопровождать (педагогу) все свои действия речью

Моторика

- два раза в неделю занятия с физиотерапевтом и один раз в неделю плавательная терапия

- участие в двигательных играх в классе
- регулярно вставать и ходить с помощью

Прием пищи и самообслуживание

- логопедическая поддержка приема пищи. Обсуждение в команде - какие способы приема пищи ребенку доступны

- бутерброды во время перекусов резать на маленькие кусочки
- фиксировать глазной контакт
- пить из стакана с трубочкой и удерживать стакан с помощью
- все действия сопровождать речью

- после каждого приема пищи ходить в туалет и стараться удерживать вертикальную позу

- после еды вытирать руки, лицо

В этом плане переплетаются конкретные задачи и для сопровождающего, и для ведущего педагога, и для терапевтов. В нем обращается внимание как на частные моменты, так и на целостную стратегию работы. Этот план не содержит в себе глобальных целей развития, но подробно описывает то, что и как следует делать.

Один из ключевых вопросов в проблеме инклюзивного образования - подготовка кадров. Подготовка студентов педагогических специальностей к работе в инклюзивной системе выглядит в каждом университете по-разному. Мы остановимся на некоторых аспектах программы Потсдамского университета¹⁴.

Студенты, получающие образование на факультете педагогики начальной школы (бакалавр) в рамках модуля «Знакомство с гетерогенностью» (Umgang mit Heterogenität), могут посещать семинар по предмету «Гетерогенность в начальной школе» (в данном контексте под гетерогенностью имеется в виду весь спектр учебных трудностей, начиная от трудностей в освоении письма и чтения, заканчивая нарушениями внимания).

Перечислим основные темы семинара:

- Педагогические и психолого-педагогические основания индивидуального подхода в обучении.

- Трудности в обучении (при чтении, письме, математике и т. п.).
- Диагностика способности к школьному обучению.
- Методика диагностики причин трудностей в чтении и письме
- Развитие стратегий мышления и обучения.
- Тренинг мотивации и способности к учению.
- Диагностика и развитие концентрации и внимания.
- Страхи и переживание стресса в школе.
- Социальная интеграция в инклюзивное пространство.
- Компетенции в области консультирования в инклюзивном пространстве.

Помимо семинара по гетерогенности студенты могут выбрать семинар «Интегративная педагогика в начальной школе». В программе семинара: обсуждение различий между понятиями «интеграция» и «инклюзия»; дидактические приемы организации ин-

¹⁴ В подготовке этого раздела мы опирались на материалы, предоставленные нам профессором К. Зальцберг-Людвиг (Salzberg-Ludwig), чьи лекции и семинары мы посещали в зимнем семестре 2010-2011 гг. в университете Потсдама. Пользуясь случаем, хотели бы выразить ей искреннюю признательность и благодарность.

клюзии; обсуждение включения детей с интеллектуальными нарушениями, проблемами в чтении и письме, с немецким языком как вторым языком, с нарушениями зрения, слуха, с СДВГ. В рамках семинара студенты проходят практику - 30 часов в инклюзивной школе. Их задача - наблюдение и анализ методик включения детей с особенностями в школьную жизнь. При желании студентов и педагогов, в чьих классах студенты проходят практику, возможно выполнение студентами определенных заданий (например, помощь во включении ребенка в урок, ситуацию общения и т. п.).

Рассмотренные два семинара знакомят лишь в общем виде с проблемой инклюзивного образования, представляют студенту получить самому опыт участия в инклюзивном образовании.

Но несмотря на все достижения в области инклюзивного образования, дети, имеющие множественные нарушения, чаще всего продолжают учиться в специализированных школах. Во многом это выбор их родителей. Что привлекает их в этих, а не в общих школах? Преподавание ведется по специальным, выверенным годами программам высококвалифицированными педагогами с многолетним опытом работы. Мама девочки с Даун-синдромом как-то заметила, рассказывая об успехах своей дочери: «После 9-го класса, который дочь закончила в очень хорошем, дружелюбно настроенном интеграционном классе, мы решили перевести ее в профессиональную специализированную школу. Тут она изучает как вести домашнее хозяйство. За три месяца обучения в этой школе нашу дочь наконец (!!!) научили писать и читать! У нее наконец появились друзья, с которыми она может обсудить то, что ей интересно на ее языке, на ее уровне...».

Нельзя сказать, что дети, посещающие специальные школы, лишены общения с нормативно развивающимися сверстниками. Один из важных ресурсов таких встреч и общения - приходящие в специализированные школы на практику старшеклассники из гимназий. Практически в каждом классе на протяжении всего учебного года присутствует гимназист. Следующий ресурс - общие мероприятия школ. Многие школы организуют совместные мероприятия. Значительную роль в необразовательной инклюзии играют многочисленные общественные организации, волонтерские проекты¹⁵.

Завершая краткий обзор отметим, что нельзя сказать, будто образовательная система Германии полностью инклюзивна. Однако анализ опыта внедрения инклюзии может быть полезен для России. Наиболее интересными и продуктивными нам представляются следующие идеи:

1. идея гетерогенности, или многообразия
2. командная работа педагогов и родителей
3. обращение внимания к проблеме инклюзии детей-мигрантов
4. развитие системы дополнительного образования, общественных проектов как одного из ресурсов внешкольной инклюзии.

Мы надеемся, что наш обзор внесет вклад в налаживание продуктивного сотрудничества и взаимообогащения между Россией и Германией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. [Официальная страница Проекта «Психологическая реабилитация, МГППУ»] / URL: <http://www.psy-rehab.ru/Conference/> (дата обращения 22.09.2014).
2. Корепанова И.А. Общение и деятельность – два основания для проектирования

¹⁵ Подробнее об этих проектах, о роли внешкольной деятельности как ресурса интеграции и инклюзии см., например, материалы секции «Актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, прошедшей в 2011 г. в МГППУ, Москва [1], где в том числе был представлен опыт Германии.

интегративных (инклюзивных) пространств // Психологическая наука и образование, №3, 2011.

3. Корепанова И.А. Заметки об инклюзивном «ландшафте» Германии // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна», № 4, 2012. - С. 13-20.

4. Саламанская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями// [Персональная страница ООН] / URL: http://www.notabene.ru/down_syndrome/Rus/declarat.html (дата обращения 19.10.2012).

5. «Einfach machen». Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. 2011. [Официальная страница Федерального Министерства труда и социальной политики] /

URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile (дата обращения 12.09.2014).

6. Beller E.K. & Beller S. Kuno Bellers Entwicklungstabelle, Modifizierte Fassung vom Juli 2000, 9. Auflage, 2010.

7. Berliner Förderplan. [Официальная страница Городского управления по делам образования, молодежи и науки Берлина] / URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-familie/kindertagesbetreuung/vorschulische_bildung/foerderplan_2011.pdf?start&ts=1334137549&file=foerderplan_2011.pdf (дата обращения 22.09.2014).

8. Beschluss der Kultusministerkonferenz. Vom 20.10.2011. [Официальная страница Постоянной конференции земельных министров по вопросам образования, религии и культуры] / URL: http://www.zlh-hamburg.de/zlh/wp-content/uploads/2012/07/2011_10_20-inklusive-bildung.pdf (дата обращения 22.09.2014).

9. Ehe, Familie, Werte - Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Monitor Familienforschung. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik. Ausgabe 24. 2010 // [Официальная страница Федерального Министерства семьи, пенсионеров, женщин и молодежи] / URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Familienforschung-Nr.24.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (дата обращения 20.00.2014).

10. Giest H. Sachunterricht und Inklusion// Sachunterricht - auf dem Weg zur Inklusion. Hrsg. H. Giest, A. Kaiser, C. Schomaker. Bad Heilbrunn. 2011.

11. Implementing Inclusive Education. OECD. 1997.

12. Kaiser A., Albers St. Inklusion durch Lernaufgaben in Sachunterrichtsbüchern - ein Widerspruch? // Sachunterricht - auf dem Weg zur Inklusion. Hrsg. H. Giest, A. Kaiser, C. Schomaker. Bad Heilbrunn. 2011.

13. Klemm K. Gemeinsam lernen. Inklusion leben. Status Quo und Herausforderungen inklusiver Bildung in Deutschland. 2010. // [Официальная страница фонда Бертелсманна] /URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_32811_32812_2.pdf (дата обращения 19.09.2012).

14. Paradies L., Linser H.J. Differenzieren im Unterricht. Berlin: Cornelsen Scriptor. 2008.

15. Prengel A. Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in interkultureller, feministischer und integrativer Pädagogik. Leske und Budrich, Opladen. 1993.

И.В. Добряков

**РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский универ-
ситет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ (Санкт-Петербург).**

Нередко, обследуя детей с нервно-психическими расстройствами, можно убедиться, что в их происхождении одной из ведущих причин являются отклонения семейного воспитания ребенка, уходящие корнями в прошлое. При использовании психодинамического подхода к обследованию и лечению семьи пациента с нервно-психическими расстройствами это представляет особый интерес. Таким образом, в практике психолога, психотерапевта, врача-реабилитолога может возникнуть необходимость ретроспективно оценить особенности изменений личностной системы отношений матери ребенка, возникающие у нее в связи с беременностью и отражающиеся в формировании того или иного варианта психологического компонента гестационной доминанты.

С целью определения варианта психологического компонента гестационной доминанты во время беременности была разработана и верифицирована методика, получившая название тест отношений беременной (ТОБ-б) [3]. Он успешно использовался и продолжает применяться специалистами Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска и Норильска, Ярославля и Екатеринбурга, Томска и Новгорода, Вологды и Челябинска и многих других городов РФ, а также в республиках Беларусь, Украина, Кыргызстан, Латвия, Литва и др. Его текст переведен на английский, армянский, киргизский, латышский, литовский, французский языки. Тест опубликован многими изданиями и рекомендован к применению [1; 2; 5; 8; 10 и др.]. ТОБ-б активно используется при проведении диссертационных исследований как психологами [4; 7; 12; 13; 14 и др.], так и врачами [6; 9; 11 и др.].

Модификация этого теста, получившая название Тест Отношений Беременности (-родившей) (ТОБ-р), позволяет уже после родов ретроспективно оценить особенности изменений личностной системы отношений матери ребенка, что существенно обогащает собранный анамнез. В процессе исследования женщине предлагают вспомнить обстоятельства беременности, переживания, с ней связанные, изменения отношений с окружающими, к себе в то время, свое эмоциональное состояние. Опираясь на эти воспоминания, она выбирает в предоставленных ей блоках ответов те, которые наиболее соответствуют ее состоянию во время беременности. Если во время беременности состояние значительно менялось, можно предложить женщине оценить его трижды (в разных триместрах беременности).

Инструкция и бланки теста ТОБ (р) выглядят следующим образом:

Инструкция. Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние во время беременности... (Давая инструкцию, следует указать, о какой по счету беременности идет речь, интересует ли исследователя общее впечатление женщины о беременности в целом или каком-то определенном триместре).

А.

I	1	Во время беременности я была счастлива, как никогда в жизни	
	2	Во время беременности я не испытывала никаких особых эмоций	
	3	Во время беременности я была в постоянном напряжении, испытывала больше тревог, чем радости	
	4	В основном, мне было приятно сознавать, что я беременна, особой тревогой я не испытывала	
	5	Во время беременности настроение у меня постоянно было сниженным	
II	1	Во время беременности, тревожась за свое здоровье и здоровье ребенка, я полностью изменила образ жизни	
	2	Во время беременности я существенно не меняла образ жизни, но стала относиться к себе бережнее	
	3	Во время беременности я не считала нужным что-либо менять в образе жизни	
	4	Во время беременности моя жизнь чудесно переменялась	
	5	Во время беременности моя жизнь значительно изменилась к худшему	
III	1	Во время беременности я почти не думала о ней и предстоящих родах	
	2	Во время беременности я часто думала о родах, очень их боялась, сомневалась в благополучном исходе	
	3	Во время беременности я иногда думала о родах, но не испытывала особого страха, была уверена, что все пройдет нормально	
	4	Во время беременности я все время думала о предстоящих родах и почти не сомневалась в их плохом исходе	
	5	Во время беременности я думала о родах, как о предстоящем празднике	

Б.

I	1	Во время беременности я часто беспокоилась о том, что не смогу справиться с обязанностями матери	
	2	Во время беременности я полагала, что хорошая мать из меня не получится	
	3	Во время беременности я не задумывалась о предстоящем материнстве	
	4	Во время беременности я была уверена, что стану прекрасной матерью	
	5	Во время беременности я полагала, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью	
II	1	Во время беременности я часто с удовольствием представляла себе ребенка, разговаривала с ним	
	2	Во время беременности я понимала ребенка, которого вынашиваю, и восхищалась им	
	3	Во время беременности я постоянно беспокоилась о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, старалась его почувствовать	
	4	Во время беременности я не думала о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю	
	5	Во время беременности я часто думала о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боялась этого	
III	1	Во время беременности я не думала о том, как буду кормить ребенка грудью	
	2	Во время беременности я с восторгом представляла себе, как буду кормить ребенка грудью	
	3	Во время беременности я полагала, что буду кормить ребенка грудью	
	4	Во время беременности я беспокоилась о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью	
	5	Во время беременности я была почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью	

В.

I	1	Во время беременности я считала, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка	
	2	Во время беременности отношение ко мне отца моего ребенка не изменилось	
	3	Во время беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне	
	4	Во время беременности я считала, что стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне	
	5	Во время беременности я опасалась, что изменения, связанные с ней, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка	
II	1	Когда я была беременной, большинство близких мне людей разделяло мою радость, и мне хорошо с ними	
	2	Когда я была беременной, не все близкие мне люди достаточно радовались этому, не все понимали, что я нуждалась в особом отношении	
	3	Когда я была беременной, большинство близких мне людей не одобряло этого, мои отношения с ними ухудшились	
	4	Когда я была беременной, меня мало интересовало отношение к этому даже близких мне людей	
	5	Когда я была беременной, некоторые близкие люди относились к беременности неоднозначно и это меня тревожило	
III	1	Во время беременности я всегда мучительно стеснялась, если кто-либо замечал, что я «в положении»	
	2	Во время беременности мне было немного не по себе, когда окружающие замечали, что я «в положении»	
	3	Во время беременности мне было приятно, когда окружающие замечали, что я «в положении»	
	4	Во время беременности мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»	
	5	Во время беременности я не испытывала особой неловкости, если окружающие замечали, что я «в положении»	

После выполнения задания, как и при использовании ТОВ (б), женщине предлагается перенести результаты в следующую таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру в таблице 1.

Таблица 1.

		О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	4	5
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
В с е г о:						

В нижней строке таблице «всего» подсчитывается количество отмеченных цифр (баллов) в каждом столбце. Столбец «О» – отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип **ПКГД (психологического компонента гестационной доминанты)**, «Г» соответственно – гипогнозический, «Э»

– эйфорический, «Г» – тревожный, «Д» – депрессивный.

Например, если результат тестирования ОПКГД – 3 балла, ГПКГТ – 1 балл; ЭПКГТ – 4 балла; ТПКГД – 1 балл; ДПКГТ – 0 баллов, то в таблице это будет представлено следующим образом (см. таблицу 2).

Таблица 2.

		О	Г	Э	Т	Д
	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
В с е г о :		3	1	4	1	0

Такой тип ПКГТ определяется как преимущественно эйфорическим. Для наглядности результаты обследования беременной женщины могут быть представлены в виде диаграммы, отражающей профиль ПКГД (см. рис. 1).

Если в результате тестирования набрано 7-9 баллов, соответствующих одному их типов ПКГД, он может считаться определяющим. Если показатели какого-либо одного типа ПКГД не преобладают, нетрудно определить, какие подсистемы ПКГД у женщины нуждаются в коррекции. Для наглядности можно построить профиль ПКГД в виде диаграммы. По вертикали отмечаются набранные баллы, а по горизонтали – типы ПКГТ (см. рис. 1).

Рисунок 1.

	О	Г	Э	Т	Д

Тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые в тот период были наиболее значимы для женщины и отразились в дальнейшем на ее отношениях с ребенком и его отцом (см. табл. 3).

Таблица 3.

		О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I к беременности	4	2	1	3	5
	II к образу жизни	2	3	4	1	5
	III к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношения в системе «мать – дитя»	I к себе - матери	5	3	4	1	2
	II к ребенку	1	4	2	3	5
	III к грудному вскармливанию	3	1	2	5	4
В. Отношение к отношению окружающих	I к мужу	3	2	1	5	4
	II к близким	1	4	2	5	3
	III к посторонним	5	4	3	2	1
В с е г о :		3	1	4	1	0

Из таблицы очевидно, что у женщины отмечалось эйфорическое отношение к беременности. Это часто сочетается с чрезмерным уровнем притязаний женщины к

близким, к качествам будущего ребенка, с легковесным отношением к предстоящим родам, кормлению ребенка грудью. В то же время она тревожилась о том, как воспринимают ее беременность посторонние, что может свидетельствовать о расширении у женщины референтной группы. Обсуждение (с согласия женщины) этих моментов на сеансе семейной психотерапии может помочь членам семьи выявить скрытые причины как застарелых, так и актуальных проблем, вывести на пути их решения.

Следует подчеркнуть, что использование ТОВ(б) и ТОВ(р) не позволяет выявить конкретных проблем семьи, связанных с беременностью и родами, а лишь ориентирует психотерапевта, психологов, членов семьи, в какой сфере семейных отношений следует искать причины дисгармонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкая М.П., Маликова Т.В. Семейная психология и семейная психотерапия. Часть 1. Перинатальный период развития (учебно-методическое пособие). – СПб.: СПб ГПМА, 2008. – 84 с.
2. Добрянская Р.Г., Евтушенко И.Д., Залевский Г.В. Система дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам: методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов и психологов женских консультаций. – Томск: Сибирский ГМУ, 2005. – 59 с.
3. Добряков И.В. Разработка и валидизация методики определения варианта психологического компонента гестационной доминанты // Психическое здоровье: ежемесячный научно-практический журнал, 2011, № 9. – С. 75-80.
4. Жданова Т.Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.
5. Иванова А.А. Организация работы с беременными женщинами в рамках дорожной подготовки: методическое пособие. – Калуга: «Доверие», 2008. – 148 с.
6. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2010. – 20 с.
7. Магденко О.В. Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Томск, 2012. – 23 с.
8. Магденко О.В., Стоянова И.Я. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. – Новосибирск: Полиграфическая компания, ИП Малыгин А.М., 2012. – 179 с.
9. Макарова А.А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать-ребенок»: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Архангельск, 2006. – 22 с.
10. Олифинович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
11. Прохорова О.В. Пути оптимизации амбулаторного ведения ювенильной беременности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Самара, 2006. – 30 с.
12. Рабовалюк Л.Н. Ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Владивосток, 2014. – 19 с.
13. Спицина Н.К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом: автореф. дис. канд. наук. – СПб., 2008. – 20 с.
14. Урусова О.А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.

ПОДРОСТКОВЫЙ СТРЕСС - ОДНА ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ КАДЕТСКОГО КОРПУСА Московский Георгиевский кадетский корпус (Москва).

Последнее десятилетие характеризуется ростом военно-учебных заведений по всей России, в частности, это увеличение кадетских корпусов, кадетских школ, кадетских школ-интернатов. Интерес к кадетскому движению огромен, востребованность в кадетских корпусах высока. Кадетские общеобразовательные учреждения стремятся создать особенную модель учреждения, разрабатывают новое содержание образования и новые технологии обучения, восполняют необходимость мужского воспитания, целенаправленно занимаются военно-патриотическим воспитанием, создают оптимальные условия для раскрытия и развития индивидуальных особенностей каждого обучающегося, формируют основы для подготовки несовершеннолетних граждан к служению Отечеству на гражданском и военном поприще.

Поступление подростка в кадетский корпус приводит к значительным переменам в его жизни. За сравнительно короткий период времени подросток должен адаптироваться к новым условиям. Это весьма сложный процесс, поскольку кадетский корпус – это закрытое военизированное учебное заведение, специфика которого обусловлена наличием внутренних (ограниченная степень личной свободы, ограничения в общении с родителями и друзьями, самообслуживание и самостоятельность, повышенная физическая нагрузка, строгая регламентация норм поведения, особенности межличностного общения и коммуникации) и внешних (прием в кадетское учреждение, ранняя профориентация, форма военной одежды, символы, ритуалы, кадетские традиции) особенностей. А потому любой конфликт, малейшее недопонимание плюс переходный возраст могут обернуться настоящей душевной драмой для подростка. И если в этот период он переживает серьезный стресс, у него меньше шансов стать гармоничной, открытой и доброжелательной личностью.

Стресс может обуславливаться возрастным периодом жизни. Всем известно о трудностях подросткового времени. Подростки наиболее подвержены стрессам, поскольку в этом периоде их ценности и взгляд на жизнь адаптируются под влиянием окружающей действительности. Подростковый стресс становится актуальной проблемой современности. Особую роль оказывает стресс на формирование и работу центральной нервной системы, эндокринной системы и других систем детского организма. Стресс приносит плохое настроение, понижает работоспособность, вызывает плохое самочувствие, является главной причиной развития неврозов. В современном мире подавляющее количество детей и подростков испытывает стресс. И хотя подростки более подвержены стрессам, чем взрослые, природа также отпустила им большие энергетические запасы, которые позволяют им быстрее, чем взрослым, справляться со стрессом.

Признаки стресса, выявленные у кадет в ходе их адаптации к условиям кадетского корпуса:

- жалобы на чувство усталости перед сном
- беспокойный сон
- отсутствие чувства отдыха после пробуждения
- трудности сосредоточения на учебном материале
- отсутствие терпения в несложной психологической ситуации
- конфликтность со сверстниками

- повышенное беспокойство в регламентированной режимной ситуации
- жалобы на частые головные боли

Основной причиной стресса является привыкание к всевозрастающим нагрузкам и строгому режиму, а также к большому количеству педагогов, воспитателей, офицеров-воспитателей, преподавателей дополнительного образования, требующих от детей больших умственных и физических затрат как в первой, так и во второй половине дня. Начиная учебу в кадетском корпусе, подросток попадает в новый коллектив, где он наиболее подвержен стрессу, причиной которого являются проблемы с самоутверждением, новым характером отношений со сверстниками, попытками понять себя и других. В связи с этим одной из наиболее сложных задач, стоящих перед родителями, воспитателями и педагогами, является своевременная диагностика стресса у подростка.

Нами был проведен анкетный опрос воспитанников 5-х и 10-х классов Московского Георгиевского кадетского корпуса. Следует отметить, что вопросы для 5-х и 10-х классов были идентичны.

- Часто ли вы испытываете отрицательные эмоции?
- Часто ли вы устаете?
- Что вас больше всего раздражает в корпусе?
- Что вам помогает улучшить настроение?
- В каких ситуациях вы испытываете стресс?
- В чем опасность стресса?

Исходя из ответов учащихся, мы составили статистику, с результатами которой вы можете ознакомиться.

Оказалось, что в 5-х классах всего лишь 15% учащихся испытывают отрицательные эмоции, 40% вообще не испытывают отрицательных эмоций, а 45% учащихся испытывают их, но редко. Также оказалось, что в 5-х классах огромный процент усталости. На вопрос «Часто ли вы устаете?» 75% ответили, что устают часто, 20 % иногда устают и всего лишь 5% совсем не устают. Также мы узнали, что 60 % учащихся 5-х классов ничто не раздражает в кадетском корпусе, 20% раздражает то, что в распорядке мало свободного времени и 20% раздражает обстановка. Выяснилось, что 55% учащихся 5-х классов помогают улучшить настроение друзья и родные, 30 % - развлечения и отдых, а 15% - музыка и книги. На вопрос «В чем опасность стресса?» 50% пятиклассников ответили, что стресс влияет на здоровье, 25% - что опасность состоит, в том, что человек будет постоянно находиться в плохом настроении и 25 % ответили, что стресс опасен появлением усталости.

Статистика анкетирования в 10 классе показала следующее: 5% учеников испытывают отрицательные эмоции, 70% не испытывают отрицательных эмоций и 25% испытывают их иногда. Выяснилось, что 52% устают часто, 20% не устают и 28% устают иногда. 60% десятиклассников в кадетском корпусе не устраивает обыденность, 12% - недопонимание со стороны учителей и 28% не устраивает распорядок дня. А еще мы узнали, что улучшить настроение в 10 классе 30% помогает хорошая компания, 40% - отдых и 30% - хорошая новость. 20% десятиклассников испытывают стресс на уроках, 70% испытывают моральное давление и 10% испытывают стресс, получив плохое известие или же находясь в постоянной суете. На вопрос «В чем опасность стресса» 68% десятиклассников ответили, что стресс может выражаться психической неуравновешенностью, 27% считают, что стресс опасен ухудшением здоровья и 8% назвали прочие отрицательные последствия.

Из выше представленных сведений мы можем сделать следующие выводы. Ежедневный стресс испытывают как пятиклассники, так и десятиклассники. В 10

классе это обусловлено сильными нагрузками и немалой усталостью, а в 5 классе – новой обстановкой, новым коллективом и отдаленностью от родных и родителей.

Как же помочь подростку найти выход из стрессовой ситуации? Существуют несколько способов снятия стресса:

- минутная релаксация
- противострессовое дыхание
- творческие упражнения
- музыка, танцы
- общение.

Следует так же рассмотреть некоторые рекомендации по предупреждению появления стресса у подростков:

- Нужно давать выход эмоциям.
- Питание, сон, учеба и отдых должны быть сбалансированы.
- Ребенку нужны поддержка взрослых и уверенность в себе.
- Переосмысление ситуации (дать ребенку положительные эмоции) .
- Если вы сами не можете справиться со стрессовой ситуацией, обратитесь к социологической или психологической службе.

С.Л. Леончук

НОРМАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ РАЗВИТИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ

ГКУ «Курганская областная психоневрологическая больница» (Курган).

Резюме. Развитие – это негэнтропийный процесс. Организм борется с энтропийной деградацией через рост, усложнение своей структурно-функциональной организации, увеличение мощности гомеостатов, созревание тканей и систем. Источником развития организма является внутренняя борьба организма с Экосистемой, которая диктует его морфофункциональное устройство и производит элиминацию негодных особей через естественный отбор. Развитие организма – это не прямолинейный, поступательный и безболезненный процесс, а всегда внутренне противоречивый, волнообразный, часто возвратный процесс. Следствием внутренней борьбы и противоречивости отношений организма с Экосистемой являются «нормальные болезни» развития организма.

Ключевые слова: биологическая система, развитие, энтропия, болезни развития, элиминация.

Введение. До сих пор проблемы онтогенеза, эволюции и инволюции, старения живых систем полностью не решены. Нет единого взгляда на этапы онтогенеза, биологические кризисы, сенситивные периоды развития, время конца эволюции и начала инволюции, старения, болезни эволюции и инволюции, исходе инволюции и старения организма. Процессы инволюции часто понимаются узко – через половое увядание, климакс. Нет морфофункционального понимания процессов эволюции, инволюции и старения. Понятия инволюции и старения организма часто разделяются. Смерть воспринимается, как нечто чуждое жизни, а не как закономерный исход индивидуального развития, инволюции и старения. Все это вносит путаницу и известные противоречия во взглядах на проблемы онтогенеза.

Энергоэволюция живой материи – это часть энергоэволюции Вселенной [1]. В природе властвует второй Закон Термодинамики, или Закон возрастания энтропии. Живые организмы противостоят общей природной тенденции к энтропийной

деградации через организацию сложных Биологических систем, обладающих негэнтропийными свойствами. Источником развития Биосистемы является взаимодействие и борьба между Биосистемой и Экосистемой, энтропийными силами природы и негэнтропийной защитой организма. Развитие живых открытых систем - это результат взаимодействия внутренних и внешних детерминант, где определяющим является внешняя детерминация Экосистемы.

Негэнтропия – это мера организации и порядка в системе. Онтогенез - это индивидуальное развитие Биосистемы, жестко канализированное генотипом, реализация генетического кода в фенотип под контролем Экосистемы. Это негэнтропийный процесс. Противодействие Закону энтропийной деградации – суть развития. Биосистема борется с энтропийной деградацией через рост, усложнение структурно-функциональной организации, увеличение мощности гомеостатов, внутреннее созревание через два негэнтропийных процесса [2, 3, 4]:

1. Увеличение дифференциации и специализации тканей, органов, систем организма.

2. Создание мощного высокоспециализированного и дифференцированного Центра Управления организмом – ЦНС, головного мозга с усилением центральной интеграции частей организма в единое целое, его адаптации к Экосистеме на базе развития психики. Психика – это новое высшее качество Биологического, которое обслуживает передачу информации и лежит в основе регуляторной, интегративной и адаптивной деятельности ЦНС, головного мозга.

Гомеостаз - постоянство внутренней среды организма, обеспечиваемое множеством функциональных негэнтропийных систем – гомеостатов, построенных по принципу обратной связи. Гомеостаз отражает относительную свободу и самостоятельность, независимость организма от Экосистемы [5, 13]. Гомеорезис – стабилизированный поток, динамическое равновесие в организме [6]. Закон отклонения гомеостаза – для осуществления генетической программы развития, созревания организма необходимы генетические программные регуляторные изменения гомеостаза, обеспечивающие механизм развития [7].

Биологические кризисы - отражение конфликта между внутренней и внешней детерминантами развития организма, этапности и скачкообразности развития, узлы развития.

Сенситивные периоды – периоды в развитии ЦНС, головного мозга, всего организма как единого целого, биологической системы, чувствительные к глубоким внутренним высокодифференцированным и специализированным изменениям с возникновением нового качества. Сенситивные периоды являются моментом созревания организма, включения очередного негэнтропийного механизма в его развитии, отражают неравномерность и гетерохронность развития.

Законы развития организма [8, 9]:

1. Неравномерность и гетерохронность. Процессы развития организма, в том числе ЦНС, головного мозга и психики, идут волнообразно и не одновременно. Интенсивность развития определяется возрастом организма. Чем моложе организм, тем интенсивнее у него идут процессы развития (спрессованность развития).

2. Стадийность (цикличность) развития. Каждая стадия развития имеет свое содержание, темп и рост.

3. Пластичность. Развитие организма – это взаимодействие гибких и жестких детерминант развития.

4. Кумулятивность развития – накопление количественных изменений в развитии приводит к новому качеству – метаморфозам развития [10].

5. Сочетание процессов эволюции и инволюции в онтогенезе. Каждый этап

развития – это взаимодействие разных потенциалов развития, старого и нового, прогресса и регресса, эволюции и инволюции, компенсации и декомпенсации, жизни и смерти.

6. Дивергенция – расширение поля, увеличение свойств и потенциалов, многообразия нервно-психической деятельности – характерна для прогрессивного развития, эволюции. Конвергенция – сужение поля, свойств и потенциалов, многообразия нервно-психической деятельности, характерна для инволюции [10].

Этапы развития организма:

1. Эволюция – это стадия прогрессивного развития организма в онтогенезе, его рост, разворачивание структуры и функций, увеличение мощности гомеостатических систем, созревание тканей по пути их специализации и дифференциации, интеграции и адаптации к Экосистеме. Причиной эволюции организма – открытой биологической системы – являются негэнтропийные процессы, направленные против энтропийной деградации организма как общей природной тенденции в развитии открытых Биологических систем. Это негэнтропийный процесс. Физиологическим механизмом эволюции является генетически обусловленное, программное изменение порога реактивности гипоталамуса, его рецепторного поля к периферическим гормонам и метаболитам.

Период жизни от момента зачатия до полной зрелости, вершины индивидуального развития, онтогенеза – до 20-25 лет [7].

2. Акме – полная зрелость, вершина индивидуального развития, онтогенеза, негэнтропийные и энтропийные процессы уравнивают друг друга. Возраст – 20-25 лет.

3. Плато – время нахождения Биологической системы на «Акме», состояние ее динамического равновесия (гомеостаза) в точке энергетического, морфофункционального, интеграционного и информационного максимума. Максимальная адаптация к Экосистеме. Период жизни в 25-30 лет.

4. Инволюция – стадия обратного развития организма в онтогенезе, снижение его ранее достигнутого уровня сложности, структурно-функциональной организации и энерговооруженности с образованием патологического дефектного состояния, патологического гомеостаза с повышением энтропии организма с адаптивной целью – повысить уровень его устойчивости и адаптации к Экосистеме [11]. При этом формируются «нормальные болезни» инволюции. Сутью инволюции является старение биологического организма, его энтропийная деградация. Инволюция связана с действием 2-го Закона Термодинамики как основного Закона движения материи, и с принципом возрастания энтропии в открытой Биологической системе. Причиной инволюции является продолжение действия механизмов роста, развития и созревания организма после «Акме», основанных плейотропности генов и связанного с ними закона отклонения гомеостаза, который действует всю жизнь и закономерно приводит к «нормальным болезням» инволюции с их фазами компенсации и декомпенсации [7]. Период жизни старше 30 лет.

5. Смерть – это исход инволюции, остановка развития, движения Биологической системы, состояние его тотальной дезинтеграции, энтропийного максимума в точке энергетического, функционального и информационного нуля. Физиологической причиной смерти являются «нормальные болезни» инволюции, декомпенсация в работе органов и систем.

Нормальные болезни развития организма:

А. Болезни эволюции, т. е. болезни созревания, становления, роста, адаптации. Это «нормальные болезни» развития организма, типичные для детского и подросткового возраста. Сюда входят невропатия, детские инфекции, расстрой-

ства общего и специального развития, расстройства влечений, поведения и эмоций, расстройства приема пищи, моторики, соматоформные и невротические расстройства, нейроциркуляторная дистония, гормональные дисфункции, пубертатный криз и другие. Эволюция выражает себя через внутренние противоречия в развитии организма, его субадаптацию в Экосистеме, «нормальные болезни». В крайнем своем выражении «нормальные болезни» эволюции могут достигать состояния патологии. Для «нормальных болезней» эволюции характерны транзиторность, мягкость и слабая выраженность клинических проявлений, связь с возрастным периодом, типичный характер, субадаптация организма в Экосистеме. Эволюция организма ведет его к «Акме» через «нормальные болезни» эволюции.

Варианты течения эволюции:

1. Гармоничное, пропорциональное развитие всех органов, тканей, систем организма.
2. Дисгармоничное, асинхронное развитие органов, тканей, систем организма.
3. Ускоренное развитие органов, тканей, систем организма - акселерация.
4. Задержанное развитие органов, тканей, систем организма - ретардация.

Типы течения эволюции:

1. Неосложненное, доброкачественное, компенсированное развитие организма.
2. Осложненное развитие - с частыми кризисами, декомпенсациями в работе органов и систем.

Нужно иметь в виду, что эволюция - созревание организма – это не прямолинейный, поступательный и безболезненный процесс, а всегда внутренне противоречивый, волнообразный, часто возвратный процесс через внутренние сдвиги, спады, кризисы, конфликты, состояния субкомпенсации и декомпенсации, чувствительные периоды прогресса, связанные с вступлением на арену онтогенеза очередного негэнтропийного механизма.

Причины различия вариантов течения эволюции лежат в разнообразии генотипов особей и экосистем в их постоянном взаимодействии.

Наследственные аномалии, раннее органическое поражение ЦНС, головного мозга, экзогенная и соматогенная, гормональные дисфункции, психическая и социальная депривация в стадии эволюции организма искажают и дополняют картину первичной детской патологии, меняют характер течения эволюции в сторону дизонтогенеза.

Лечение «нормальных болезней» эволюции заключается в коррекции осложнений и декомпенсаций в работе органов и систем организма.

Б. Болезни инволюции, т.е. болезни старения, увядания, обратного развития, дезинтеграции организма. Это «нормальные болезни» обратного развития, типичные для позднего возраста. Сюда входят климакс, общий атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ожирение, канкрофилия, гипердаптоз, эндогенная депрессия, атрофические процессы организма с выходом в деменцию альцгеймеровского типа, кахексию, полиорганную недостаточность, состояния иммунодефицита.

Инволюция выражает себя через снижение общей реактивности, дифференцированного ответа, энерговооруженности, пластичности в работе центральной нервной системы, головного мозга, психики с последующим кризисом Управления организма, его центральной дезинтеграцией с отчуждением периферического звена, выходом организма в «нормальные болезни» инволюции и дизадаптацию в Экосистеме.

Если эволюция организма ведет его к «Акме», то инволюция ведет организм к смерти через «нормальные болезни» инволюции.

Лечение «нормальных болезней» инволюции заключается в предупреждении декомпенсаций и осложнений в работе органов, систем, обострений хронической соматической и инфекционной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веллер М. Й. Человек в системе. - М. Астрель, 2010. - 573 с.
2. Берталанфи Л. фон. Общая теория систем — критический обзор // Исследования по общей теории систем: Сборник переводов / Общ. ред. и вст. ст. В.Н. Садовского и Э.Г. Юдина. — М.: Прогресс, 1969. — С. 23-82.
3. Берталанфи Л. фон. Общая теория систем — обзор проблем и результатов // Системные исследования: Ежегодник. — М.: Наука, 1969. — С. 30-54.
4. Энгельгардт В.А. Интегратизм - путь от простого к сложному в познании явлений жизни // Вопросы философии. — 1970, № 11.
5. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. - М. Наука, 1980. -196 с.
6. Уоддингтон К.Х. На пути к теоретической биологии; т 1; пер. с англ. - М.: Мир, 1970. — 184 с.
7. Дильман В.М. Четыре модели медицины. - Л.: Медицина, 1987. — 287 с.
8. Выготский Л.С. Психология развития человека. - М.: Смысл; Эксмо, 2005 — 1136 с.
9. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. - М.: Российское педагогическое агентство, 1996. — 374 с.
10. Психология детства /Общ. ред. А.А. Реан. - СПб.: Прайм–ЕВРО-ЗНАК, 2003. — 368 с.
11. Бехтерева Н.П. Принципы функциональной организации мозга человека // Вестник АМН СССР, 1972, № 9. — С. 43-49.
12. Леончук С.Л. Эволюционная общебиологическая концепция депрессии как состояния неспецифической защиты - анабиоза //Академический журнал Западной Сибири, 2013, № 1. — С. 38-42.
13. Walter B. Cannon, Organization for Physiological Homeostasis // Physio/. Reviews 9: 399-431; 1929.

Sergey L. Leonchuk

DISEASES OF DEVELOPMENT IN ONTOGENESIS

The State-financed institution «Kurgan Regional Neuro-Psychiatric Hospital» (Kurgan).

Summary. Development is ungentropic process. Organism fights with entropic degradation through growth by the increasing complexity of structural and functional organization, increasing power of homeostates, maturation of tissues and systems. Source for development of organism is internal fight of organism with ecosystem, which dictates its morpho-functional structure and produces elimination of unwanted organisms through natural selection. Development of organism is not easy and painless process. It is always self-contradictory, undulating and often recurrent process. Result of internal fight of organism and contradictory its relationship with ecosystem are "normal illness" of organism.

Key words: biological system, development, entropy, diseases of development, elimination.

А.Н. Булатников

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА
ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ¹**

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

Первичная профилактика в наркологической сфере – это комплекс превентивных мероприятий, направленных на предупреждение формирования негативных ценностей и мотивов употребления ПАВ, пропаганду здорового образа жизни. Мероприятия первичной профилактики направлены на все категории населения, в первую очередь на детей, подростков и молодежь, находящихся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также на лиц группы повышенного риска немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ [1]. Цель первичной профилактики употребления ПАВ – предупреждение приобщения к ПАВ и формирование здорового образа жизни.

Привитие здорового стиля жизни происходит на фоне позитивно ориентированной профилактики, где основными ее составляющими являются формирование позитивной идентификации и ценностных ориентаций; организация социального партнерства; социокультуральное проектирование; образовательная деятельность, включая дистанционные формы; тренинги; психологическая помощь и поддержка; волонтерская деятельность [6, 7, 12]. Универсальное направление профилактики формирования аддиктивного поведения базируется на развитии и укреплении психического и физического здоровья при оптимально организованной для этого соответствующей инфраструктуре.

Основное содержание позитивных программ профилактического развития психического и физического здоровья ориентировано:

- 1) на работу с системой ценностей и опорой на культурные нормативные традиции народа и семьи;
- 2) на формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения, снижающих вероятность приобщения к употреблению психоактивных веществ (ПАВ);
- 3) на улучшение физического состояния, повышающего неспецифическую устойчивость организма к патогенным и неблагоприятным факторам окружающей среды.

В основе профилактической программы позитивной направленности лежат два основных понятия: психическое здоровье, связанное с особенностями и стилем жизни и формирующая его оздоровительная среда. Она организуется с учетом следующих компонентов:

- 1) приоритет здоровья: укрепление и развитие психического и физического здоровья;
- 2) мониторинг здоровья: оценка и стимуляция динамики показателей здоровья, наравне с традиционными показателями;
- 3) приоритет психической и физической культуры: введение специальных коррекционных и интегрирующих психику занятий;
- 4) формирование кадров, проводящих программу укрепления психического и

¹ Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2014 (14), № 1.

физического здоровья.

Для построения профилактических программ важно понимать, на какую целевую группу направлено профилактическое воздействие, каковы его временные рамки, ориентировано ли оно на личность или среду, ее окружающую, и в какой форме это происходит.

Практическая реализация позитивных программ первичной профилактики формирования зависимости от ПАВ оптимизирует возможности развития ресурсов личности и организма человека: формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий; принятие ответственности за собственное поведение; использование возможностей эффективного общения, социальной поддержки и профилактической здоровьеразвивающей среды; развитие навыков противодействия наркотицизирующей среде; совершенствование и укрепление психологической и физиологической конституции; улучшение функционального состояния. **При этом информирование о негативных последствиях вследствие употребления ПАВ как основа медицинской модели профилактики в наркологической сфере становится малозначительным аспектом всей профилактической деятельности.**

В настоящее время существует достаточное количество разнообразных моделей профилактики формирования зависимости от ПАВ. Основные из них – это медицинская, образовательная и психосоциальная модели.

Медицинская модель профилактики основана на информационно-лекционном методе. Деятельность специалистов лечебно-профилактических (наркологических) учреждений направлена на формирование знаний о негативном воздействии наркотических и других ПАВ на физическое и психическое здоровье человека, а также совершенствование гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании - заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

Образовательная модель профилактики основана на воспитательно-педагогических методах деятельности специалистов образовательных учреждений, направлена на формирование знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

Психосоциальная модель профилактики основана на биопсихосоциальном подходе к предупреждению употребления ПАВ. Совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений направлена на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема ПАВ, а также развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному с употреблением ПАВ.

Современная модель построения системы профилактической работы, направленной на сокращение потребления ПАВ, представляет собой так называемый каузальный подход, когда профилактическая деятельность ориентирована на выявление и устранение факторов риска возникновения зависимости от ПАВ, а также причин употребления различных ПАВ. Сущность данной модели состоит в том, что она является практически универсальной для самых разных целевых групп, т. к. способствует формированию общепринятых нормативных взглядов и позитивных стереотипов социальной деятельности. При этом различия в содержании деятельности и приоритетах имеют место, но в то же время построение системы профилактики основывается на общих принципах гигиенического воспитания.

Гигиеническое воспитание — это система привития полезных навыков на ос-

нове знания правил здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения. Компоненты гигиенического воспитания в области профилактики наркологических расстройств:

1) формирование позитивного стиля поведения, направленного на сохранение и улучшение здоровья, т. е. здорового образа жизни (нормативная социализация, гигиенические мероприятия, режим труда и отдыха, рациональное питание, двигательная активность, профилактика стрессов и др.);

2) формирование негативного отношения к употреблению ПАВ;

3) повышение информированности о вреде и последствиях употребления ПАВ.

Санитарно-просветительская работа как направление гигиенического воспитания складывается из двух компонентов: пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья и агитации населения в необходимости соблюдения правил и методов здорового образа жизни. Целью санитарно-просветительской работы является не распространение информации о предмете, а формирование убеждений, выработанных в результате приобретения знаний. Поэтому необходимо знать путь, который проходит информация, прежде чем она реализуется в поступках конкретных лиц, с которыми проводилась работа. Эта цепь представляет собой содержательную тетраду категорий:

ИНФОРМАЦИЯ-ЗНАНИЯ-УБЕЖДЕНИЯ-ПОСТУПКИ

С теоретических и практических позиций необходимо дифференцировать такие формы профилактики как пропаганда и агитация. Пропаганда призвана предоставлять информацию целевой группе и формировать убеждения в отношении объекта профилактики (средства и способы профилактики, негативная привычка). При этом реакция адресата пропаганды вторична, а цель пропаганды достигают с помощью агитации. Агитация направлена на субъект профилактики - подростка, психолога, педагога, врача - и побуждает их к позитивной деятельности. Поэтому если пропаганду рассматривать как распространение идей и знаний, то смысл агитации состоит в побуждении к действию на основе пропагандистских рекомендаций.

Вообще, основная задача любых профилактических мероприятий – превращение «носителя» проблемной ситуации в субъект осознанных аутовоздействий с целью коррекции когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов.

Когнитивный аспект профилактики - это познавательный (коммуникационный) уровень: получение новой информации, ее структурирование, анализ и синтез.

Эмоциональный аспект профилактики - это уровень восприятия: переживание личностной значимости и оценивание новых знаний о себе и других, прочувствование своих успехов и неудач, собственной самооценки.

Поведенческий аспект профилактики - это уровень межличностного взаимодействия (интерактивный): приобретение и расширение умений и навыков, в основном через общение, углубление поведенческого потенциала через осознание неэффективности некоторых стандартных способов поведения.

Таким образом, проблему профилактики употребления ПАВ целесообразно рассматривать в широком контексте - в контексте формирования здорового стиля жизни. Здоровье обеспечивает оптимальное прохождение всех основных этапов жизненного цикла и характеризуется структурной и функциональной сохранностью систем и органов человека; индивидуальной приспособляемостью; сохранностью идентичности и оптимального самочувствия; гармоничностью и зрелостью личности.

В самом общем виде цель профилактической работы - интенсивное развитие и саморазвитие личности в позитивном направлении. Имеется в виду развитие способности к самостоятельному распознаванию и удовлетворению психологиче-

ских и физиологических потребностей, что ведет к успешному прохождению этапов жизненного цикла.

У современного человека патологические механизмы развития нарушений здоровья связаны с неудовлетворенными потребностями и неадекватными способами совладания с потребностными состояниями. Подобные механизмы имеют непосредственное отношение к психическим расстройствам и нарушениям поведения, включая формирование зависимости от ПАВ. Употребление ПАВ является лишь одним из возможных путей совладания с потребностными состояниями и другими негативными переживаниями. Это путь суррогатного удовлетворения, т. к. сама потребность не удовлетворяется.

Современное понимание причин употребления ПАВ исходит из того, что прием наркотиков и других ПАВ выступает как способ удовлетворения присущих человеку жизненно важных потребностей. При этом в поисках этиологических факторов формирования зависимости от ПАВ значение нужно придавать не только и не столько химическим эффектам ПАВ, сколько обращать внимание на символическое значение, которое ПАВ приобретает для зависимого человека. С этой точки зрения, зависимость от ПАВ является своеобразным выражением неупорядоченности личности и неприспособленности ее к нормативному окружающему миру. Опасность ПАВ состоит в том, что при неоднократном, а в некоторых случаях и однократном употреблении, эти вещества оказывают такое влияние на организм человека, что из средства суррогатного удовлетворения потребностей превращаются в наиболее субъективно важную и доминирующую потребность, удовлетворению которой подчиняется вся жизнедеятельность человека.

Стратегический путь профилактики формирования зависимости от ПАВ заключается в том, чтобы:

- 1) знать свои потребности, уметь определить период актуализации потребностей и степень их удовлетворения;
- 2) быть в состоянии самостоятельно удовлетворить потребности (в том числе через асертивное поведение, через реальное решение проблем);
- 3) быть в состоянии воспользоваться доступными ресурсами социального окружения, если не получается самостоятельное удовлетворение потребностей – поиск помощи путем обращение к основным значимым другим лицам, системе социальной поддержки, большому человеческому сообществу;
- 4) уметь сублимировать потребностные состояния.

Потребность – особая форма отношения живого к окружающей среде, выражающая необходимость и предполагающая возможность избирательного его взаимодействия с некоторыми элементами этой среды с целью пластического, энергетического, информационного обеспечения и поддержания целостности как условий самосохранения, размножения, естественного отбора. Потребности человека характеризуются тем, что он выступает по отношению к среде обитания как целостный и преобразующий по активности фактор. Этим объясняется способность личности в той или иной мере и преобразовывать среду, и приспосабливаться к ней. При этом деятельность – это реализация потребностного отношения к окружающей среде, избирательное взаимодействие с определенными ее элементами. Специфически человеческим содержанием деятельности является целесообразное изменение и преобразование окружающей среды [8].

Использование феномена потребности дает возможность с единых позиций рассмотреть все важнейшие процессы и явления психической и физической деятельности. Это позволяет, с одной стороны, локализовать процессы как ведущие к употреблению ПАВ, так и происходящие при конкретных проявлениях наркотиз-

ма, и понять, почему человеку столь трудно противостоять наркогенному веществу и вызываемому им состоянию интоксикации, а с другой стороны, способствует формированию и развитию инвариантных нормативных личностных статусов, обеспечивающих полноценное функционирование в социуме.

Работа с потребностями осуществляется по следующему алгоритму:

- 1) выявление актуальных потребностей;
- 2) поиск нормативных путей удовлетворения потребностей;
- 3) поиск самомотивационных установок на прерывание наркотизации и их укрепление;
- 4) поиск нормативных целей и позитивных жизненных перспектив;
- 5) работа с актуальными жизненными ситуациями;
- 6) работа со смыслами и ценностями.

Современный этап развития профилактики формирования зависимости от ПАВ характеризуется многообразием технологических подходов и организационных форм [10]. В зависимости от тактики профилактической работы выделяются следующие подходы:

1. Информационный подход - является наиболее распространенным типом превентивных подходов, базирующихся на предоставлении информации о наркотиках, их вреде и негативных последствиях употребления.

Данный подход должен быть строго дифференцирован в зависимости от пола, возраста, социальных и экономических условий, характерных для целевых групп, то есть тех, на кого направлена первичная профилактика.

2. Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении. Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях человека, навыках их распознавать и управлять ими. Аффективное обучение базируется на том, что зависимость от ПАВ чаще всего развивается у личностей, имеющих трудности в определении и выражении эмоций, с низкой самооценкой и слабо развитыми навыками принятия решений.

3. Подход, основанный на формировании жизненных навыков, позволяющих людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивающих коммуникативные навыки и вносить изменения в окружающую среду.

4. Подход, основанный на учете роли социальных факторов, исходит из того, что влияние общества и семьи играет важную роль в жизни, способствуя или препятствуя началу наркотизации.

5. Подход, основанный на альтернативной наркотикам деятельности. Сторонники данного подхода предполагают, что значимая деятельность, альтернативная алкоголизации и наркотизации, способствует снижению распространения зависимого поведения.

6. Подход, основанный на укреплении здоровья.

В настоящее время под укреплением здоровья понимается процесс, отражающий гармонизацию человека и окружающей среды, помогающий человеку и обществу усилить контроль над детерминантами здоровья и таким образом улучшить его.

7. Интегральный подход.

Интегральные программы учитывают индивидуальные и средовые аспекты профилактики (школьные, семейные, общественные и т. д.). Интегральный превентивный подход является наиболее перспективным, поскольку установлено, что эффективность программ прямо пропорционально связана с количеством включенных в нее компонентов. Цель интегральных программ - получить синергический эффект при комбинации различных превентивных стратегий.

Профилактическая концепция формирования нормативных личностных статусов по своей сути представляет интегральный подход, где основополагающим компонентом является акцент на укреплении здоровья в рамках психического и физического функционирования личности.

Деятельность, связанная с укреплением здоровья и профилактикой его нарушений, зачастую не воспринимается как актуальная, значимая. Поэтому опорной точкой в формировании культуры здоровья может быть **ситуационно-психологический тренинг**. При его реализации воспроизводятся различные реальные ситуации, при этом оценочный когнитивный аспект тренинга является вторичным. Первичной целью становится освоение навыков применения нормативных поведенческих стереотипов для осуществления оптимального функционирования в социуме.

Именно организация тренингов оказывает целенаправленное воздействие на личность. Через тренинг формируются важные установки, поэтому желательные для освоения поведенческие схемы, включенные в его содержание, становятся ее правилами. Так, в процессе тренинга постепенно совершенствуется нормативная деятельность, которая затем спонтанно транслируется в конкретных социальных ситуациях. В процессе реализации ситуационно-психологического тренинга актуализируются основные нормативные личностные статусы: «Я»-телесное, «Я»-ребенок, «Я»-мужчина/женщина, «Я»-партнер, «Я»-родитель, «Я»-профессионал, «Я»-член групп. Все интеракции фиксируют и развивают нормативную личность, гармонизируя функциональное состояние этих личностных статусов. В конечном итоге профилактические воздействия приводят к формированию и раскрытию жизненно важных инвариантных нормативных личностных статусов «Я». При этом у молодых людей формируются навыки здорового образа жизни, когда в стереотипных ситуациях происходит автоматическое «включение» необходимого нормативного личностного статуса и таким образом обеспечивается оптимальное позитивное функционирование личности.

В процессе профилактических воздействий специалистам следует избегать:

- 1) разового характера профилактических действий;
- 2) оправдания употребления ПАВ какими-либо причинами;
- 3) преувеличения негативных последствий употребления ПАВ;
- 4) ложной информации;
- 5) использования тактики запугивания.

Таким образом, здоровый образ жизни как основа профилактики формирования аддиктивного поведения – это многоуровневая структурированная модель развития нормативной личности, способной к позитивному стилю функционирования в социуме, что является необходимым и достаточным условием невозможности возникновения зависимости от ПАВ. Профилактика наркотизации — это не обсуждение вредности и отдаленных печальных последствий употребления ПАВ, а помощь молодому человеку в освоении навыков эффективной социальной адаптации и интеграции — умения идентифицировать и нормативными способами дезактуализировать физиологические и социально-психологические потребности и потребностные состояния и, как результат, осознать ценности здоровья и здорового образа жизни.

Функционирование в стиле здорового образа жизни не является для человека данностью, а становится результатом перманентного обучения, когда происходит формирование и структурирование нормативных личностных статусов с их последующим спонтанно-автоматическим позитивным транслированием в релевантных социальных коммуникациях.

При нарушении многоосевого одновременного нормативного функционирования личностных статусов человека возникает возможность формирования патологических личностных статусов как феномен дезорганизации личностного пространства, которые представляют собой различные варианты девиантного поведения, где проблема наркологического аспекта становится лишь частной формой патологического взаимодействия в социуме. Оптимальное функционирование нормативных личностных статусов, в свою очередь, становится естественным препятствием, блокирующим угрозу и возможность образования патологических паттернов. Основным показателем эффективности профилактической деятельности – это оптимальное функционирование личности в нормативном окружении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия Государственной антинаркотической политики Российской Федерации / Указ Президента Российской Федерации № 690 от 9.06.2010 г.
2. Булатников А.Н. Теории и технологии мониторинговых исследований по оценке рисков формирования аддиктивных форм поведения в образовательной среде: Методические материалы / А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий, Л.Л. Портянская и др. – М.: Изд-во АKADEМIA, АПКППРО, 2010. – 88 с.
3. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик // Наркология. 2002. № 9. – С. 21 -25.
4. Валентик Ю.В. Научно-методическое обоснование системы оценки и предупреждения различных форм зависимости в детско-молодежной среде (зависимость от азартных игр, компьютерная зависимость, зависимость от новых психоактивных веществ): Методические рекомендации для педагогов, социальных педагогов, школьных психологов / Ю.В. Валентик – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 132 с.
5. Валентик Ю.В. Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / Ю.В. Валентик, А.Н. Булатников – М.: Изд. «Терра», 2004. – 164 с.
6. Валентик Ю.В. Научно-методическое обеспечение стандарта первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних. Отчет по ведомственной научной программе «Развитие научного потенциала высшей школы» / Ю.В. Валентик, Л.В. Тарабакина, Е.С. Соболев и др. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2005 г. – 276 с.
7. Зарецкий В.В. Формирование социально-ответственного поведения у детей и молодежи. Профилактика девиантного и аддиктивного поведения среди детей и молодежи в учреждениях высшего, среднего и начального профессионального образования: Учебно-методическое пособие / В.В. Зарецкий, А.Н. Булатников, М.Ю. Воронин и др. – М.: АПКППРО, 2008. – 188 с.
8. Колесов Д.В. Эволюция и природа наркотизма / Д.В. Колесов – М.: Педагогика, 1991. – 312 с.
9. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Под ред. Ю.В. Валентика. – М.: Издательский дом «ГЕНЖР», 2003. – 400 с.
10. Сирота Н.А. Программы формирования здорового жизненного стиля / Н.А. Сирота - М.:, 2000. – 84 с.
11. Соборникова Е.А. Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами. Методическое пособие / Е.А. Соборникова, А.Н. Булатников, Л.М. Савченко и др. – М.: РМАПО, 2010. – 52 с.
12. Стандарты первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью (методические рекомендации) / Ю.В. Валентик, В.Н. Вострокнутов, А.А. Гериши др. - М.: Каллиграф, 2003.- 143 с.

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ
ПЕДАГОГОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АДДИКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ДЛЯ ПРОЕКТИРОВАНИЯ
ПРОГРАММ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

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

Центральной идеей программ повышения квалификации современного педагога является построение такой образовательной траектории его профессионального развития, в ходе которой он становится действующим субъектом социокультурной сферы не только в рамках образовательного учреждения, но и за его пределами. Такая постановка проблемы является необходимым условием формирования позитивных смыслов развития подростков и молодежи. Внедрение компетентного подхода в образовательный процесс требует решения комплекс задач.

Компетенция - способность специалиста решать определённый класс профессиональных задач.

Профессиональная компетенция – способности специалиста выполнять работу в соответствии с требованиями должности. В современной практике термин «профессиональная компетенция» чаще всего определяет способность субъекта профессиональной деятельности выполнять задачи с заданными стандартами.

Важным является разработка модели компетенций педагога, занимающегося профилактикой аддиктивного поведения среди детей и молодежи в образовательной среде для проектирования программ профессионального развития педагогических работников.

Выделяют виды универсальных педагогических компетенций:

- **Учебно-познавательная** компетенция: владение механизмами целеполагания, планирования, анализа, рефлексии, самооценки успешности собственной деятельности. Владение приемами действий в нестандартных ситуациях, методами решения проблем. Владение измерительными навыками, использование статистических и иных методов познания.

- **Информационная** компетенция: способность самостоятельно искать, анализировать, отбирать, обрабатывать и передавать необходимую информацию.

- **Коммуникативная** компетенция: владение навыками взаимодействия с окружающими людьми, умение работать в группе. Знакомство с различными социальными ролями.

Однако эти педагогические компетенции не обеспечивают систему деятельностей в рамках реализации превентивных программ, требующих еще дополнительных составляющих. Уровень профессионального развития педагогов и специалистов образовательных учреждений в сфере профилактики определяется полученными знаниями, сформированными навыками по применению технологий и отношения к собственной профессиональной деятельности.

Педагогические компетенции в рамках реализации превентивных программ:

1. Личностно-мотивационная составляющая:

- формирование личностной позиции к проблеме употребления ПАВ среди детей и молодежи;

- система ценностей, ориентированных на нормативное функционирование личности;

- формирование устойчивой положительной мотивации к здоровому образу жизни;
- формирование ценностного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих;
- формирование готовности к саморазвитию и непрерывному образованию.

2. Профессионально-позиционная составляющая:

- формирование профессиональной педагогической позиции к решению проблемы употребления ПАВ,
- проявление субъектности (само-действия человека);
- овладение способами контроля реализации профилактической деятельности:
- самодиагностика;
- супервизия;
- способность к самостоятельной разработке авторских программ и учебных планов ведения профилактики.

Личностная и профессиональная педагогическая позиция – центральное условие формирования культуры здоровья в образовательном пространстве.

3. Информационно-образовательная составляющая.

К ней относятся приобретенные в результате обучения факты, концепции и принципы, которые являются основными с точки зрения профилактики употребления ПАВ, например:

- сформированность целостного представления о социально значимых и социально опасных заболеваниях;
- сформированность представлений о нормативно-правовых основах наркопрофилактики;
- сформированность представлений о психофизиологических особенностях подросткового возраста, учитываемых в профилактической работе;
- способность анализировать превентивные воздействия с позиции моделей профилактики;
- сформированность представлений о системной здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения в соответствии с требованиями концепции профилактики употребления ПАВ в образовательной среде;
- применение принципов информационной безопасности в профилактической работе. Критическое отношение к информационным профилактическим воздействиям;
- сформированность представлений о психолого-педагогических технологиях в профилактической работе.

4. Технологическая составляющая:

- анализ проблем основных целевых групп;
- организация и проведение мониторинговых исследований в рамках профилактического проекта (анкетирование, проведение интервью, фокус групп и др.);
- организация групповой работы с целевыми группами (учащимися, родителями, педагогами, значимыми другими лицами - ЗДЛ);
- освоение интерактивных психолого-педагогических технологий (организация и проведение ролевых игр, работа в малых группах);
- освоение тренинговых технологий (коммуникативный тренинг, технологии психической саморегуляции, тренинг асертивности, ситуационно-психологический тренинг и др.);
- навыки формирования актива в целевых группах, развитие добровольчества;
- освоение проектных технологий и специфики построения профилактических программ (разработка адекватного возрасту и степени вовлеченности в про-

блему наркотизации содержания профилактических проектов (программ), проектирование учебного плана и системы оценки эффективности реализации проектов (программ) для целевых групп);

- навыки экспертной деятельности в рамках проекта и т. д.

Уровень профессионального развития педагогов в сфере профилактики определяется полученными знаниями, сформированными навыками по применению технологий и отношения к собственной профессиональной деятельности. Эти результаты можно разделить на три группы, озаглавленные следующим образом: знания, технологии, отношение. Эти результаты обеспечивают основу для определения содержания обучения, используемых методов и для оценки обучения.

В ходе проведенного мониторинга компетенций в рамках реализации приоритетных национальных проектов «Здоровье», «Образование» в части повышения квалификации педагогических кадров нами выделено 5 уровней профессиональных компетенций педагогических работников. **Уровни профессиональных компетенций напрямую связаны с профессиональной деятельностью**, в нашем случае – профилактической антинаркотической деятельностью, реализуемой в образовательной среде. Шкала представлена пятью уровнями по мере формирования профессионализма в сфере превентивной деятельности.

1-й уровень. Педагог использует приобретенные в ходе обучения знания и навыки в профилактической программе образовательного учреждения:

1.1. Включает в профилактические мероприятия предметное содержание уроков (занятий).

1.2. Включает профилактические мероприятия во внеурочную, внеклассную работу.

2-й уровень. Педагог разрабатывает профилактические мероприятия:

2.1. Включает профилактические мероприятия в предметное содержание уроков (занятий).

2.2. Включает разработанные профилактические мероприятия во внеурочную, внеклассную работу.

3-й уровень. Педагог разрабатывает систему профилактических мероприятий для целевых групп (не менее 3-х взаимодополняющих занятий):

3.1. Включает систему профилактических мероприятий в предметное содержание уроков (занятий).

3.2. Включает систему профилактических мероприятий во внеурочную, внеклассную работу.

4-й уровень. Педагог разрабатывает профилактический проект (программу) для целевых групп в рамках профессиональной деятельности:

4.1. Включает профилактический проект (программу) в учебный план профессиональной деятельности.

4.2. Включает профилактический проект (программу) в учебный план образовательного учреждения.

5-й уровень. Педагог реализует профилактический проект (программу) в качестве тьютора или выступает в качестве эксперта.

5.1. Обучает других педагогов технологиям профилактики, в рамках трансляции практики своего профилактического проекта (программы).

5.2. Участвует в качестве эксперта по реализации профилактических проектов (программ) в образовательной среде.

Участник профилактических программ должен становиться подлинным профессионалом, способным решать задачи общего развития обучающихся педагогическими и психологическими средствами, адекватными для каждой ступени обра-

зования. Формирование профессиональных компетенций педагогов, занимающихся профилактикой аддиктивного поведения среди детей и молодежи в образовательной среде, дает возможность проектирования эффективных программ профессионального развития педагогических работников. Соответственно программы профессионального развития формируют профессиональные компетенции у педагогов, занимающихся реализацией профилактических программ в образовательной среде.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Валентик, Ю.В. Научно-методическое обеспечение стандарта первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних. Отчет по ведомственной научной программе «Развитие научного потенциала высшей школы» / Ю.В. Валентик, Л.В. Тарабакина, Е.С. Соболев, А.Н. Булатников, Т.Ф. Богун, А.Г. Макеева, Н.С. Бабиева. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2005 г. – 276 с.

2. Формирование социально-ответственного поведения у детей и молодежи. Профилактика девиантного и аддиктивного поведения среди детей и молодежи в учреждениях высшего, среднего и начального профессионального образования: Учебно-методическое пособие / В.В. Зарецкий, А.Н. Булатников, М.Ю. Воронин, Л.В. Зарецкая, А.С. Калабалин, Н.К. Кирилина, О.А. Толкачева, В.В. Морозов, О.Е. Батова-Пясецкая, Г.А. Потемкин. – М.: АПКППРО, 2008. – 188 с.

3. Зарецкий В.В. с соавт. Программа по первичной профилактике употребления ПАВ и профилактике ВИЧ-инфекции в образовательной среде, формированию толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям и их ближайшему окружению». - М. ФГБОУ ДПО «ЦПКППС».

4. Зарецкий В.В. Концептуализация профилактики – шаг к системной деятельности // Не будь зависим. – 2013, № 9.

5. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Методология профилактической работы среди детей и подростков: основные направления профилактической работы // Не будь зависим. – 2013, №9.

6. Стандарты первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью (методические рекомендации) / Ю.В. Валентик, В.Н. Вострокнутов, А.А. Гериш, В.В. Зарецкий, В.К. Рябцев, В.И. Слободчиков. - М.: Каллиграф, 2003. – 143 с.

Е.Р. Кочкурова

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ПЕДАГОГОВ В СФЕРЕ ПОЗИТИВНОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Кадетская школа «Героев Космоса» (Москва).

Актуальность. Для успешного решения задач позитивной антинаркотической профилактики педагогу важно осознать и принять некоторые принципиальные положения:

Во-первых, рассматривать обучение и воспитание как комплекс целенаправленных и специально организуемых мер по обеспечению и оптимизации процессов средовой адаптации ребенка через создание условий для удовлетворения его базовых потребностей.

Во-вторых, воспитательный процесс не следует ограничивать даже самыми продуманными и полными «голыми» назиданиями и наставлениями, т. к. сами по

себе они носят скорее информационный, чем воспитательный смысл. Для осуществления воспитательного воздействия важен именно заинтересованный диалог воспитанника и его воспитателя, диалог, позволяющий ученику самостоятельно и осознанно прийти к ответственному решению, выбору.

В-третьих, воспитательный процесс не может базироваться только на индивидуальной работе с ребенком. Данный процесс предполагает организацию значимой для ребенка среды, всей сферы его отношений, т. к. именно в принятии средой, а не только отдельной личностью воспитателя реализуются базовые потребности ребенка - ко всей среде, а не к личности воспитателя происходит его адаптация.

Целевая группа (объект): педагоги и специалисты образовательного учреждения.

Основная проблема целевой группы: Преобладание в профилактической деятельности неадекватных форм и методов воздействия, преимущественно низкой эффективности.

Причины:

1. Исключительно информационный подход к профилактике употребления ПАВ.
2. Недостаточный объем психолого-педагогических знаний для проведения профилактической работы.
3. Безразличное отношение педагогов к профилактической деятельности.
4. «Одноразовость» профилактических мероприятий.
5. Отсутствие участия семьи в профилактической работе.

Цель проекта: Формирование адекватных форм деятельности педагогов по реализации позитивной антинаркотической профилактики.

Предмет исследования: профессиональная грамотность педагогов в сфере позитивной антинаркотической профилактики.

Задачи исследования:

1. Выявить преобладающие стили и подходы к профилактической деятельности.
2. Определить принципы и адекватные подходы к проведению профилактических мероприятий для различных целевых групп.
3. Отработать навыки проведения эффективных профилактических мероприятий позитивной направленности.

1. Анкетирование специалистов и педагогов по выявлению преобладающих стилей и подходов к профилактической деятельности.

Анкетирование проводилось среди специалистов и педагогов кадетской школы на основе разработанной анкеты (см. приложение) в начале учебного года для выявления исходных базовых знаний в рамках профилактической деятельности, связанной с употреблением ПАВ. Анкета содержит «паспортничку», т. е. вопросы, выявляющие социальные и демографические характеристики респондентов (возраст, пол, область профессиональной деятельности); основные вопросы по выявлению преобладающих моделей и подходов к профилактической деятельности и контрольные вопросы. Все вопросы анкеты носят закрытый характер, шестой вопрос является шкальным.

№ вопроса	Варианты ответов	Соотношение ответов (в %)
1	менее 25	0
	25-29 лет	23,05
	30-34 лет	0

	35-39 лет	15,4
	40-44 лет	23,05
	45-49 лет	7,7
	50-54 лет	15,4
	более 55	15,4
2	женский	84,6
	мужской	15,4

Выявлено практически равное распределение респондентов по возрасту, но выражено преобладание специалистов женского пола (84,6%).

№ вопроса	Варианты ответов	Соотношение ответов (в %)
3	естественнонаучный профиль	15,4
	филологический профиль	38,5
	художественно-эстетический профиль	7,7
	оборонно-спортивный профиль	23
	социально-экономический профиль	7,7
	начальное образование	7,7

При распределении ответов на третий вопрос имеет место относительное доминирование специалистов филологического профиля (38,5 %).

№ вопроса	Варианты ответов (интерпретация)	Соотношение ответов (в %)
4	медицинская модель	0
	образовательная модель	0
	психосоциальная модель	100
5	подход, основанный на распространении информации о наркотиках	0
	подход, основанный на эмоциональном обучении	7,7
	подход, основанный на роли социальных влияний	0
	подход, основанный на формировании жизненных навыков	30,8
	подход, основанный на деятельности, альтернативной потреблению наркотиков	0
	подход, основанный на укреплении здоровья	61,5

По мнению участников анкетирования, наиболее действенной моделью профилактической деятельности является психосоциальная, что не в полной мере коррелируется с последующим вопросом, где выявлено, что по содержанию часть специалистов склоняется к проведению мероприятий в эмоциональном стиле (7,7 %). При этом следует подчеркнуть, что высокотехнологичная психосоциальная модель все-таки является приоритетной. Кроме того выявлено, что подходы к профилактической деятельности, основанные на влиянии социальных факторов и альтернативной деятельности являются для респондентов неизвестными.

№ во-проса	Варианты ответов	Фактор риска	Иерархия
6	алкоголизм, либо наркомания отца или матери	биологический	9
	отсутствие эмоциональной привязанности и сплоченности между членами семьи, постоянная конфликтность взаимоотношений	социальный	7
	отсутствие контроля со стороны родителей	социальный	5
	низкая самооценка, ощущение собственной незначительности, недостаточный самоконтроль	психологический	4
	психопатическая структура личности со склонностью к агрессии, антисоциальным поступкам, импульсивным действиям, неоправданному риску	биологический	5
	низкий интеллект, либо слабость мотивации к учебе, результатом чего явились низкая успеваемость и бедность интересов	биологический	2
	частые переходы из одной школы в другую, нарушение отношений со сверстниками	социальный	1
	дань моде	психологический	3
	принуждение к употреблению ПАВ	социальный	8
	высокая потребность в общении с группой сверстников, в развлечениях и включенность подростка в увеселительные компании.	психологический	6

Анализируя полученные результаты по шестому вопросу, можно предположить, что респонденты не могут однозначно определить направленность психосоциальных мероприятий, т. к. выявлена иерархическая непоследовательность воздействий на биологические, психические и социальные уровни функционирования школьников.

Результаты исследования по выявлению приоритетной модели профилактической деятельности

№ во-проса	Варианты ответов	Фактор риска	Соотношение ответов (в %)
7	наследственная отягощенность	биологические	69,2
	низкий самоконтроль	психологические	38,5
	ограниченность интересов	психологические	38,5
	«мода» на ПАВ	социальные	38,5
	наличие семейных конфликтов	социальные	38,5
	учебная неуспеваемость	социальные	0
	отсутствие нормативного мировоззрения	психологические	53,8

	хронические соматические заболевания	биологические	0
	наличие ровесников с девиантным поведением	социальные	76,9
	степень изначальной толерантности	биологические	0
	СМИ	социальные	7,7

При ответе на седьмой вопрос у респондентов отмечено значительное преобладание (4/5 случаев) социальных причин аддиктивных форм поведения, что может служить характеристикой определенной тенденциозности, по-видимому, связанной с их филологическим образованием.

По результатам анкетирования определена ориентация на разнонаправленную профилактическую деятельность у респондентов, которая не в полной мере коррелирует с причинами потребления ПАВ, где социальному фактору определена основополагающая роль. В связи с этим необходимо отработать со специалистами как уровни функционирования объектов профилактики, так и осознанность гармонизации профилактических мероприятий. Следует провести информирование целевой группы о всех известных подходах к профилактической деятельности для оптимизации не только самой профилактики, но и улучшения всех субъектов профилактики.

2. Семинар-дискуссия «Выявление преобладающих подходов к проведению профилактических мероприятий и определение адекватной стратегии коррекционных воздействий»

Дискуссия считается эффективным способом убеждения, т. к. ее участники сами приходят к тому или иному выводу. В дискуссии мнения сопоставляются и высказываются с целью поиска и выявления истины, что более демократично и способствует на начальном этапе активизации и развитию творческих аналитических способностей участников. Этот принцип направленности дискуссии на положительный результат отличает ее от спора.

Классифицировать формы групповой дискуссии, используемые в тренинге, можно по разным основаниям.

По структурированности:

- структурированные дискуссии — в них задается тема для обсуждения, а иногда и четко регламентируется порядок проведения дискуссии (формы, организованные по принципу «мозговой атаки»).

- неструктурированные дискуссии — в них ведущий пассивен, темы выбираются самими участниками, время дискуссии формально не ограничивается.

2. По характеру обсуждаемого материала:

- тематические — обсуждаются значимые для всех участников тренинговой группы вопросы и проблемы;

- биографические — ориентированы на прошлый опыт, анализируются трудности личной или профессиональной жизни отдельного участника. Интеграции направлены на него, остальные высказывают свое мнение, выражают свои чувства, реагируют на его поведение, предлагают обратную связь.

- интеракционные — материалом служат структура и содержание взаимоотношений между участниками группы. На этих дискуссиях реализуется принцип «здесь и теперь».

- ориентированные на задачу — материалом служит содержание отдельных упражнений и игр тренинга, в ходе которых необходимо выполнить какую-либо задачу.

Из-за многообразия подходов единой классификации методов активного со-

циально-психологического обучения не существует, и в понимании групповой дискуссии можно выделить три основные позиции:

– групповая дискуссия включается в другие групповые методы, т. е. рассматривается как прием, а не как отдельный метод;

– групповая дискуссия выступает как один из базовых методов групповой психологической работы, выполняет функции специального психолого-педагогического средства, поэтому имеет широкое распространение в качестве самостоятельного способа работы;

– групповая дискуссия объединяет в себе целую группу дискуссионных методов (собственно групповая дискуссия, анализ конкретных ситуаций, обсуждение моральных дилемм, «мозговой штурм» и др.).

В целом групповая дискуссия — это метод групповой психологической работы, позволяющий воздействовать на установки (мировоззрение, убеждения, стереотипы, имплицитную теорию личности и др.) и мотивацию участников в ходе совместного обсуждения определенной проблемы. Групповая дискуссия является гибким, универсальным методом активного социально-психологического обучения, поскольку легко приспосабливается к любым целям проведения, к возрастным, индивидуально-психологическим и другим особенностям участников группы. Групповая дискуссия представляет собой процесс полилогического общения членов группы (в беседе одновременно участвуют несколько человек), в ходе которого накапливается опыт обсуждения и разрешения проблем.

Задачи, которые помогает решить метод групповых дискуссий

1. обучение участников анализу реальных ситуаций;
2. обучение умению слушать и взаимодействовать с другими участниками;
3. обучение навыку формулирования проблемы и отличию важного от второстепенного;
4. учит преодолевать приверженность старым образцам;
5. дает возможность увидеть многозначность возможных решений проблемы;
6. развивает умение преодолевать страх перед неизвестностью, недоверие к себе, боязнь быть застигнутым врасплох.

Основные стратегии ведения дискуссии

1. свободное ведение дискуссии.
2. программированное ведение.
3. компромиссная форма.

1. Свободное ведение дискуссии

Основные характеристики:

- внешне непозволительная пассивность со стороны ведущего, минимальное вмешательство и отдельные реплики;
- ведущий не ставит задачи, не формулирует вопросы, в конце все это делает сама группа;
- участники постепенно сами подходят к тому, что «спасти» их может лишь активность самой группы, что положиться можно только на самих себя;
- сложна в реализации;
- доступна высококвалифицированному специалисту.

2. Программированное ведение групповой дискуссии

Основные характеристики:

- наличие у ведущего четкого плана, по которому группе предлагаются темы для обсуждения и способы их проработки;
- плюсы — похоже на традиционное обучение, что облегчает работу;
- минусы — осложняет работу тем, что сковывает активность участников,

порождает желание во всем положиться на ведущего группы.

3. Компромиссная форма ведения дискуссии

Сочетает элементы программированности с отступлением в сторону свободной стратегии. Некоторые проблемы и задачи могут быть заданы ведущим, другие возникают непреднамеренно в ходе групповой работы и выдвигаются самими участниками.

План-конспект семинара-дискуссии

Цель семинара-дискуссии: выявить преобладающие подходы к профилактической деятельности и определить наиболее эффективные стратегии коррекционных воздействий.

Место: кадетская школа

Время: 60 минут

Вспомогательные материалы: анкеты, презентация, мультимедийное оборудование.

Методика проведения:

1. *Вступительное слово.*
2. *Актуальность темы.*

В настоящее время первичная профилактика употребления психоактивных веществ является ключевым социальным заказом для Министерства образования Российской Федерации... и это исходная базовая позиция для выстраивания всей антинаркотической профилактической деятельности. Определяя проблему употребления ПАВ как имеющую эпидемический характер, специалисты, занимающиеся вопросами построения профилактических антинаркотических программ, указывают на необходимость комплексного подхода в решении данного вопроса. Одним из звеньев этой цепи является подготовка соответствующих педагогических кадров, которые способны предотвратить проявление и распространение аддиктивного поведения, используя формы и средства соответствующие возрасту и контингенту воспитуемых. Однако многие педагоги в своей деятельности используют неадекватные подходы к проведению профилактических мероприятий, преимущественно низкой эффективности.

3. *Экспресс-анкетирование на выявление преобладающих стилей профилактической деятельности.*

Ведущий: «Сейчас мы проведем экспресс-анкетирование». (*Участникам семинара выдается экспресс-анкета с вопросами, представленными ниже*).

1. Какая из представленных моделей профилактической деятельности на Ваш взгляд является наиболее действенной? (*На данный вопрос можно указать только один вариант ответа*)

- ☐ информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных ПАВ на физическое и психическое здоровье;
- ☐ обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности;
- ☐ развитие определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в случаях предложения наркотиков;
- ☐ выявление и устранение причин употребления различных ПАВ и возникновения зависимости от ПАВ.

2. Какой из подходов к профилактике в большей степени снизит вероятность употребления ПАВ? (*На данный вопрос можно указать только один вариант ответа*)

- ☐ предоставление частичной информации о фактах влияния употребления

наркотиков на организм, поведение, а также статистических данных о распространённости наркомании;

□ стратегия запугивания, вызывания страха, цель которой — предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные стороны употребления ПАВ;

□ предоставление информации об изменениях личности людей, употребляющих наркотики, и о проблемах, с этим связанных;

□ развитие навыков распознавания и выражения эмоций, повышение самооценки, определение значимых для индивида ценностей, развитие навыков общения и принятия решений;

□ тренинг устойчивости к социальному давлению; «прививки» против воздействия средств массовой информации; информация о влиянии со стороны родителей и других взрослых; коррекция нормативных ожиданий;

□ развитие ряда личностных и поведенческих навыков; обучение социальным навыкам (навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, отказа, отстаивания своей позиции);

□ предложение специфической, позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает сильные эмоции и предполагает преодоление различного рода препятствий;

□ развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с социальной сетью личности.

4. *Обработка результатов.*

Проводится сравнительный анализ экспресс-анкет (5-7 мин.).

5. *Обсуждение результатов.*

По результатам сравнительного анализа организуется дискуссия по эффективности различных стратегий, подходов и методов профилактической деятельности, учитывающих особенности целевых групп с одной стороны, а с другой – степени подготовленности специалиста по реализации конкретной модели профилактики.

6. *Классификация моделей профилактической деятельности (презентация).*

Данный раздел семинара–дискуссии может быть реализован как в информационно – лекционном варианте, так и в процессе мозгового штурма.

Тактика и метод профилактики

МОДЕЛЬ	ТАКТИКА	МЕТОД
МЕДИЦИНСКАЯ	предоставление избирательной информации	информационно-лекционный
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ	преувеличение негативных последствий	воспитательно-педагогический
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ	стимуляция развития личности	превентивное обучение
КАУЗАЛЬНАЯ	идентификация и удовлетворение потребностей личности	дезактуализация факторов риска

7. *«Мозговой штурм» по выявлению наиболее адекватной модели профилактической деятельности.*

Участники семинара самостоятельно определяют принципы, цели, задачи, методику проведения профилактических мероприятия в рамках конкретной модели профилактики.

8. *Подведение итогов.*

Анкета**«Выявление преобладающих стилей и подходов к профилактической деятельности»*****Уважаемые педагоги,***

Вам предлагается принять участие в анонимном анкетировании. Внимательно прочитайте вопрос, выберите тот вариант ответа, который считаете наиболее верным.

Укажите Ваш возраст.

- ☐ менее 25;
- ☐ 25-29 лет;
- ☐ 30-34 лет;
- ☐ 35-39 лет;
- ☐ 40-44 лет;
- ☐ 45-49 лет;
- ☐ 50-54 лет;
- ☐ более 55.

Укажите свой пол.

- ☐ женский;
- ☐ мужской.

Укажите область Вашей профессиональной деятельности.

- ☐ естественнонаучный профиль;
- ☐ филологический профиль;
- ☐ художественно-эстетический профиль;
- ☐ оборонно-спортивный профиль;
- ☐ социально-экономический профиль;
- ☐ другое _____

Какая из представленных моделей профилактической деятельности на Ваш является наиболее действенной? *(На данный вопрос можно указать только один вариант ответа)*

- ☐ информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных ПАВ на физическое и психическое здоровье;
- ☐ обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности;
- ☐ развитие определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в случаях предложения наркотиков.

Какой из подходов к профилактике в большей степени снизит вероятность употребления ПАВ? *(На данный вопрос можно указать только один вариант ответа)*

- ☐ предоставление частичной информации о фактах влияния употребления наркотиков на организм, поведение, а также статистических данных о распространенности наркомании;
- ☐ стратегия запугивания, вызывания страха, цель которой — предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные стороны употребления наркотиков;
- ☐ предоставление информации об изменениях личности людей, употребляющих наркотики, и о проблемах, с этим связанных;

☐ развитие навыков распознавания и выражения эмоций, повышение самооценки, определение значимых для индивида ценностей, развитие навыков общения и принятия решений;

☐ тренинг устойчивости к социальному давлению; “прививки” против воздействия средств массовой информации; информация о влиянии со стороны родителей и других взрослых; коррекция нормативных ожиданий;

☐ развитие ряда личностных и поведенческих навыков; обучение социальным навыкам (навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, отказа, отстаивания своей позиции);

☐ предложение специфической, позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает сильные эмоции и предполагает преодоление различного рода препятствий;

☐ развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с социальной сетью личности.

Пронумеруйте предложенные факторы риска развития зависимости от психоактивных веществ по их значимости, начиная с менее значимого.

☐ алкоголизм, либо наркомания отца или матери;

☐ отсутствие эмоциональной привязанности и сплоченности между членами семьи, постоянная конфликтность взаимоотношений;

☐ отсутствие контроля со стороны родителей;

☐ низкая самооценка, ощущение собственной незначительности, недостаточный самоконтроль.

☐ психопатическая структура личности со склонностью к агрессии, анти-социальным поступкам, импульсивным действиям, неоправданному риску;

☐ низкий интеллект, либо слабость мотивации к учебе, результатом чего явились низкая успеваемость и бедность интересов;

☐ частые переходы из одной школы в другую, нарушение отношений со сверстниками;

☐ дань моде;

☐ принуждение к употреблению ПАВ;

☐ высокая потребность в общении с группой сверстников, в развлечениях и включенность подростка в увеселительные компании.

Какие из нижеперечисленных причин в первую очередь подталкивают подростков к употреблению ПАВ? (На этот вопрос можно выбрать несколько вариантов ответа).

☐ наследственная отягощенность;

☐ низкий самоконтроль;

☐ ограниченность интересов;

☐ «мода» на ПАВ;

☐ наличие семейных конфликтов;

☐ учебная неуспеваемость;

☐ отсутствие нормативного мировоззрения;

☐ хронические соматические заболевания;

☐ наличие ровесников с девиантным поведением;

☐ степень изначальной толерантности;

☐ другое _____

В.Н. Филиппов, Р.Н. Андреев, З.С. Шахурдина
ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ):
РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**Республиканский центр психолого-медико-социального сопровождения
 Министерства образования Республики Саха (Якутск).**

Координацией антинаркотической профилактической деятельности в системе общего (полного) среднего образования в Республике Саха (Якутия) занимается отдел профилактики аддиктивного поведения у детей и подростков Республиканского центра психолого-медико-социального сопровождения МО РС(Я) с 2004 года.

На данный момент в системе Министерства образования РС(Я) на местах действуют центры психолого-педагогического медико-социального сопровождения детей и подростков при муниципальных управлениях образования в Чурапчинском, Таттинском, Вилюйском, Верхневилуйском, Мегино-Кангаласском, Мирнинском районах, г. Якутске, которые в своей деятельности имеют направление работы по проведению первичной антинаркотической профилактики среди несовершеннолетних. В каждом улусном управлении образования назначены ответственные координаторы по организации и координированию антинаркотической профилактической работы общеобразовательных учреждений. По информации муниципальных управлений образования, на 1 января 2012 г. действуют 604 общественных наркологических поста (наркопоста) общеобразовательных учреждений.

В настоящее время в системе общего среднего (полного) образования республики профилактика аддиктивного поведения детей и подростков обеспечивается нормативно-правовыми документами (табл. 1).

Таблица 1.

год принятия	документы	примечание
2005	Положение об общественном наркологическом посте (наркопост) образовательного учреждения	Постановление Правительства РС(Я) от 30 декабря 2005 года № 743
2006	Закон РС (Я) «О профилактике наркомагии и токсикомании на территории Республики Саха (Якутия)» Ведомственная программа «Развитие региональной системы профилактики злоупотребления психоактивными веществами в социокультурной среде Республики Саха (Якутия) на 2007 – 2009 гг.»	Статья 17 Закона РС(Я) Программа одобрена на Коллегии Министерства образования РС (Я) 10 мая и утверждена приказом министра образования РС (Я) №01-08/1022 от 19 мая
2007	Совместный приказ Министерства образования РС(Я), Министерства здравоохранения РС(Я), Министерства внутренних дел по РС(Я), УФСКН России по РС(Я) «Об организации взаимодействия учреждений образования, здравоохранения, органов внутренних дел и органов наркоконтроля по профилактике потребления психоак-	16 июля 2007 года №01-8/4-330, №01-08/1323, №440, №110.

	тивных веществ несовершеннолетними»	
2009	Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года	Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 г. №2128-р
	«О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства РС(Я) от 30 декабря 2005 г. №743 «Об утверждении Положения об общественном наркологическом poste образовательного учреждения»	Постановление Правительства РС(Я) от 31 января №34
	Положение об объявлении всех общеобразовательных учреждений республики территорией здорового образа жизни	Приказ министра образования РС(Я) от 30 апреля №01-08/611
	Регламент по первичной профилактике аддиктивного поведения обучающихся в системе общего среднего образования Республики Саха (Якутия)	Приказ министра образования РС(Я) от 26 октября №01-08 /1635
2010	Стратегия государственной антинаркотической политики	Указ Президента РФ от 09.06.2010 г. №690
	Комплекс мер реализации плана по повышению эффективности борьбы с пьянством и алкоголизмом на территории РС(Я) в связи с Указом Президента Республики Саха (Якутия) «О мерах по профилактике алкоголизма в Республике Саха (Якутия)»	Указ Президента Республики Саха (Якутия) от 29 сентября
2011	Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде.	Утверждена МОН РФ от 5 сентября 2011 г.
	Государственная программа «Комплексные меры по реализации государственной антинаркотической политики Республики Саха (Якутия) на 2012-2016 годы»	Указ Президента РС(Я) от 12 октября 2011 г. №965
	Об усилении системной работы по организации профилактических антиалкогольных мероприятий в образовательных учреждениях республики	Приказ министра образования РС(Я) от 08.02.2011 №01-69/37

Министерство образования РС(Я) осуществляет следующие виды деятельности в сфере профилактики наркомании:

- Совершенствование нормативно-правовой деятельности в сфере антинаркотической профилактики.
- Организационная работа по развитию инфраструктуры профилактической деятельности.
- Методическая деятельность.
- Информационно-аналитическая деятельность.
- Информационно-просветительская, пропагандистская деятельность.
- Подготовка, переподготовка и повышение квалификации специалистов образовательных учреждений в сфере антинаркотической профилактики.
- Организация и участие в республиканских, окружных, российских профи-

лактических мероприятиях.

- Координация деятельности общественных наркопостов образовательных учреждений.

- Реализация статей Государственной программы «Комплексные меры по реализации государственной антинаркотической политики Республики Саха (Якутия) на 2012-2016 годы» в части, касающейся организации первичной антинаркотической профилактики в сфере профилактики.

Соглашение о взаимодействии Управления ФСКН РФ по РС(Я) и Министерства образования РС(Я) в сфере профилактики наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в учебных учреждениях (от 10 февраля 2012 г. № 64) направлено на проведение в республике государственной политики в сфере профилактики незаконного потребления наркотических средств, координацию усилий по реализации мероприятий федеральных, региональных и иных программ антинаркотической направленности.

Профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) несовершеннолетними ведется в образовательных учреждениях общественными **наркопостами**. В 2011 г. наркопостами образовательных учреждений организовано 14 643 профилактических антинаркотических мероприятия для обучающихся общеобразовательных школ республики. По повышению уровня знаний, компетенций педагогов в области антинаркотической профилактики организовано 2 508 мероприятий. С родителями по вопросам семейной профилактики и антинаркотического воспитания школьными наркопостами организовано 20 689 мероприятий (табл. 2).

Данные отчетов наркопостов за 3 года (табл. 2)

	2009 год	2010	2011
Количество наркопостов	587	604	604
Количество учащихся	124180	134010	131706
Количество уч-ся, охваченных индивидуальной проф. работой	41694	36795	38983
Количество уч-ся, прошедших консультацию врача-нарколога	2979	2721	2257
Количество уч-ся, прошедших консультацию психолога	24425	26105	22728
Проведено встреч с родителями	20011	20411	20451
Проведено тематических мероприятий с учащимися по профилактике употребления ПАВ	14485	14361	13620
Количество уч-ся, принявших участие в мероприятиях	187771	194592	183324
Проведено мероприятий по профилактике употребления ПАВ с педагогами	4877	3003	2570

С 2012 г. Министерством образования РС(Я) реализуется инновационно-внедренческий проект «Организация сетевого взаимодействия учреждений образования по профилактике аддиктивного поведения. Наркопост - инфраструктура профилактики употребления ПАВ в ОУ РС(Я)» в содружестве с **Федеральным Центром повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи Министерства образования и науки РФ**. Проект направлен на развитие системы сетевого взаимодействия и социального партнерства учреждений об-

разования в профилактике употребления ПАВ с 2012 по 2014 гг. в рамках исполнения Государственной программы «Комплексные меры по реализации государственной антинаркотической политики Республики Саха (Якутия) на 2012-2016 годы».

Основным концептуальным положением данной инновационной деятельности является то, что проблему профилактики приобщения к употреблению ПАВ среди детей и подростков следует рассматривать в контексте основных составляющих здорового стиля жизни:

- воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;
- знания о безопасном и благоприятном для жизни влиянии окружающих предметов на здоровье;
- рациональное питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов;
- оптимальная двигательная активность: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения, с учетом возрастных и физиологических особенностей;
- соблюдение правил личной и общественной гигиены, владение навыками первой помощи;
- позитивный стереотип мышления;
- отказ от вредных привычек: курение, употребления алкоголя, употребление наркотиков.

Реализация проекта, направленного на формирование здорового стиля жизни в условиях образовательной среды, наиболее оптимально возможна при формировании межпрофессионального взаимодействия и конструктивном сетевом социальном партнерстве различных образовательных учреждений и иных субъектов профилактики.

Цели:

1. Совершенствование технологий антинаркотической направленности в рамках позитивно ориентированной профилактической деятельности образовательных учреждений.
2. Укрепление сетевого социального партнерства и межпрофессионального взаимодействия субъектов профилактики.

Задачи:

1. Мониторинг рисков формирования аддиктивного поведения среди детей и подростков.
2. Разработка профилактических проектов для различных целевых групп в рамках специально разработанных занятий и занятий, включенных в предметное содержание урока.
3. Развитие профессиональных компетенций педагогов и специалистов через освоение психолого-педагогических технологий профилактики, опирающихся на принципы антропологического подхода.
4. Развитие практики эффективной профилактической работы в рамках сетевого взаимодействия и социального партнерства субъектов профилактики.

Профилактическая деятельность традиционно развивается в четырех направлениях:

- профилактическая работа с учащимися (в образовательной среде);
- профилактическая работа со значимыми другими лицами учащихся (ЗДЛ) в досуговой сфере;
- профилактическая работа с родителями и другими членами семей;

- профилактическая работа с педагогами и специалистами образовательных учреждений.

В самом общем виде цель профилактической работы - интенсивное развитие и саморазвитие учащихся в позитивном направлении. Имеется в виду развитие способности к самостоятельному распознаванию и удовлетворению психологических и физиологических потребностей, что ведет к успешному прохождению этапов жизненного цикла. Этому могут содействовать специальные программы позитивной профилактики психических расстройств, включая психическую дизадаптацию и зависимость от ПАВ среди детей и подростков.

Существенным концептуальным положением **предполагаемых изменений существующей практики образования** является то, что организацию профилактической работы в образовательном учреждении необходимо проводить в рамках как профессиональной деятельности педагогов и специалистов (включая компоненты профилактики в предметное содержание уроков) так и на специально организованных занятиях. Результатом этой деятельности должны стать профилактические программы, направленные на работу с основными целевыми группами: учащимися, педагогами и специалистами, семьей учащихся.

В основе профилактической программы два основных понятия: психическое здоровье учащихся, связанное с особенностями и стилем их жизни и формирующая его здоровьеразвивающая среда. Она организуется с учетом следующих компонентов:

- 1) приоритет здоровья: укрепление и развитие психического и физического здоровья как одной из основных задач, решаемых в период обучения;
- 2) мониторинг здоровья: оценка и стимуляция динамики показателей здоровья наравне с традиционными показателями успеваемости;
- 3) приоритет психической и физической культуры: введение специальных коррекционных и интегрирующих психику занятий;
- 4) формирование кадров, проводящих программу укрепления психического и физического здоровья как из числа педагогов, так и из числа учащихся;
- 5) вовлечение семьи в программы укрепления психического и физического здоровья учащихся.

Программа первичной позитивной профилактики предполагает решение ряда задач:

- 1) обучение навыкам критического мышления, принятия ответственных решений, эффективного общения, выработка адекватной самооценки;
- 2) обучение умению постоять за себя, избегать неоправданного риска, делать правильный, здоровый выбор;
- 3) формирование навыков регуляции эмоций, избегания стрессов, разрешения конфликтов, сопротивления давлению извне;
- 4) дифференцированная информация о действиях и последствиях употребления любых ПАВ, причинах и формах заболеваний, связанных с ними, путях к выздоровлению, связи употребления ПАВ и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями совладания с ним.

По данным мониторинга Федерального центра, исходя из оценки эффективности профилактических мероприятий, реализуемых в образовательной среде, выявлено, что эффективность повышается при соблюдении следующих принципов:

- наличии единой позиции в педагогическом коллективе, поддерживающей необходимость введения аспектов антинаркотической профилактики в учебно-воспитательный процесс;

- единстве целей, задач и содержания профилактических воздействий;
- системности и последовательности профилактических воздействий;
- учете возрастных и индивидуальных особенностей учащихся;
- охвате основных целевых групп профилактической работы;
- вовлечении педагогического коллектива в проектирование профилактической программы школы.
- межпрофессионального взаимодействия педагогов и специалистов в разработке и реализации профилактических программ;
- формирования системы сетевого взаимодействия учреждений образования и социальных партнеров - субъектов реализуемой профилактической программы.

Основное содержание программ, ориентированных на освоение эффективных средств профилактики, должно быть ориентировано на работу с системой ценностей детей и подростков с опорой на культурные традиции народа и семьи; формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения, снижающих вероятность приобщения к употреблению ПАВ. Вторым концептуальным основанием эксперимента является использование феномена потребности и модели потребностного цикла различной степени сложности, что дает возможность с единых позиций рассмотреть все важнейшие процессы и явления психической и физической деятельности. Это позволяет, с одной стороны, локализовать процессы как ведущие к употреблению ПАВ, так и происходящие при конкретных проявлениях наркотизма, и понять, почему человеку столь трудно противостоять наркогенному веществу и вызываемому им состоянию интоксикации, а с другой стороны, способствует формированию и развитию инвариантных нормативных личностных статусов обеспечивающих полноценное функционирование в социуме. Основные нормативные личностные статусы: «Я»-телесное, «Я»-ребенок, «Я»-мужчина/женщина, «Я»-ученик, «Я»-друг и др.

Эти подходы создадут возможности развития ресурсов личности детей и подростков (формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий, формирование навыков противодействия наркотицизирующей среде, принятия ответственности за собственное поведение, эффективное общение, поиск и использование возможностей социальной поддержки и профилактической здоровьеразвивающей среды).

Направления инновационной деятельности:

1-е направление: Определение и формирование системы ценностей учащихся.

Ценностно-смысловая структура личности молодого человека является мощным защитным фактором любой девиации. По выражению выдающегося психолога Виктора Франкла, «любую зависимость следует лечить поиском смысла жизни».

2-е направление: Определение периодов актуализации потребностей учащихся, степени и способов их удовлетворения.

Потребность – особая форма отношения живого к окружающей среде, выражающая необходимость и предполагающая возможность избирательного его взаимодействия с некоторыми элементами этой среды с целью пластического, энергетического, информационного обеспечения и поддержания целостности как условий самосохранения. Потребности человека характеризуются тем, что он выступает по отношению к среде обитания как целостный и преобразующий по активности фактор. Этим объясняется способность личности в той или иной мере, и преобразовывать среду, и приспосабливаться к ней. При этом деятельность – это реализация потребностного отношения к окружающей среде, избирательное взаимодей-

ствие с определенными ее элементами. Специфически человеческим содержанием деятельности является целесообразное изменение и преобразование окружающей среды.

Стратегический путь профилактики нарушений психического и физического здоровья заключается в том, чтобы помочь молодому человеку знать свои потребности, уметь определить период актуализации потребностей и степень их удовлетворения; быть в состоянии самостоятельно удовлетворить потребности (в том числе посредством психической саморегуляции, асертивного поведения, через реальное решение проблем);

3-е направление: Разработка системы профилактических мероприятий, направленных на работу с основными целевыми группами (учащимися, педагогами и специалистами, семьей и значимым окружением учащегося – ЗДЛ).

Воспользоваться доступными ресурсами социального окружения, если не получается самостоятельное удовлетворение потребностей, – поиск помощи путем обращение к основным значимым другим лицам, системе социальной поддержки, большому человеческому сообществу.

4-е направление: Разработка системы оценки эффективности профилактической деятельности образовательного учреждения.

В настоящее время очень сложно оценить эффективность профилактической деятельности, проводимой образовательным учреждением. Имеющиеся нормативные положения, федеральные и региональные законы не отражают систему оценок эффективности самой деятельности, а чаще всего отражается не нормативно заданная система итоговой оценки, отсутствуют четкие индикаторы такой оценки. Акцент делается или на количестве мероприятий или на прямых результатах снижения потребления ПАВ, что напрямую не является показателем результативности первичной профилактической работы, а относится или ко вторичной или третичной профилактике.

Основные методы и методики работ в рамках проекта:

- методы психолого-педагогического и социально-педагогического проектирования;
- методики организации ученического проектирования;
- методики интерактивного обучения, психологического тренинга;
- методики организации дистанционного взаимодействия;
- методики мониторинга профилактических мероприятий и оценки их эффективности;
- методики проведения проблемно-проектных семинаров и организации полипрофессиональной и управленческой экспертизы;
- методики педагогической поддержки и психологического консультирования.

Предполагаемые результаты инновационного проекта.

Результаты проекта для обучающихся.

1. Формирование социально ответственного поведения учащихся образовательного учреждения.
2. Развитие навыков саморегуляции (идеаторный и поведенческий самоконтроль).
3. Формирование навыков асертивного поведения учащихся как средства противостояния ситуациям манипуляции и психологического давления или принуждения к употреблению ПАВ.
4. Актуализация мотивации учащихся на позитивные виды деятельности.
5. Физическое развитие как процесс психологического самосовершенствования.

6. Достижение показателей физического развития в соответствии с критериями возрастной нормы.

И самое важное - формирование системы профилактической деятельности как организации команды педагогов-профессионалов, осуществляющей эффективную деятельность по данной проблеме; развитие личности несовершеннолетнего, формирование позитивной идентификации, ценностных ориентаций и установок, исключающих употребление наркотиков и минимизирующих прием других ПАВ, усвоение основных знаний, умений и навыков, необходимых для успешной самореализации и противостояния возможному давлению со стороны потребителей и распространителей ПАВ.

Повышение уровня работы образовательного учреждения.

В ходе инновационной деятельности особое внимание будет уделено повышению уровня методологической, психологической и педагогической компетентности педагогических и управленческих кадров по вопросам профилактической деятельности в образовательной среде. Для этого будет проводиться программа повышения квалификации, а также предусматривается система семинаров, консультаций, конференций.

Разработка новых методик, шаг преобразования.

Совершенствование существующих методик, техник, приемов профилактической деятельности, направленных на укрепление психологического и физического здоровья учащихся на основе развития защитных личностных ресурсов учащихся и школьной среды.

Другие результаты работы.

Организация инновационной деятельности носит открытый характер, предполагающий включение новых субъектов: образовательных учреждений, общественных организаций, молодежных объединений, советов родительской общности, научных и образовательных институтов и др. Предполагается, что в ходе инновационной деятельности образовательные учреждения смогут подобрать партнеров – образовательные учреждения района и республики – для дальнейшей трансляции базовой сетевой модели профилактической работы в образовательной среде.

В.И. Шебанова

**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ АССОЦИАТИВНОГО ТЕСТА
ИНВЕРСИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТРАЖЕНИЯ¹****Киевский национальный университет имени Тараса Шевченка (Киев).*****Презентация модифицированного варианта ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения***

Ход проведения ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения предполагает три операциональных этапа.

На I этапе – испытуемые заполняют бланк теста инверсии эмоционального отражения, который включает 32 слова-стимула (8 позитивных эмоциогенных слов-стимулов; 8 негативных эмоциогенных слов-стимулов); 16 слов-стимулов «тематического» или нейтрального характера). Заполнение бланка состоит в том, что испытуемый к словам-стимулам подбирает ассоциацию, и при этом рядом с каждым словом (как стимулом, так и ассоциацией) проставляет знак своего эмоционального отношения (эмоциональной окраски слова для него). Инструкция звучит следующим образом: «возле каждого слова-стимула Вам необходимо поставить «знак» своего эмоционального отношения к нему. Это может быть или «+», или «0», или «-». Например, на слово «собака» у кого-то может быть яркая позитивная эмоция «+», у кого-то яркая отрицательная эмоция «-», а у кого-то нейтральное отношение «0». Точно также определитесь со «знаком» своего эмоционального отношения к каждому слову-ассоциации. Однако, поскольку из всего многообразия слов человек выбирает конкретное слово – ассоциацию, то и эмоциональное отношение к нему, как правило, более конкретное: или «+» или «-». В то же время, реакция «0» как исключительный вариант, тоже возможна».

По окончании этого этапа подсчитывается количество слов с реакциями: «+», «-», «0». Анализ соотношения реакций «+» и «-» можно производить как отдельно (по каждому столбцу слов-стимулов и слов-ассоциаций), так и по усредненному результату. *Соотношение реакций «+» и «-» позволяет выявить особенности аффективного состояния (эмоционального восприятия на текущий момент).* Иначе говоря, данный показатель (обозначаемый как Со +/-) выявляет особенности аффективно-когнитивного восприятия «картины мира» (позитивного или негативного стиля реагирования).

Диагностическим критерием на этом этапе теста также выступает обобщенный показатель (3R), который определяется путем суммирования количества реакций трех типов:

- реакций инверсного типа («+ -» и «0 -») на все слова-стимулы (первый знак означает эмоциональное отношение на слово-стимул, второй – на слово-ассоциацию),

- «нулевых» реакций («00») только на «эмоциогенные» слова,

- реакций «без ответа» на «эмоциогенные» и «тематические» слова (это реакции в которых нет «знака» на стимульное слово и отсутствует ассоциация на него в связи с тем, что испытуемые не могут определиться ни с эмоциональным отношением к стимульному слову, ни с ассоциацией на него).

Данный показатель (3R), характеризует особенности защитного (невротиче-

¹ Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2014 (14), № 1.

ского) стиля реагирования и выступает неспецифическим фактором психосоматических (невротических, функциональных, непсихотических, дизадаптивных) расстройств различного рода.

В рамках нашего исследования, данный показатель, с учетом качественного анализа «тематических слов», выявляет группу риска с точки зрения формирования субклинических (донозологических) расстройств пищевого поведения (6 и более реакций показателя 3R). Респонденты, которые дают от 2 до 5 реакций – имеют предрасположенность к расстройству поведения. Соответственно, лица, у которых данный показатель меньше 2 – не имеют предрасположенности к расстройству поведения (практически здоровы).

На II этапе испытуемым предлагается воспроизвести слова-стимулы, которые они запомнили (порядок следования значения не имеет). Между первым и вторым этапом тестирования (с целью переключения направленности внимания) испытуемым предлагается гетерогенная интерферирующая деятельность (счет двухзначных чисел – 10 примеров).

В случае затруднения воспроизведения испытуемых можно поддержать следующим образом: «Если для кого-то, это задание кажется сложным, то Вы можете написать всего 10 слов из 32 слов-стимулов, которые звучали на предыдущем этапе. В тоже время, чем больше слов Вы вспомните, тем интереснее будет результат».

При оценивании результатов данного этапа внимание обращается на соотношение количества воспроизведенных слов с учетом знака («+» и «-») эмоционального отношения (Со «+/-» II этапа). Как указывалось выше (при рассмотрении теоретической базы модифицированного варианта теста инверсии), люди с депрессивной симптоматикой склонны воспроизводить преимущественно «негативные» слова, в то время как тревожные – только «позитивные» слова.

С психодиагностической точки зрения, особый интерес представляют «ошибки» воспроизведения – «слова-ассоциации» (что объясняется эффектом интерференции) и «новые» слова (т. е. те, которых не было ни в стимульном материале, ни в ассоциативном ряду), которые «всплывают» как подсказка подсознания. Их появление объясняется субъективным сходством дескрипторов (лексических единиц как группы ключевых слов), которые обусловлены единой семантической структурой репрезентации опыта субъекта. В свое время еще З. Фрейд отмечал, что в случае актуализации проблемного состояния, вытесненная, значимая информация «всплывает» в виде описок, оговорок и сновидений. Мы считаем, что ход проведения методики создает условия для выявления взаимосвязи между конкретными символами и позволят объективировать латентное содержание бессознательного, выявить внутренний конфликт личности (бессознательное «выталкивает» на «поверхность» то, что актуально в данный момент в семантическом поле респондента). Именно к этому вербальному материалу обращается третий этап теста.

На III этапе испытуемым предлагается составить предложение на основе трех ключевых слов, которые выбираются из списка воспроизведенных слов предыдущего этапа. Инструкция звучит следующим образом: «Сейчас Вам предлагается творческое задание – придумать одно или несколько предложений на основе трех ключевых слов. Я предлагаю просто поиграть со словами, смело экспериментировать!».

Данный этап требует выполнения нескольких пошаговых действий:

1 шаг: сравните список слов, которые были воспроизведены на II этапе со списком слов I этапа. Если в Вашем списке воспроизведенных слов встречаются слова-ассоциации или «новые слова» (т. е. те, которых не было ни в стимульном материале, ни в ассоциативном ряду), то выпишите их в два отдельных столбца:

«ассоциации» и «новые слова» (знак эмоционального отношения проставлять не надо).

2 шаг: выберите и запишите любые три слова. Наиболее ценной подсказкой считаются «новые слова» и слова-ассоциации, которые «всплывают» в ходе воспроизведения, а в случае их отсутствия – из воспроизведенных слов, которые по-чему-то привлекают Ваше внимание.

3 шаг: итак, перед Вами три слова. Представьте, что эти слова, являются «ключом», к решению какой-то актуальной для Вас проблемы, «подсказкой» к разрешению значимой для Вас ситуации. Для того чтобы Вы могли получить доступ к «закодированной» информации или расшифровать ответ на жизненный ребус, Вам необходимо на основе этих трех ключевых слов составить предложение. Выбранные слова могут быть связаны друг с другом любым образом, для этого Вы можете изменять окончания слов и использовать любые другие слова и пр. Итак, играйте и экспериментируйте! Позвольте проявиться Вашему творчеству и фантазии!

Спонтанная письменная вербальная (речевая) продукция данного этапа, позволяет:

- обективизировать скрытые от непосредственного восприятия индивидуальные особенности эмоционального реагирования субъекта;
- выявить общие смысловые образования, которые являются основными конституирующими (образующими) единицами сознания и подсознания личности;
- выявить привычные стратегии (ориентации) выхода из проблемных ситуаций, которые проявляются в пассивности или активности субъекта.

В первом случае, в письменном спонтанном высказывании состояние аффекта либо просто констатируется, либо активность (как поиск ресурса, выхода и благополучного разрешения ситуации приписывается Другому). Например:

Выбор слов	Предложение (письменная спонтанная вербальная речевая продукция)
горе, болезнь, комфорт	«когда приходит горе и болезнь – комфорт уходит»;
страх, обман, вдохновение	«страх обмана задавит любое вдохновение»
стол, отец, праздник	«Отец приедет, накроет стол и будет в семье праздник!»

Во втором случае, в письменном спонтанном высказывании респондентов активность либо прямо приписывается самому субъекту, либо косвенно (как совет, пожелание, рекомендация).

Выбор слов	Предложение (письменная спонтанная вербальная речевая продукция)
восхищение, мама, потеря	«Вместо того, чтобы опасаться потери мамы, просто чаще выражай ей свою любовь и восхищение при жизни»
страх, обида, вдохновение	«Чтобы вырваться из плена страха и обиды, опирайся на свое вдохновение. Вдохновение вернет тебе силы, подарит упоение, наслаждение и удовольствие»
комфорт, боль, горе	«Я могу преодолеть горе и боль и тогда буду жить с удовольствием и душевным комфортом»

Таким образом информация, полученная на III этапе работы, может выступать как инструментом психодиагностики, так и «мишенью» в ходе психотерапевтической работы. Учитывая область нашего научного интереса, направленного на изучение особенностей поведенческих стратегий при расстройствах пищевого поведения, особое внимание в ходе анализа спонтанных высказываний респондентов, мы обращали на те, которые связаны с едой (приемом пищи) и отношением к своему внешнему виду.

4 шаг. Оцените полезность полученной для Вас информации по 10-балльной шкале (0 – полная бесполезность, 10 – полезность в высшей степени).

Стимульный материал

Бланк методики (вариант бланка для пользователей) включает два варианта слов-стимулов и подчеркивания эмоциогенных слов; вариант бланка для испытуемых содержит один список слов-стимулов и в нем исключены подчеркивания эмоциогенных слов).

АССОЦИАТИВНАЯ МЕТОДИКА

«Данная методика предназначена для изучения способности переработки словесной информации ЦНС. Заполнять бланк очень просто – это похоже на игру со словами. Вы последовательно прочитываете слова и записываете рядом с каждым словом-стимулом свою ассоциацию – первое слово, которое придет в голову. Желательно, чтоб это слово было *существительным* (т. е. то, что отвечает на вопрос кто? или что?). Например: на слово-стимул «дом» можно записать одно из следующих слов: здание, или окно, или крыша, или стена и т.д. В исключительных случаях, Вы можете написать другие части речи, например, прилагательное, глагол. Из местоимений допустимо употребление только местоимения «Я». Постарайтесь отвечать в максимально быстром для Вас темпе. В случае заминки на каком-то слове – через 15-20 секунд продолжайте работу дальше. Помните, что здесь нет и не может быть неправильных ответов, любой вариант - верный.

В данной методике есть три обязательных требования:

1) заполнение бланка должно быть строго индивидуальным (без помощи «соседей»);

2) возле каждого слова-стимула необходимо поставить свое эмоциональное отношение к нему. Это может быть или «+», или «0», или «-». Например, на слово «собака» у кого-то может быть яркая позитивная эмоция «+», у кого-то яркая отрицательная эмоция «-», а у кого-то нейтральное отношение «0»;

3) возле каждого слова-ассоциации также необходимо поставить свое эмоциональное отношение. Однако, поскольку из всего многообразия слов человек выбирает конкретное слово-ассоциацию, то и эмоциональное отношение к нему более конкретное: или «+» или «-». В то же время реакция «0», как исключительный вариант, тоже возможна.

слова-стимулы	«знак»	Ассоциация	«знак»
1. стол			
2. кастрюля			
3. <u>болезнь</u>			
4. блюдо			
5. полнота			
6. <u>счастье</u>			
7. щепка			
8. <u>грубость</u>			
9. <u>красота</u>			
10. спичка			

11. <u>вражда</u>			
12. <u>мама</u>			
13. <u>худоба</u>			
14. <u>шоколад</u>			
15. <u>смех</u>			
16. <u>отчаяние</u>			
17. <u>корова</u>			
18. <u>комфорт</u>			
19. <u>обман</u>			
20. <u>страх</u>			
21. <u>модель</u>			
22. <u>успех</u>			
23. <u>толстяк</u>			
24. <u>утрата</u>			
25. <u>голос</u>			
26. <u>воздух</u>			
27. <u>нежность</u>			
28. <u>любовь</u>			
29. <u>окно</u>			
30. <u>кафе</u>			
31. <u>травма</u>			
32. <u>палец</u>			

После выполнения данного этапа Вас ожидают еще два интересных задания, которые будут выполняться под руководством ведущего.

Второй список слов-стимулов (для пользователей):

1. стакан; 2. праздник; 3. папа; 4. тело; 5. сладость; 6. тревога; 7. развод; 8. застолье; 9. фигура; 10. радость; 11. запрет; 12. насилие; 13. упитанность; 14. беременность; 15. торт; 16. истощение; 17. отдых; 18. бутылка; 19. удовольствие; 20. свинья; 21. измена; 22. обжора; 23. шнурок; 24. доска; 25. беда; 26. слово; 27. журнал; 28. безысходность; 29. палка; 30. одиночество; 31. холодильник; 32. секс.

* *

Заканчивая представление нашего модифицированного теста, отметим, что мы поддерживаем мнение Е.И. Николаевой о том, в стандартизированном виде данный тест, подобно всем стандартизированным тестам, говорит не так уж много. Однако, применяя его как проективный тест, анализируя содержание предъявленных ассоциаций, используя весь свой опыт и интуицию, можно собрать «...о человеке невероятно много». Как указывал Ф. Гальтон, «...ассоциации вскрывают всю подноготную человека». В нашей следующей статье мы представим результаты собственного исследования и покажем возможности применения данного теста не только с диагностической, но и с терапевтической целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Диалектика человеческой жизни (Соотношение философских, методологических и конкретно-научных подходов к проблеме индивида) / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Мысль, 1977. – 224 с.
2. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования / А.Г. Асмолов. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – 104 с.
3. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека / А.Г. Асмолов. – М.: Смысл. 2007 – 528 с.

4. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии / Александр Асмолов. – М.: Смысл, 2002. – 480 с.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
6. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Леонид Бурлачук : [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2001. – 384 с. (Серия «Учебник для вузов»).
7. Бурлачук Л.Ф. Психология жизненных ситуаций / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
8. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – 200 с.
9. Гульдман В. В. Вопросы мотивации общественно опасных действий при психопатиях / В.В. Гульдман // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической экспертизе. – М., 1982. – С. 23-30.
10. Мотивация общественно опасных действий у лиц с психическими нарушениями и вменяемость [Электронный ресурс] / В.В.Гульдман, Г.К. Дорофеев, А.И. Черкас. http://elibr.bsu.by/bitstream/123456789/29925/1/17_%D0%B3%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%B4%D0%B0%D0%BD_%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE_%D1%87%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B0%D1%81.pdf
11. Гульдман В. В. Основные типы мотивации противоправных действий у психопатологических личностей / В.В. Гульдман // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1984. – № 1. – С. 31—45.
12. Изард К. Э. Психология эмоций [пер. с англ. А. Татлыбаева, В. Мисник] / Кэррол Э. Изард. – СПб.: Питер, 2007. – 464 с. (Серия «Мастера психологии»).
13. Ильюченко Р. Ю. Взаимодействие полушарий мозга у человека. Установка, обработка информации, память / Р. Ю. Ильюченко. – М.: Наука, 1989. – 148 с.
14. Кадыров Р.В. Использование метафорических ассоциативных карт «12 архетипов плюс» в психологическом сопровождении специалистов экстремальных профессий / Р.В. Кадыров, Т.В. Скоробач // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Сб. научных статей 2-й Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / под ред. Р.В. Кадырова. – Владивосток: Мед.гос.ун-т, 2013. – С. 260 – 266.
15. Короленко Ц.П. Аддиктология. Настольная книга / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева / Ред. В. Макаров. – СПб.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская Профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с. (Серия «Вся психотерапия. Практическая и консультативная психология»).
16. Костандов Э.А. Психофизиология сознательного и бессознательного / Эдуард Арутюнович Костандов. – СПб.: Питер, 2004. – 176 с. (Серия «Учебное пособие»).
17. Красноперова Н. Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.06 / Н.Ю. Красноперова. – Томск, 2001. – 25 с.
18. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. – М.: 1975. – 304 с.
19. Леутин В.П. Восприятие и запоминание вербальной эмоциогенной информации у больных невротическим затяжного течения / В.П. Леутин, Е.И. Николаева // Физиология человека. – 1986. – Т.12. – № 2. – С. 187–192.
20. Леутин В.П. Психофизиологические механизмы адаптации и функциональная асимметрия мозга / В.П. Леутин, Е.И. Николаева. – Новосибирск: Наука, 1988. – 193 с.
21. Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки: навчальний посібник

/ Н.Ю. Максимова. – К.: Київський університет, 2002. – 308 с.

22. Мандель Б.Р. Психология зависимостей (аддиктология) / Борис Мандель. – М.: Вузовский учебник, Инфра-М, 2013. – 320 с. (Серия «Вузовский учебник»).

23. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии / Владимир Менделевич. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с. (Серия «Мэтры мировой психологии»).

24. Николаева Е.И. Использование теста инверсии эмоционального отражения для выявления лиц с высоким риском развития невротических расстройств / Е.И. Николаева, А.М. Сафонова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1989. – Т.10. – С.111–114.

25. Николаева Е.И. Детская психическая травма как отзвук социальных потрясений / Е.И. Николаева, А.М. Сафонова // Историческая психология и социология истории. – 2010. – № 1. – С.184–194.

26. Николаева Е.И. Тестирование инверсии эмоционального отражения при ранней диагностике аддиктивных состояний: методические рекомендации / Е.И. Николаева, Н.А. Степушина, В.П. Леутин, М.Г. Чухрова. – Новосибирск: Новосиб. гос. ун-т, 2001. – 12 с.

27. Палуди М. Женская психология / [пер.с англ. Л. Ордановская, М.Васильева] / Мишель Палуди : [3-е межд. изд.]. – М.: Прайм-Еврознак, 2007. – 384 с. (Серия «Психология - лучшее»).

28. Рукавишников И.А. Патофизиологические аспекты нарушения пищевого поведения (аддикция переедания): диссертация 14.00.16- патологическая физиология; 14.00.18 – психиатрия / И.А. Рукавишников. – Новосибирск, 2006. – 190 с.

29. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса: дисс.канд.психол наук: 19.00.04. / Ю.Л. Савчикова. – СПбгу. 2005. – 208 с.

30. Сиркин В. П. Методы психологии субъективной семантики и психосемантики / В. П. Сиркин. – М.: Пчела, 2008. – 368 с.

31. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей / Геннадий Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2006. – 368 с. (Серия «Клиническая психология»).

32. Тищенко П.Д. Герменевтика и здоровье / П.Д. Тищенко // Здоровье и экология человека: методический анализ предмета и метода исследования. -М. – 1987. – С. 96—109.

33. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с..

34. Шебанова В. І. Механізми психологічного захисту та копінгу : [навчально-методичний посібник] / В. І. Шебанова, С.Г. Шебанова. – Херсон.: ХДУ, 2012. – 224 с.

35. Чабан О.С. Тревога: история сверхбеспокойных людей / Олег Чабан, Елена Хаустова, Елена Жабенко, Наталья Жабенко, Анна Олейник. – К.: Servier, 2012. – 130 с.

36. Чухрова М.Г. Аддиктивность и латеральные особенности функциональной асимметрии мозга / М.Г. Чухрова, Н.А. Степушина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии . — 2002 . — № 4 . — С. 12-13 .

37. Яценко Т.С. Пізнання індивідуальної неповторності архетипної символіки у процесі глибинної корекції / Т.С.Яценко // Психологія і суспільство [Гол.ред. Анатолій Васильович Фурман]. – 2013. - № 1 (51). – С. 75–85.

38. Япко М.Д. Боль жизни. Техники эриксоновского гипноза и НЛП для краткосрочной психотерапии депрессий / Майкл Д. Япко. – М.: Московский психолого-социальный институт, 1999. – 236 с. (Серия «Библиотека психотерапевта и психолога»).

39. Milligan R.-J. Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women /

R.-J. Milligan, G. Waller // Int. J. Eat. Disord. – 2000. – Vol.28, №4. – P. 446–450.

40. Telch C.F. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? / C.F. Telch, W.S. Agras // Int. J. Eat. Disord. - 1994. - Vol. 15, №1. - P. 53-61.

V.I. Shebanova

THE MODIFIED VARIANT OF ASSOCIATION TEST OF INVERSIONS OF EMOTIONAL REFLECTION

Kyiv National University of Taras Shevchenko (Ukraine, Kiev).

Abstract. The article is devoted to the justification of theoretical and methodological basis of modified version of associative test of inversion of emotional reflection, which is designed for express diagnostics of eating disorders. Presented the progress of the test and stimulus material. The article contains materials of more than 72 scientific sources, 40 of which are represented.

Keywords: modified version of the test inversion of emotional reflection, express diagnostics, eating disorders.

Р.Е. Барабанов

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ
ФГБУ Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России
(Москва).**

Резюме. В настоящей работе рассматриваются общие и специфические психолого-социальные особенности семей, имеющих детей-инвалидов, поскольку ребенок и его родители составляют единую динамическую систему, взаимодействующую с окружающими людьми и противостоящую неблагоприятным внешним обстоятельствам.

Ключевые слова: дети-инвалиды, социальная незащищенность, психологическая фрустрация, внутренний и внешний тупик, психотравмирующий фактор.

Семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), – это семья с особым сложным статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и большей занятостью решением проблем ребенка, относительной закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, но главное – специфическим положением в семье ребенка-инвалида, которое обусловлено его заболеванием.

Трудности, которые постоянно испытывает семья с больным ребенком, значительно отличаются от повседневных забот, которыми живет семья, воспитывающая здорового ребенка.

Цель данной статьи заключается в том, чтобы рассмотреть социально-психологические особенности семей, имеющих детей-инвалидов.

Для достижения поставленной цели в работе решается следующая **задача:** освещаются проблемы семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Объектом исследования являются проблемы семей с детьми-инвалидами.

Предметом исследования являются специфические особенности семей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Анализируя сведения из бесед с родителями и из других данных, выявляем, что практически все функции за небольшим исключением не реализуются или не в полной мере реализуются в семьях, воспитывающих детей с ОВЗ. Работники со-

циальных служб определяют следующий перечень проблем, с которыми сталкиваются семьи, воспитывающие ребенка с ОВЗ [1]:

- неумение родителей ориентироваться в сложившейся ситуации;
- незнание юридических и правовых норм;
- нарушение социального статуса семьи;
- жилищные и материальные проблемы;
- полная или частичная изоляция от общества ребенка-инвалида;
- нарушение психологического климата в семье.

На первое место среди психолого-педагогических, социальных, медицинских, экономических, этических проблем семей, имеющих детей с ОВЗ, выдвигается материальное положение [11]. Основная часть семей располагает весьма скромным достатком, который складывается из заработной платы мужа и социальной пенсии ребенка по инвалидности. Мать в этих семьях, как правило, лишена возможности полноценно работать.

На втором месте находятся проблемы обучения и реабилитации ребенка средствами образования [11]. Большинство детей обучается в специализированных коррекционных образовательных учреждениях интернатного типа. Это дети с нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, легкой степенью умственной отсталости. При такой форме обучения дети в течение как минимум пяти дней в неделю оторваны от своей семьи. В результате происходит отчуждение семьи от активного процесса воспитания, что сказывается на изолированности семейной системы от нужд и проблем ребенка. Институт семьи в этом случае претерпевает серьезные изменения.

На третье место среди основных проблем семей, имеющих детей с ОВЗ выдвигается проблема получения полноценной медицинской помощи и социально-бытового обслуживания [11].

Большой проблемой является низкий уровень информированности семей о деятельности образовательных и реабилитационных учреждений для детей-инвалидов, а также о работе социальных служб.

Очень низка и правовая самостоятельность семьи, имеющей аномального ребенка. Родители плохо ориентируются в быстро меняющемся законодательстве, зачастую не знают, на какие льготы они могут рассчитывать.

Анализ наблюдений за развитием межличностных отношений в подобных семьях свидетельствует о том, что в результате рождения ребенка с отклонениями в развитии отношения внутри семьи, а также контакты с окружающим социумом искажаются. Причины нарушений связаны с психологическими особенностями больного ребенка, а также с колоссальной эмоциональной нагрузкой, которую несут члены его семьи в связи с длительно действующим стрессом. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик [6].

Качественные изменения в таких семьях проявляются на следующих уровнях: психологическом, соматическом и социальном.

Психологический уровень. Рождение ребенка-инвалида воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет ребенка с отклонениями в развитии является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, и в первую очередь матерью. Стресс, имеющий длительный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на общее психическое состояние родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада [8]. Деформируются:

- сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений;

- система отношений членов семьи с окружающим социумом;
- особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей больного ребенка.

Все надежды и ожидания членов семьи в связи с будущим ребенка оказываются тщетными и рушатся в один миг, а осмысление происшедшего и обретение новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. Вследствие того, что рождение больного ребенка, а затем его воспитание, обучение и в целом общение с ним являются длительным патогенно действующим психологическим фактором, личность матери может претерпевать значительные психологические изменения. Депрессивные переживания могут трансформироваться в невротическое развитие личности и существенно нарушить ее социальную адаптацию [10].

Соматический уровень. Стресс, возникший в результате комплекса необратимых психических расстройств у ребенка с проблемами в развитии, может вызывать различные заболевания у его матери, являясь как бы пусковым механизмом этого процесса. Возникает патологическая цепочка: недуг ребенка вызывает психогенный стресс у его матери, который в той или иной степени провоцирует возникновение у нее соматических или психических заболеваний. В результате перенесенных психотравм у матерей этой категории могут развиваться различные соматические заболевания. На уровне психологической защиты (эмоционально-социальный стресс) это приводит к развитию невротических состояний [8].

В качестве психотравмирующего фактора, определяющего личностные переживания родителей детей с отклонениями, выступает комплекс психических, сенсорных, речевых, двигательных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих ту или иную аномалию детского развития. Безусловно, выраженность нарушений, их стойкость, длительность и необратимость влияют на глубину переживаний родителей детей-инвалидов. Следует также отметить, что психическая травматизация родителей, вызванная нарушениями в развитии ребенка, оказывается более глубокой в том случае, если они сами психически здоровы и не имеют психофизических отклонений [10].

Социальный уровень. После рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья его семья в силу возникающих многочисленных трудностей становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей (страха, стыда и т. п.).

Это испытание оказывает также разрушительное воздействие на взаимоотношения между родителями больного ребенка. Одним из проявлений, характеризующих состояние семьи после рождения ребенка-инвалида, является *развод*. Не всегда внешней причиной развода называется больной ребенок. Чаще всего родители детей, объясняя причину разрыва семейных отношений, ссылаются на испортившийся характер супруги (или супруга), отсутствие взаимопонимания в семье, частые ссоры и, как следствие, охлаждение чувств [9].

Длительное изучение проблем, возникающих в семьях воспитанников специальных учреждений, позволяют выделить еще одну особенность, характеризующую социальную позицию значительной части родителей в отношении воспитания, развития и преодоления проблем больного ребенка. Эту позицию можно назвать иждивенческой или безынициативной [7]. Родители считают, что преодолением проблем их ребенка должны заниматься специалисты и сотрудники учреждений, в которых их дети воспитываются, обучаются или продолжительно лечатся и живут.

Дети с нарушениями слуха и зрения

В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории: родители с нормальным слухом и родители, также страдающие нарушением слуховой функции. Вторая группа родителей, согласно исследованию Н.В. Мазуровой (1997), не испытывает особых переживаний [1].

Для родителей первой группы нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей. Это влечет искажение внутрисемейных отношений и родительских (в первую очередь отцовских) позиций, провоцирует негативное отношение глухих детей к близким и оказывает деформирующее влияние на развитие их личности.

Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности пространственной ориентировки детей, вследствие чего транспортная проблема становится одной из наиважнейших. Они постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно.

Дети с недостатками речевого развития

Особенности развития детей с алалией, афазией, дизартрией, анартрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями являются отягощающими для психики родителей. Именно нарушение речи или ее полное отсутствие являются предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительно-детских отношениях. Проблемы речевого развития ребенка выступают как фактор, снижающий его возможности социального общения. Такой ребенок может рассматриваться родителями как имеющий меньшие социальные перспективы в будущем [8].

Дети с детским церебральным параличом (ДЦП)

Нарушения при ДЦП характеризуются сочетанием триады расстройств: двигательных, речевых и психических с сопутствующими нарушениями слуха, зрения и расстройствами сенсомоторной чувствительности.

Наиболее фрустрирующими психику родителей детей с ДЦП являются двигательные расстройства. По свидетельствам родителей, внешние признаки ДЦП привлекают постоянное внимание окружающих и таким образом травмируют сознание близких ребенка [15]. Обездвиженность или особые трудности при передвижении предполагают необходимость постоянной физической помощи таким детям, постоянного ухода за ними, что требует от самих родителей особых усилий. Поиск, покупка и использование специальных транспортных средств включают и повышенные материальные затраты родителей в спектр их переживаний и забот. Преобладающим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с ДЦП, является гиперопека.

Дети с задержкой психического развития (ЗПР), отягощенной поведенческими нарушениями

Сопутствующие нарушения, возникающие в ряде случаев у детей с психогенной и органической задержкой, вызывают у родителей особые проблемы социального характера. К таким проблемам относятся выраженные и стойкие психопатоподобные расстройства поведения, осложняющие процесс развития ребенка с ЗПР. Эти нарушения свидетельствуют о наличии тенденции к аномальному развитию личности по типу психической неустойчивости.

В связи с этим особое фрустрирующее воздействие на родителей этой группы имеют различные формы нарушения поведения их детей, проявляющиеся в бессмысленном упрямстве, немотивированной грубости, злобности и агрессивности, в наличии постоянного желания быть в центре внимания, ярко выраженном

эгоизме. Патологическое развитие личности, проявляющееся в постоянных конфликтах, социальной неадекватности и социально неприемлемых формах поведения детей, вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком [13].

Аутичные дети

Специфические проблемы в развитии личностной сферы возникают в самом начале жизненного пути аутичного ребенка. Уклонения от глазного контакта с матерью и близкими, отсутствие или вялость протекания «комплекса оживления», нежелание (вплоть до полного избегания) вступать в речевой контакт, отсутствие использования местоимения «я», речевая стереотипность, препятствующая критичной самооценке, и многое другое определяют личностное своеобразие аутичного ребенка [3].

Травмирующим фактором, влияющим на эмоциональный статус родителей, безусловно, является нарушение способности ребенка к установлению адекватного контакта с окружающим социумом и с родителями. Впоследствии эта черта ребенка проявляется в виде социально-бытовой неприспособленности и нарушения социальной адаптации. Родители тяжело страдают из-за отсутствия потребности у ребенка к адекватному контакту.

Дети с интеллектуальной недостаточностью (умственно отсталые)

Интеллектуальная недостаточность умственно отсталых детей, рассматриваемая как ведущий дефект, оказывает особое дестабилизирующее, угнетающее воздействие на психику родителей. Именно ведущий дефект является для родителей и близких умственно отсталых детей психотравмирующим фактором, т. к. данная аномалия, несмотря на имеющийся потенциал позитивной динамики развития в целом, исключает возможность полного выздоровления ребенка, успешной социально-трудовой адаптации и самостоятельной полноценной жизни в обществе.

У родителей такого ребенка окружающие начинают выискивать отклонения от нормы и воспринимать их как психически больных лиц либо как людей с вредными привычками (алкоголиков, наркоманов и проч.). Это, естественно, возводит невидимую стену между семьей и социальным окружением. Родители умственно отсталых детей чрезвычайно боятся и стыдятся диагноза, поставленного специалистом их ребенку. Они используют все возможности для его изменения на другой, по их мнению, более правильный и точный для них, а также более приемлемый и «щадящий» для их ребенка (ранний детский аутизм, детский церебральный паралич и др.).

Отношение матерей к умственно отсталым детям имеет противоречивый характер [13]. С одной стороны, матери проявляют жалость к детям. Несостоятельность умственно отсталых детей заставляет матерей их опекать и контролировать. С другой стороны, у матерей умственно отсталых детей часто проявляются усталость, раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать его интересы в силу их примитивности.

В поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста, выделяется ряд особенностей. Среди них: неэмоциональный характер сотрудничества, неумение создавать ситуацию совместной деятельности, недостаточная потребность в общении с ребенком, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания [12].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикметов Е Ю., Сизоненко З.Л., Юлдашева О.Н. Социализация в семье детей с ограниченными физическими возможностями: условия и факторы. – Уфа: Аркаим, 2012. – 171 с.

2. Забродина Л.А. Психологическая поддержка родителей в формировании конструктивных родительско-детских отношений: автореф. дис. канд. психол. наук. – Самара, 2010. – 26 с.
3. Никольская О. С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. – М., 2003. – 232 с.
4. Полоухина Е. А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: автореф. дис. канд. психол. наук. – СПб, 2009. – 24 с.
5. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии, № 6, 2002. – С. 15-23.
6. Скворцова В.О. Социальное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. – 160 с.
7. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций // Семья и формирование личности / под ред. А. А. Бодалева. – М., 1981. – С. 38–45.
8. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие. – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.
9. Ткачева В.В. Пути социальной адаптации семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Практикум по социальной адаптации. – М.: Издат. ГНОМиД, 2000.
10. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: Издат. ГНОМиД, 2000.
11. Строгова Н.А., Магарычева Е.А. Проблема психологической помощи родителям, имеющим детей с отклонениями в развитии // Школьный логопед, № 1(16), 2007. – С. 56-59.
12. Хайретдинова Л.Ф. О работе с родителями в специальном (коррекционном) дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями интеллекта // Дефектология, № 1, 2005. – С. 11–13.
13. Чарова О.Б. Материнские установки по отношению к детям с задержкой психического развития // Дефектология, № 6, 2008. – С. 13-19.
14. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. – С. 34 -38.
15. Юлдашева О. Н. Семейная социализация детей с ограниченными физическими возможностями: условия и факторы: автореф. дис. канд. социол. наук. – Уфа, 2010. – 25 с.

R.E. Barabanov

**PSYCHO-SOCIAL FEATURES OF THE FAMILIES, WHICH CONTAIN
CHILD, WHO IS SUFFERING FROM A DEVELOPMENTAL DISORDER
Federal State Institution Research Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical-Biological Agency of Russia (Moscow).**

Summary: In this article, we consider general and specific psycho-social features of families, which contain children with disabilities. Because family and child compose one dynamic system, which is cooperating with people around and opposing to adverse external circumstances.

Keywords: Children with disabilities, social insecurity, psychological frustration, internal and external deadlock, stressful factors.

О.Б. Левковская*, Ю.С. Шевченко**

**НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ:
СОВРЕМЕННЫЕ ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ²**

***Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, **Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).**

Резюме. Саморазрушительные действия без суицидальных намерений известны в истории человечества на протяжении тысячелетий. Американские и европейские исследования показывают значительный рост уровня несуицидальных самоповреждений в общей популяции. Не могут оставить равнодушными специалистов данные, касающиеся превалирования данной формы девиантного поведения среди старших подростков и молодых людей. Несуицидальные самоповреждения включены как состояния, требующие дальнейшего изучения, в DSM-V. Данный обзор представляет основные существующие на сегодняшний день теоретические подходы и модели несуицидальных самоповреждений.

Ключевые слова: самоповреждения, самоповреждающее поведение, несуицидальные самоповреждения, суицид, суицидальные действия.

*«Если мы спрашиваем: «Зачем кошке кривые когти?» и отвечаем:
"Чтобы ловить мышей", - то это лишь более краткая постановка вопроса:
"Каким образом эта выработанная отбором форма когтей
способствует сохранению вида?".
(Конрад Лоренц).*

Введение. В данной статье мы представим некоторые клинико-психологические, социальные и культуральные аспекты несуицидального самоповреждающего поведения (НСП) в подростковой популяции. Феноменологически несуицидальные самоповреждения связаны непосредственно с поведением детей и подростков в конфликтных и субъективно трудных жизненных ситуациях. Не обсуждая в данном случае тяжелые случаи продуманных суицидальных действий, встречающиеся при различных психических расстройствах (депрессивных, психотических), нужно отметить, что в подавляющем большинстве случаев поведение, проявляющееся нанесением себе самопорезов, насечек, царапин, шрамов, прижиганий, суицидальным не является (осуществляется вне связи с фабулой суицидальных переживаний). В англоязычной литературе для данных девиаций наибольшее распространение получил термин non-suicidal self-injury, в русском переводе – несуицидальные самоповреждения. **Под самоповреждением понимают намеренное нанесение себе телесного вреда, имеющего малую вероятность летального исхода, социально не приемлемое по своему характеру и производимое с целью уменьшить и/или справиться с психологическим дистрессом** [46]. Данное определение, принимаемое нами как рабочее, трудно признать безупречным. В частности, «социальная приемлемость»* не является абсолютным, постоянным и повсеместным понятием, а термин «дистресс»** представляется слишком категоричным в данном контексте, автоматически относящий все формы сознательного самоповреждения к проявлениям патологии и не оставляющий места для феноменов самоповреждения иной природы и иного качества.

² Начало. Окончание см. в следующем выпуске.

** В некоторых культурах и религиях медитативные практики и даже состояние транса, деперсонализации и дереализации на добровольной основе вполне обычны и поэтому не могут рассматриваться как психические расстройства. Особые практики, на которые в нашей культуре смотрят как на шарлатанство или нелепость, например, шаманизм, колдовство, вуду и ведовство в других культурах воспринимаются как опосредующие трансцендентные состояния. Зрительные и слуховые галлюцинации религиозного содержания, такие как явление Девы Марии или глас Божий, для некоторых людей являются нормальной составной частью их религиозного опыта и духовной жизни [17]. Это же можно сказать о подростковых субкультурах, в которых поведение, не приемлемое с точки зрения взрослого социума, воспринимается как обыденность.*

***Дистресс (от греч. dys — приставка, означающая расстройство + англ. stress — напряжение) — стресс, связанный с выраженными негативными эмоциями и оказывающий вредное влияние на здоровье, возникающий при истощении приспособительных сил организма. Деятельность, связанная со стрессом, может быть приятной или неприятной, дистресс всегда неприятен [18]. Дистресс — разрушительный процесс, ухудшающий протекание психофизиологических функций. Дистресс чаще относится к длительному стрессу, при котором происходят мобилизация и расходование и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов. Такой стресс может переходить в психическую болезнь (невроз, психоз).*

Существующим на данном этапе развития науки представлениям об этиологии и патогенезе психических расстройств в большей степени отвечает принятый в международных классификациях синдромологический подход. Касательно НСП это ознаменовалось включением данной патологии в качестве самостоятельного синдрома в Диагностическое руководство DSM-V [22], в рубрику состояний, требующих дальнейших исследований.

Отметим, что такие действия осуществляются не с намерением уйти из жизни, а представляют собой дисфункциональную попытку решения определенных внутри-/межличностных проблем человека, являясь по своей сути, глубоко социальным поведением, хотя и дизадаптивным по форме осуществления [10], в особенности учитывая опасность подросткового «переигрывания», когда, не имея намерения нанести себе тяжелые повреждения, подросток подвергает себя опасности, не вполне учитывая все риски. Самопорезы, насечки, шрамы наносятся различными режущими и колющими предметами, стеклом, бритвой, ножницами, ножом, иглой и т. п., в случаях самоотравлений используются как безрецептурные (напр., аспирин и другие средства из домашней аптечки), так и психотропные препараты (феназепам). Запускающими (триггерными) механизмами такого поведения обычно выступают конфликты и ссоры в ближайшем окружении подростка - с родителями, друзьями, романтическими партнерами. Основными мотивами выступают попытки совладания с очень сильными, буквально переполняющими, захлестывающими подростка чувствами, такими как ярость, гнев, стыд, разочарование, уныние, чувство одиночества, изоляции и грусти, а также для получения желаемых изменений в социальном окружении в виде ослабления требований, давления со стороны родителей, опекунов, учителей или для усиления заботы и внимания по отношению к себе [9].

По многочисленным данным американских и западноевропейских ученых, в последние десятилетия наблюдается значительный рост данной формы девиантного поведения в общей популяции подростков (т. е. в популяции обычных юношей и девушек, обучающихся в старшей и средней школах, колледжах и университетах). Важно отметить именно тот факт, что это подростки и молодые люди,

которые не обращались за психиатрической помощью. М. Nock, суммируя данные многочисленных исследований, приводит следующие неутешительные цифры: уровень самоповреждений в общей подростковой популяции колеблется от 13% до 45% и в среднем составляет 15%-20% [39]. В нашей стране отсутствуют аналогичные популяционные исследования.

Сложность обсуждаемой проблемы НСП в детско-подростковой популяции связана во многом с тем, что сами подростки говорят об облегчении, наступающем сразу после таких действий, о снижении эмоционального напряжения и других негативных переживаний. И хотя такое облегчение носит весьма кратковременный характер, однако в случаях, когда поведенческий репертуар подростка скуден и маловариативен, а мышление носит аффективный характер, даже такая дизадаптивная реакция может получить в силу разных причин подкрепление и закрепление. По завершении самоповреждающих действий некоторые из подростков возвращаются к обычным повседневным делам, «выпустив пар», другие идут спать. Как признавалась одна из пациенток: «Ложусь в кровать, беру бритву, режу, засыпаю». Или объяснение другой девочки-подростка: «Мне советовали в такие моменты рвать бумагу. Это не помогает. Резать руки это то же самое, что рвать бумагу, только помогает».

Антропологи утверждают, что вид *Homo sapiens* в своих биологических основах преимущественно тот же, что и 40 000 лет назад. А вот среда обитания вида претерпела за последние 100 лет буквально угрожающие изменения благодаря «опустошению жизненного пространства», «отчуждению от живой природы», «непрерывному развитию техники», «тепловой смерти чувств», «разрыву с традицией» [12]. Нобелевский лауреат и выдающийся ученый Конрад Лоренц писал об этих и других факторах «дегуманизации» современного общества еще в 70-х годах XX столетия. Но с тех пор ситуация довольно сильно изменилась, и это касается, в первую очередь, появления на свет уже нескольких поколений, относящихся к так называемой «цифровой эре» (поколения, родившиеся после 80-х годов XX века). Многие «дети цифровой эры» интенсивно общаются с компьютерными персонажами, в мире «искусственных эмоциональных раздражителей, виртуальных конфликтов, агрессивных фантастических сценариев» [8] в гораздо большей степени, чем с живой природой, сверстниками, родителями. Столь молниеносные в понятиях видовой истории глобальные изменения экологической среды человека не могут привести к столь же стремительным преобразованиям самой биологической сущности человека, которая гораздо более «консервативна». Мы живем, болеем и страдаем именно в тех условиях, которые сами же себе и создаем. Рассказывать о своих чувствах и переживаниях в словесной или в какой-либо еще (например, изобразительной) безопасной форме становится для многих современных детей и подростков непосильной задачей. В то же время специалисты разного профиля – педагоги, психологи, психиатры, психотерапевты, врачи других специальностей – наблюдают распространение небезопасных молодежных субкультур («эмо», «готы»), движения современных примитивистов, выдающих самоповреждения за нормативное и даже способствующее достижению трансцендентных состояний поведение.

В рамках данной статьи не представляется возможным рассмотреть все факторы, участвующие в формировании аутоагрессивных девиантных форм поведения детей и подростков. Однако совершенно необходимо упомянуть модель биопсихосоциогенеза психики, здоровья и болезни, носящую парадигмальный характер в современном научном сообществе. Она подразумевает необходимость изучения всего комплекса биологических, психологических и социальных факторов, которые по-

вышают риск возникновения того или иного нарушения, болезни, или же, с другой стороны, обеспечивают защитную, буферную функцию, смягчая действие стрессоров на психику, повышая психологическую устойчивость и жизнестойкость индивида. Перечисляются некоторые факторы, повышающие риск НСП [46]:

а) семейные аутодеструктивные паттерны поведения. Ребенок, воспитуемый в такой семье, учится прибегать к самоповреждениям в сложных жизненных ситуациях;

б) смерть родителя, потеря родителя в результате развода;

в) опыт эмоционального, физического, сексуального насилия;

г) фактор семейной враждебности и постоянного родительского критицизма как отдаленные факторы риска;

д) нахождение в компании друзей, склонных к самоповреждениям;

е) особая уязвимость людей, склонных к самоповреждениям, отмечается в сфере эмоциональной регуляции. Дефицит в данной области проявляется недостаточным пониманием и выражением эмоций; высоким уровнем негативных эмоций; склонностью к подавлению негативных чувств и мыслей; пониженной толерантностью к стрессу и негативным эмоциональным состояниям.

Отметим, что в стационаре в основном подростки с НСП имеют целый комплекс негативных факторов, сочетающих и биологически неблагоприятную почву, и дисфункциональные семейные взаимоотношения, и общение в асоциальной компании подростков с опытом употребления алкоголя, энергетических напитков и демонстрацией приемлемости самоповреждений и многие другие.

Теоретические модели НСП

В одной из наших статей дан обзор зарубежной литературы, касающийся эпидемиологии, классификации, методов и существующих на сегодняшний день научных моделей НСП [10]. В данной же статье подчеркнем, что не существует сколько-нибудь влиятельной психологической школы, которая не создала бы свою собственную модель суицидальных действий и НСП. Существуют также и клинико-психиатрические объяснения.

1. Психоаналитическая модель. Так, в рамках психоаналитической традиции выдвинуты по крайней мере две гипотезы НСП: первая – **антисуицидальная** модель (the antisuicidal model). В этой модели НСП рассматривается как замена или компромисс между влечением к жизни (life instinct) и влечением к смерти (death instinct). Самоповреждения объясняются как попытка избежать полного саморазрушения посредством канализации деструктивных импульсов. При этом подчеркивается, что самоповреждения выступают в роли «микросуицида», или, другими словами, дают субъекту иллюзию собственной власти над смертью [29, 31, 37].

Нам представляется, что данная модель близка **психобиологической (соматодинамической)** теории психосоматических расстройств, которая связывает телесные болезни: а) с нарушением процессов десоматизации-ресоматизации [42]; б) с процессом двухфазного вытеснения, по А. Mitscherlich [38]; с алекситимией [43]; г) с проявлением дефицитарной агрессии [22]; д) с антиципационной недостаточностью [13, 35, 36]. Отличие заключается в том, что в случае НСП неразрешимый личностный конфликт (клинически не дифференцированный на этапе психогенеза) реализуется не по психосоматическому руслу [1], а по поведенческому. Общим же эффектом является *соматизация* (на этапе перехода психогенеза в патогенез) как защита личности от невротической депрессии за счет телесного ущерба.

Вторая – **сексуальная** модель (the sexual model). Самоповреждения в данной модели рассматриваются как возможный способ получения сексуального удовлетворения и в этой части несут позитивный аспект. В других случаях самоповре-

ждения позволяют контролировать субъекту собственную растущую сексуальность, связанную с взрослением. И, в-третьих, самоповреждения выступают в качестве самонаказания при попытке избежать обычных сексуальных чувств и действий. Некоторые подтверждения данной модели можно найти в том факте, что НСП чаще манифестирует в пубертате. Некоторые авторы прослеживают связь самоповреждений с наступлением менструаций и с негативным отношением к данному физиологическому процессу [28], а также с нарушенным восприятием собственного тела и негативным образом телесного «Я», особенно часто формирующимся у лиц с травматическим детским опытом, подвергавшихся физическому/сексуальному насилию в семье [26, 46]. Немаловажным, по нашему мнению, являются изменения кожной и болевой чувствительности, возникающие под действием половых гормонов [3]. В этом смысле трихотилломания (ТХМ) и НСП имеют четкую сексуальную окраску.

2. Бихевиоральный подход. Так называемая Четырехфункциональная модель (the four-functional model) [39] имеет своими корнями бихевиоральный подход, предполагающий в данном случае, что самоповреждения являются ответной реакцией на определенные события, непосредственно предшествующие акту самоповреждений и осуществляют определенную функцию. В соответствие с этим подходом НСП поддерживается процессом подкрепления, который может быть подразделен по своей направленности на интраперсональный и интерперсональный, а по своему знаку - на позитивный и негативный.

- Интраперсональная негативная функция – немедленно за НСП следует уменьшение или полное исчезновение непереносимых для субъекта мыслей и чувств, таких как эмоциональное напряжение, гнев, ярость;
- Интраперсональная позитивная функция – самоповреждения используются для появления или усиления желаемых для субъекта мыслей и чувств, таких как аутостимуляция или удовлетворение, испытываемое от самонаказания;
- Интерперсональная позитивная функция – самоповреждения используются для достижения или усиления желаемых для субъекта социальных событий, таких как внимание и поддержка со стороны других людей;
- Интерперсональная негативная функция – самоповреждения вызывают прекращение или ослабление некоторых нежелательных для субъекта социальных влияний, таких как запугивания со стороны ровесников, конфликты между родителями и т. п.

3. Модель социального научения. Модель социального научения (social learning hypothesis) основывается на предположении, выдвинутом Альбертом Бандурой [прив. по 45], о том, что многие формы поведения люди осваивают, наблюдая за своим окружением. Это относится как к непатологическим формам поведения (межличностное общение, танцы, футбол и т. д.), так и к патологическим (пьянство, использование наркотиков, рискованное сексуальное поведение, агрессия и т. д.). В этом случае НСП есть результат моделирования, имитации и идентификации с родительскими паттернами поведения, а также научения в референтной группе, что особенно характерно для подростков [32, 39, 44].

4. Когнитивно-бихевиоральная модель.

Анализируя проблему НСП с позиций когнитивно-бихевиоральной школы, исследователи говорят о двух основных категориях когнитивных характеристик, связанных с НСП: когнитивная интерпретация окружающих событий и самогенерируемые когниции. Исследователи, работавшие с депрессивными, суицидальными пациентами, а также с людьми, склонными к самоповреждениям, отмечают фундаментальную роль когнитивных факторов для запуска и поддержания само-

повреждающего поведения [24, 25, 39, 47]. Когнитивный анализ показывает, что все три основные группы когниций носят негативный, пессимистический характер со склонностью к самокритике, самообвинению и самоунижению у пациентов с НСП. Сюда относятся т. н. «автоматические мысли» (automatic thoughts) или мысли и образы, актуально представленные в сознании человека, «промежуточные убеждения» (intermediate beliefs), или определенные положения, правила, и предположения и «ключевые убеждения» (core beliefs), или твердые, глобальные, фундаментальные убеждения, составляющие когнитивную триаду Beck – о себе, мире и будущем [24].

5. Экспериментально-биохимическая модель.

В рамках психофизиологических, нейробиологических экспериментальных исследований разрабатываются несколько моделей. Первая гипотеза основана на исследованиях *серотониновой системы* головного мозга. Существуют многочисленные эмпирические доказательства корреляций между снижением уровня серотонина и импульсивным агрессивным, а также НСП. Другое биологическое объяснение НСП относится к нарушениям в системе *эндогенных опиоидов* [40, 41]. Многие клиницисты встречаются в своей практике с таким, казалось бы, парадоксальным фактом, как отсутствие болевых ощущений у своих пациентов во время нанесения ими самоповреждений. Grossman и Siever [30] формулируют две гипотезы в отношении взаимосвязей между системой эндогенных опиоидов и самоповреждениями. Первая – **гипотеза зависимости** (addiction hypothesis) предполагает, что многократные/хронические самоповреждения, к которым прибегают пациенты с целью *уменьшения состояния дисфории, вызывают гиперстимуляцию* системы эндогенных опиоидов. С течением времени развивается толерантность к повышенному уровню эндогенных опиоидов и пациенты фактически испытывают *реакции абстиненции*, что побуждает их снова и снова прибегать к самоповреждениям, которые вновь стимулируют выделение эндогенных опиоидов. Вторая – **болевая гипотеза** (pain hypothesis) предполагает изначально существующую *конституциональную неполноценность* системы эндогенных опиоидов. Данная гипотеза подтверждается эмпирическими исследованиями, обнаруживающими пониженную болевую чувствительность у людей, склонных к самоповреждениям. Конституционально повышенный уровень эндогенных опиоидов может вызывать развитие таких патологических состояний, как диссоциативные эпизоды, общая бесчувственность. В таких случаях самоповреждения выступают в роли интрапсихического стрессора, временно возвращающего способность чувствовать и обрывающего диссоциативные эпизоды.

На наш взгляд, в известном смысле само по себе рассматриваемое поведение является произвольно провоцируемым стрессом (например, повреждение целостности кожи и вид крови, фрустрирующие инстинкт самосохранения), который, согласно рабочему определению, выступает в качестве *эмоционально-стрессовой аутопсихотерапии**. В то же время произвольное самоповреждающее поведение в качестве компенсаторного феномена сопровождается умеренным нейрогуморальным «аккомпанементом» и ощущением контролируемости ситуации, что делает его «стрессом без дистресса».

**При стрессе без дистресса всегда: активизируется симпатическая нервная система; выбрасывается в кровь адреналин из мозгового слоя надпочечников; секретируются кортиколиберин в гипоталамусе, АКТГ в гипофизе и глюкокортикоиды в коре надпочечников. Это обеспечивает приспособление всего организма к изменяющейся внешней или внутренней среде. Причина отрицательного влияния стресса на здоровье, его дизадаптивности объясняется тем, что стрессовая реакция форми-*

валась в течение сотен миллионов лет, когда основными стрессовыми стимулами были ситуации, представляющие непосредственную угрозу существованию животного (встреча с хищником или представителем своего вида – конкурентом в борьбе за еду, территорию, самку и т. п.). Поэтому большая часть изменений при стрессе повышает готовность организма к схватке, к непосредственной борьбе за свою жизнь, т. е. к мышечным нагрузкам и возможному ранению.

Современный человек испытывает стресс в основном при изменениях в социальной среде, поэтому многие проявления стрессорной реакции утратили свое биологическое значение и даже стали преимущественно вредны для его здоровья. Стресс, вызванный социальным фактором, сталкивается с невозможностью его мышечной реализации, в связи с чем его физиологические эффекты надолго задерживаются, а предполагаемая после преодоления стресса эмоциональная награда так и не поступает.

6. Клиническая и клинико-биологическая модели.

На данный момент следует признать отсутствие единой формализованной клинической классификации самоповреждений. Традиционно в психиатрической науке самоповреждения рассматривались в следующих контекстах [27, 32, 39]:

- 1) как форма суицидального поведения (напр., при депрессивных, личностных расстройствах);
- 2) разновидность патологических привычных действий (напр., онихофагия, трихотилломания при невротических, неврозоподобных состояниях);
- 3) как вариант двигательных стереотипий (напр., у пациентов с нарушениями развития, при аутизме, генетических синдромах, умственной отсталости и др.);
- 4) большие самоповреждения (напр., энуклеация глаза, самоампутация конечности и т. п. при шизофрении, психотических состояниях).

Данная клиническая классификация в большей степени соответствует *структуралистскому подходу* [27], который рассматривает самоповреждения как часть патологической структуры (синдрома) или как симптом расстройства. Так, в МКБ-10 самоповреждения приводятся в качестве симптомов в структуре следующих диагнозов: депрессивных и пограничных расстройств (F32, F60.31), детского аутизма (F84.0) и стереотипных двигательных расстройств (F98.4) [15]. Данный подход подразумевает выделение наиболее типичных особенностей, признаков, являющихся общими для пациентов с определенными расстройствами, заболеваниями. Отметим, что к настоящему времени назрела потребность в «*понимающей психопатологии*», раскрывающей субъективно-психологический смысл тех или иных симптомокомплексов, причину их взаимосвязи, фило- и онтогенетическую природу и, по возможности, церебральную локализацию и механизмы. В этом смысле уже недостаточна простая констатация связи НСП с депрессией. Возникает вопрос, а что дает депрессивному больному соответствующая саморазрушительная активность, если он не собирается покончить с собой. И почему другой депрессивный больной предпочитает разрушать не себя, а что-либо из окружающего мира, а третий не делает ни того, ни другого. Тяготение к «*понимающей психопатологии*» заставляет психиатра расширять свою биопсихосоциальную компетентность, обращаясь к смежным дисциплинам.

В данном контексте представляется интересным рассмотрение НСП с **клинико-биологической** точки зрения. Так, из биологии известно [3], что к **витальным** потребностям человека как живого существа относятся: потребность в *самосохранении*, *самовоспроизведении* (половая потребность раскладывается на несколько витальных и социальных, потребность иметь потомство и заботиться о нем – чисто витальная), *самоподдержании* организма (сохранении функциональ-

ной целостности организма и поддержании работоспособности за счет: 1) постоянного раздражения сенсорных систем зрения, слуха и т. п., 2) информационного притока, 3) переживания эмоций, а также 4) получения приятных ощущений – *гедонистическая потребность*). Имеет место обратная пропорциональная зависимость между сенсорной, информационной и эмоциональной насыщенностью психической жизни. Болезненное бесчувствие при депрессиях переживается крайне тяжело и может провоцировать самоповреждающее и аутоагрессивное поведение, никак не связанное с желанием уйти из жизни, а связанное скорее с инстинктивным стремлением почувствовать себя живым. В эксперименте, животные лишены возможности удовлетворить потребности в самоподдержании за счет гедонизма, эмоциональных реакций, информации и сенсорного раздражения, часто гибнут, не достигнув взрослого возраста [3]. *Гедонистическая потребность*, потребность в приятных ощущениях – четвертая потребность самоподдержания. Она проявляется в стремлении к сладкому (и другим приятным вкусовым ощущениям), стремлению чесать, где чешется (легкое раздражение кожных покровов присуще всем млекопитающим, а удовольствие от этого обнаруживается даже у рыб). Самораздражение, усиленное до привычных патологических действий (ППД) и самоповреждения, в том числе в качестве компенсации иных потребностей (ибо тело – это «праздник, который всегда с тобой»), вызывает положительные эмоции. При этом включаются те же мозговые механизмы, что и при эйфории, вызываемой некоторыми наркотиками. Эрогенные зоны – наиболее чувствительные для раздражения, удовлетворяющего гедонистическую потребность. Биологический смысл гедонистической потребности тот же, что и потребности в эмоциях. «Зачем жить, если нет радости от жизни?» – таков императив «машины выживания» эгоистического гена, создающий иллюзию «жизни для себя» с ее стремлением к «сладкой жизни». В суицидальном поведении *ангедония* (даже вне рамок депрессивного состояния) может играть ведущую роль и провоцировать компенсаторное стремление насытить витальную потребность *самоподдержания* за счет ее других компонентов (насыщения отрицательными эмоциями и их alter ego, усиления сенсорного притока или информационного поиска). Если гедонистическая потребность не удовлетворяется удовольствием от сладкого или от раздражения эрогенных зон, то абсолютная радость может быть достигнута от употребления алкоголя или наркотиков. В иных случаях фрустрированная потребность в приятных ощущениях находит сублимацию в усилении сенсорного потока (вплоть до самоповреждения), информационном перенасыщении (телевизионная и компьютерная зависимость, сверхценная познавательная активность), «раскачивании» эмоциональной стимуляции (игромания, конфликтность, фанатизм).

7. Этолого-дизонтогенетическая модель.

Этологический подход был положен Ю.С. Шевченко в основу объяснительной модели так называемых привычных патологических действий, изучавшихся на протяжении многих лет автором в детской психиатрической клинике. Ю.С. Шевченко рассматривает такие феномены, как сосание пальца, раскачивания телом и головой, допубертатная мастурбация, грызение ногтей, выдергивание волос с этологических позиций. В данном контексте подобные действия «...могут быть представлены как эволютивные звенья единой психобиологической цепи: филогенетические автоматизмы в рамках пищевого, полового, исследовательского, груминг-поведения; естественное инстинктивное поведение новорожденных и детей раннего возраста, отражающее соматовегетативный уровень нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву); гиперкомпенсаторное стереотипное поведение, обусловленное дизонтогенетическими механизмами психогенных, церебрально-органических или эн-

догенных заболеваний; индивидуальная привычка условно патологического или патологического характера как относительно автономная поведенческая система, осуществление которой стало потребностью» [21, с. 60]. Механизм развития данных действий связан с этологическим механизмом «смещенной» или «переадресованной» на себя активности, обеспечивающей разрядку эмоционального напряжения, самоуспокоение, отгорожение от сверхсильных раздражителей.

НСП (возможно, в качестве смещенной активности при сексуальной неудовлетворенности), являясь *несильным и контролируемым стрессом* (страх и боль изначально невысоки), включает механизмы психотропной активности гипофиз-адреналовой системы. При этом эндорфины и энкефалины уменьшают боль и вызывают эйфорию (на заключительных этапах стресса), а вазопрессин и окситоцин обуславливают импринтинг самого поведения и его ключевых стимулов. Отличие НСП (не всякого) от трихотилломании состоит в отсутствии инстинктивного прообраза в форме комплекса фиксированных движений (КФД), однако, запечатленное в памяти, это поведение становится привычным и не менее легко используется в качестве смещенной активности, тем самым входя в репертуар стрессового поведения. Под влиянием кортиколиберина усиливаются синтез и секреция АКТГ в переднем гипофизе, обладающего, помимо *эндокринной функции*, выраженным *психотропным действием* (основной эффект – повышение внимания к значимым стимулам, что улучшает память и уменьшает время двигательной реакции) [3]. Альтернативой самоповреждающего и экстремального поведения (привлекательного за счет выброса эндогенных опиатов) может быть баня, а также простая физическая нагрузка, если она достаточно длительна и, следовательно, вызывает стресс, боксерская груша «до седьмого пота», игра в футбол, бег трусцой. Мышцы болят вскоре после нагрузки, но бодрость остается на несколько часов.

8. Социобиологическая модель.

Приверженцы данной модели опираются, в первую очередь, на идеи Ч. Дарвина и эволюционной природы психопатологии, позволяющих понять, зачем человечеству как биологическому виду необходимо то или иное поведение, в том числе и патологическое [16]. В рамках данной социобиологической теории суицидальное и НСП рассматриваются с позиций эволюционно-стабильных стратегий, т. е. таких стратегий поведения, которые в процессе селективного давления и модификаций несут наибольшие адаптивные преимущества для вида и индивида [16]. Аутоагрессия, как часть собственно агрессии, в этологии относится к системе агональности, под которой подразумевается всякое поведение, связанное с конфликтами. В основе самоповреждающего и суицидального поведения, по мнению авторов, лежит смешанная стратегия, одной частью относящаяся к альтруистической стратегии, другой частью – к агональной. При этом собственно суицид понимается, с одной стороны, как проявление абсолютного альтруизма, когда, «исчерпав голос генов», суицидент элиминирует себя из сообщества, при этом по существу освобождая место под солнцем для других, и не только своих родственников. Данная стратегия проявляется, согласно взглядам авторов, при анорексии, депрессивных и аутистических расстройствах, у пациентов с классическим апатоабулическим синдромом. С другой стороны, являясь частью агональной стратегии, суицид связан с переадресацией агрессии. Несуицидальные самоповреждения закрепляются в человеческой истории, являясь по существу, своеобразными «клапанами безопасности» истинного суицидального поведения. Данное поведение не является специфичным исключительно для человеческого вида, а имеет своими аналогами феномены аутоотомии или лишения себя части тела как метода самообороны у кольчатых червей, морских звезд, крабов, пауков, ящериц, пчел [16].

Г.В. Скобло

**РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ «РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА:
МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»****(А.П. Чуприков, А.М. Хворова; второе дополненное издание. - Львов: Мс, 2013. - 272 с.)**

Известно, что последние десятилетия ознаменовались значительным ростом аутистических расстройств в детстве и эта патология, ранее относительно редкая, ныне выходит на одно из первых мест фокуса внимания различного круга специалистов. Число публикаций в этой области также лавинообразно нарастает, однако, как правило, они не носят мультидисциплинарного характера, хотя именно такой научно-практический подход безоговорочно постулируется в настоящее время. С этой точки зрения рецензируемая монография представляет большой интерес, ибо затрагивает разнообразные аспекты расстройств спектра аутизма (РСА): общебиологические, медицинские, психолого-педагогические, психотерапевтические.

Книга начинается обзором исторических исследований (гл. 1, А.П. Чуприков, А.М. Хворова) и описанием этиопатогенеза РСА с особенностями его динамики (гл. 2., А.П. Чуприков). Приведены многочисленные литературные данные в отношении этиологической гетерогенности данной патологии. Некоторые из них представляются особо важными, в частности исследования частоты новых мутаций, степени генного полиморфизма и частоты редких хромосомных aberrаций, показавшие значительно более высокие цифры, чем ожидаемые. В отношении патогенеза подробно разбираются такие его относительно новые возможные механизмы, как вакцинальная провокация, нарушающая и без того нестабильный иммунный статус аутистического ребенка, теория «миниколонок», выдвигающая объяснение особенностям сенсорного опыта аутистов, данные ЭЭГ-исследований, свидетельствующие об изменении межполушарного взаимодействия, «модель психического», акцентирующая специфичность когнитивной недостаточности при этой патологии, и ряд других.

При изложении динамики РСА в монографии предлагаются принципиально новые подходы, которые с нашей точки зрения, основаны на достоверной клинической реальности. Аутизм (по А.П. Чуприкову) понимается как особый *нейробиологический процесс* с 3-мя вариантами течения: регрессиентным, волнообразным и неблагоприятным (злокачественным).

Главы, посвященные клинике РСА (3, 4, 6), отличаются тщательностью и детализацией описания симптомов в составе различных аутистических синдромов с изложением их возрастной динамики. Это позволяет провести убедительную дифференциальную диагностику с другой психической патологией детства, в частности, с шизофренией. Авторы этих глав (А.П. Чуприков, Я.Т. Багрий) опираются при этом на известные литературные работы, но вместе с тем высказывают и собственные аргументированные суждения. Впрочем, некоторые из них все же являются спорными. Так, кратковременный период нормального психического развития представлен одним из важных дифференциально-диагностических признаков шизофрении, хотя практика показывает, что такой период может быть обнаружен и в ряде случаев РСА. Другое возражение касается понимания параутизма (гл.5, Я.Т. Багрий). Автор считает это явление отличным от феномена расстройств привязанности, однако это не представляется убедительным. Кроме

сенсорной депривации (которая может сопровождаться аутистическими расстройствами), все другие формы депривации, перечисленные в монографии (эмоциональная, социальная, когнитивная) по сути всегда связаны с нарушениями привязанности, лежащими в их основе. В Международной диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве (DC:0-3,1994; DC:0-3R, 2005) их клиническая характеристика рассматривается в рамках единого (хотя и значительно вариативного) депривационного синдрома. Парааутистическая симптоматика входит в него составной частью.

В рецензируемую монографию включены две особые главы, посвященные некоторым, еще в недостаточной мере известным практикующим детским психиатрам, расстройствам, также входящим в аутистический спектр. Так, в главе 10 (Н.Л. Горбачевская, С.А. Тюшкевич, К.К. Данилина) рассматривается с мультидисциплинарной точки зрения синдром ломкой X-хромосомы (синдром Мартина—Белл, или синдром FXS). Авторы подчеркивают частую распространенность данной патологии и приводят современные научные данные относительно возможностей ее первичной профилактики и патогенетической терапии. Хотя окончательный диагноз этого синдрома ставится на основании изучения генома, что является материально затратным, важную роль могут сыграть и разработанные авторами показатели ЭЭГ-исследования больных (вкуче с относительно специфичной клиникой). Глава 11 (Л.Ю. Глухова, К.Ю. Мухин), также мультидисциплинарного характера, касается аутистического эпилептиформного регресса и его лечения. Распознавание этого состояния представляет для врача большие сложности, однако авторы дают его четкий алгоритм и обозначают дифференциально-диагностические критерии. Подробно излагаются также терапевтические принципы и лекарственные схемы, требующие тесного сотрудничества неврологов и психиатров.

С большим интересом читаются разделы книги, посвященные немедикаментозной коррекции РСА. Так, в главе 7 (А.М. Хворова) представлен большой аналитический обзор психолого-педагогических теорий коррекции аутизма: обсуждены достоинства и недостатки поведенческого прикладного анализа, программы ТЕАССН, холдинг-терапии; особенно подробно освещено теоретическое обоснование психотерапии, основанной на нарушении развития системы основных адаптивных (аффективных) смыслов аутистического ребенка. Отмечено, что только в последнем случае принимается во внимание категория активности, которая, по мнению автора, должна быть краеугольной в понимании аутизма. В следующей главе автором подробно рассматриваются особенности формирования всех составляющих психической сферы детей с аутизмом в их возрастном аспекте, а также излагаются общие направления их коррекции. Наряду с литературными здесь приведены и научно-практические авторские данные; глава хорошо проиллюстрирована наглядными обобщающими таблицами. Содержание этой главы продолжают и другие главы этого автора (главы 14, 15, 16, 17, 18). В них освещены особенности конкретно применяемой коррекционной реабилитации, включая психологическую и логопедическую коррекции, игровую терапию, а также комплексную игровую кинезитерапию как вариант сенсорной интеграции (А.П. Чуприков, Т.В. Черная, Д.В. Зайцев, И.В. Таршинов, 2012). Приведена оригинальная «Диагностическая панель комплексного психолого-педагогического развития ребенка» (в приложении), разделы которой оценивают проблемные сферы развития ребенка с аутизмом и по каждой из них намечаются цели коррекции. Одна из конкретных индивидуальных программ в качестве примера также приводится в приложении, что обеспечивает дополнительную наглядность. Подчеркивается, что применяе-

мые коррекционные программы отличаются гибкостью и в значительной мере импровизационным характером занятий. Подробно освещаются такие разделы программ в применении к детям-дошкольникам с РСА как этнопедагогика, коррекция активности средствами искусства и творческое развитие. Детально обсуждается интенсивная психолого-педагогическая коррекция в условиях летнего реабилитационного лагеря, где также осуществлялась работа с родителями в виде специальных тренингов и семинаров. В заключение этих глав приводится обзор данных по возможностям школьного обучения детей-аутистов. Представляется, что большой практический опыт автора имеет значительную ценность для всех специалистов, занимающихся коррекцией РСА.

Отдельная глава монографии посвящена медико-биологической терапии РСА (А.П. Чуприков), где рассматриваются вопросы амбулаторного лечения как наиболее часто встречающейся формы медикаментозной коррекции при аутизме. Подтвержден хороший эффект рисполепта в небольших дозах как препарата первого выбора; в более старших возрастах возможным считается назначение арипипразола (арип, абилифай). При наличии аффективных расстройств рекомендованы препараты СИОЗС в возрастных дозировках. Приводятся данные о применении при нарушениях речевого развития нейропротектора нового поколения цитидинфосфохолина (мемантин гидрохлорид), который широко используется на Украине. Подробно освещается патогенетическая терапия нейропептидами как препаратами, уменьшающими митохондриальную дисфункцию (цереброкурин, дельталицин, производимые фармацевтическими фирмами Киева), а также современное иммуномодулирующее лечение и витаминотерапия. Кратко, но информативно рассматриваются вопросы диетотерапии. Представляет большой интерес изложение методов физиотерапевтического лечения при РСА (имеется ввиду гипербарическая оксигенация, пневмомассаж, микрополяризация мозга и др.)

Достоинством книги является наличие в ней отдельных глав, посвященных анималотерапии (А.П. Чуприков, А.С. Бураго), в частности дельфинотерапии (А.П. Чуприков, Б.П. Поповский, Н.Ю. Василевская, О. Домбровская). Эти методы вспомогательного лечения в их полном объеме еще недостаточно известны специалистам, работающими с детьми-аутистами, и подробное изложение их является актуальным и уместным.

Заканчивая рецензию, хочется отметить несомненный гуманистический посыл книги, не так часто встречающийся в научных публикациях.

Н.В. Зверева

**СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ:
ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ЕВРОПЕЙСКИХ И РОССИЙСКИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ (К ИТОГАМ МЕЖДУНАРОДНЫХ ФОРУМОВ)**

ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» (Москва).

Начало третьего тысячелетия совпало с продолжающимися контактами отечественных и зарубежных специалистов в области психического здоровья детей и подростков. Это касается международных форумов, проводимых ИСАРАР (Всемирная организация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей) и ESCAP (Европейская организация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей) и другими ассоциациями более узких специалистов, изучающих отдельные болезни или проблемы психического здоровья. Практиче-

ски каждый год проходят международные конгрессы этих организаций: в 2012 г. состоялся 20 конгресс ICAPAP в Париже (Франция), в 2013 г. – в Дублине (Ирландия) состоялся 15 конгресс ESCAP, в 2014 г. состоялся 21 конгресс ICAPAP в Дурбане (ЮАР), в 2015 году запланирован 16 конгресс ESCAP в Мадриде (Испания). Кроме того, на международных конгрессах Всемирной, Американской и Европейской психиатрических ассоциаций всегда есть место обсуждению актуальных проблем детской и подростковой психиатрии.

Наши соотечественники редко бывают среди приглашенных лекторов и докладчиков, однако среди участников и организаторов отдельных семинаров и особенно постер-сессий, электронных постер-сессий их немало. Ассоциация детских психиатров и психологов (АДПП) является членом ESCAP. Рассмотрим некоторые основные проблемы, подлежащие обсуждению и заботам специалистов как в странах Евросоюза, так и в России.

Детская психиатрия не во всех странах является самостоятельной врачебной специальностью. К сожалению, это уже много лет является реальностью российской психиатрии. Неоднократно поднимался вопрос, особенно на конгрессах психиатрических ассоциаций, о том общем, что объединяет взрослых и детских психиатров и о той специфике, которая имеется в детской и подростковой психиатрии. Значение клинической работы трудно переоценить, однако XXI век – век междисциплинарного сотрудничества и мультидисциплинарного подхода в науке, поэтому на первый план выступают проблемы сотрудничества разных ведомств, работающих на сохранение психического здоровья детей и подростков (английская аббревиатура САМН – Children and Adolescence Mental Health). Вопросы профилактики являются первоочередными, и в этом отношении очень часто в авангарде оказываются проекты, связанные с социальной и образовательной работой, а не собственно психическим здоровьем. По мнению врачей, представителей ESCAP, должна быть определенная политика, связанная с обеспечением и поддержанием САМН, причем практической целью является снижение дублирования работ специалистов разных ведомств (F. Cuhalaroglu). Сходную позицию отстаивают отечественные специалисты, в том числе на конгрессах АДПП. Важно плодотворное сотрудничество (пример – бригадный метод работы психиатров, неврологов и психологов, реализуемый в Кировской и Волгоградской областях). Для российских психиатров, психологов, педагогов, психотерапевтов также не всегда легко решаемым является вопрос межведомственного сотрудничества (пример – инклюзивное и специальное коррекционное образование, работа в медико-психолого-социальных центрах разного ведомственного подчинения).

В научном контексте эта проблематика связана с большим удельным весом работ, выполненных совместно с биологами (генетиками, нейрофизиологами и т. п.), психологами, специалистами в области лечебной и социальной педагогики, реабилитологии. Часто остается открытым вопрос о вкладе таких работ собственно в сохранение психического здоровья, понимание механизмов болезни и т.д. Существенным является вопрос о финансировании научных исследований в области САМН, а также различных видов психиатрической, психотерапевтической, психологической помощи и поддержки детей и подростков с нарушенным психическим здоровьем.

Большое значение придается сохранению авторитета ведущих мировых специалистов и научных школ в области детской и подростковой психиатрии при решении различных вопросов, относящихся к САМН. С этим связан и вопрос о преемственности в научной и клинической, практической сферах деятельности, подготовке молодых специалистов, престижности врачебной работы психиатра и т.п.

(С. Bursztejn, R. Minderaa, А.А. Северный, Ю.С. Шевченко и др.). С этим перекликается и сложное отношение к ныне действующим классификациям психических расстройств (МКБ-10, DSM-V), которые от случая к случаю подвергаются критике как на конференциях и собраниях, так и на страницах журналов (например, журнал Всемирной Психиатрической Ассоциации). Очевидно, что сохранение национальных руководств по психиатрии, адаптация международных классификационных документов – серьезное и трудоемкое дело. Изменяющаяся реальность – глобализация и динамика политической жизни вносят свои коррективы. На 20 конгрессе ICAPAP в Париже серьезное внимание уделялось так называемой транскультуральной психиатрии, причем основная составляющая данного направления – динамика известных синдромов нарушения психического здоровья под влиянием социальных процессов, прежде всего миграции. В этой связи обсуждались изменения проявлений суицидального поведения, нарушений пищевого поведения у девушек из семей мигрантов, своеобразие страхов и аффективной патологии, личностных расстройств у детей, эмигрировавших вместе с родителями из «горячих точек» в относительно благополучные страны, возникновение случаев элективного мутизма, проблем со школьным обучением в семьях мигрантов (G. Gudman, M.R. Moro, A. Consoli, J.-J. Breton и др.). В нашей стране эта тематика в данном ракурсе пока активно не изучается, исключение – суицидальное поведение, которое оценивается в контексте социальных изменений (С.А. Игумнов, А.Ю. Егоров и др.).

S. Eliez выделяет следующие важные темы академических исследований, главным условием которых является обязательный тщательно проанализированный и отобранный клинический материал: нарушения пищевого поведения, самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, психотерапия и ее возможности, отдельные виды нарушений (РАС, СДВГ и др.) и т. п. Остается существенным и вопрос о дизайне исследования в рамках когортных исследований, изучения возрастной специфики психопатологии.

Для отечественной детской и подростковой психиатрии эта проблематика также остается в центре внимания. Регулярно проводимые АДПП конгрессы под единым названием: «Молодое поколение 21 века: проблемы социально-психологического здоровья» (2000, 2003, 2006, 2009, 2013) поднимают и выносят на обсуждение аналогичные проблемы. Среди них: профилактика психического здоровья; методы и методология работы; новые формы психической патологии (в том числе нехимические зависимости – интернет-зависимость и ее разновидности), вопросы сотрудничества специалистов разных ведомств, работающих на благо здоровья ребенка, соблюдение прав ребенка.

А.М. Щербакова

О II МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ»

12 – 13 ДЕКАБРЯ 2013 ГОДА, МГППУ, МОСКВА

ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» (Москва).

Резюме. В статье описана работа научно-практической Конференции, посвященной проблемам психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Дано представление о содержании основных докладов, приведена резолюция, принятая участниками конференции по итогам ее работы.

Ключевые слова: реабилитация, психологическая реабилитация, лица с огра-

ниченными возможностями здоровья.

II Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» состоялась 12-13 декабря 2013 г. в Московском городском психолого-педагогическом университете по инициативе Научно-практического центра «Ресурсный центр психологической реабилитации» МГППУ.

Целями конференции были заявлены: анализ концептуально-методологических основ разработки моделей, программ и методов психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, включая лиц с инвалидностью; обмен опытом по различным аспектам психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов, в России и за рубежом; формирование профессионального сообщества психологов-реабилитологов.

Организаторами конференции выступили Департамент образования г. Москвы, Московский городской психолого-педагогический университет, Фрайбургский университет (Германия).

В работе конференции приняли участие около 200 специалистов сферы здравоохранения, образования, социальной защиты: организаторы, ученые, практики (медики, психологи, педагоги), а также представители общественных организаций, волонтерских объединений, решающих проблемы комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов. Среди участников - представители Российской Федерации, Германии, Израиля, Италии, Узбекистана.

На конференции были рассмотрены и получили профессиональную оценку следующие вопросы:

- теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации;
- проектирование моделей, программ и технологий психологической реабилитации;
- проблемы межведомственного взаимодействия при реализации моделей реабилитации;
- специфика психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов, различных нозологий;
- проблемы нейрореабилитации;
- психологические аспекты реабилитации средствами образования;
- актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов;
- проблемы подготовки специалистов в области психологической реабилитации.

Участников конференции приветствовал ректор Московского городского психолого-педагогического университета, доктор психологических наук, профессор, академик РАО Виталий Владимирович Рубцов. С сообщением о перспективах сотрудничества Германии и России в научной сфере выступил доктор Грегор Бергхорн, глава представительства Германской службы академических обменов (DAAD) в Российской Федерации.

На пленарных заседаниях прозвучали доклады, посвященные концептуальным основам комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. О методологическом значении выбора антропологической концепции и интерпретации культуры для выстраивания подхода к проблеме качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья говорил доктор философских наук, кандидат медицинских наук Алексей Юрьевич Шеманов, профессор Мос-

ковского городского психолого-педагогического университета. Дмитрий Дмитриевич Панков, заведующий кафедрой педиатрии и школьной медицины факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор, дал свое видение фундаментальных основ реабилитологии, привлекая учение о саногенезе и обосновывая его биосоциальный характер.

Рассуждая о ресурсах психологического здоровья, Александр Александрович Мелик-Пашаев, доктор психологических наук, заведующий лабораторией Психологического института РАО, исходит из того, что «здоровье» и «болезнь» на практике образуют некий континуум, а не живут на разных полюсах, и утверждает, что опыт творчества, в частности – художественного, обладает исцеляющей и профилактической силой.

В докладе *Die Rolle der Psychologen in der Rehabilitation (in Deutschland)* профессор Оскар Миттаг (Oskar Mittag), ведущий научный сотрудник Института менеджмента качества и социальной медицины Университетской клиники Фрайбурга, Германия (Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin Universitätsklinikum Freiburg) рассказал о роли психолога в реабилитации.

Профессор Юрген Бенгель (Jürgen Bengel), зав. кафедрой психологической реабилитации и психотерапии Института психологии Фрайбургского университета (Universität Freiburg, Deutschland) в докладе *Familienorientierte Rehabilitation* раскрыл концепцию реабилитации, ориентированной на семью.

О нерешенных проблемах реабилитации в детской онкологии говорил доктор медицинских наук Григорий Янкелевич Цейтлин, заведующий отделением реабилитации Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева Минздрава России. Анна Михайловна Щербакова, профессор Московского городского психолого-педагогического университета, руководитель научно-практического центра «Ресурсный центр психологической реабилитации» МГППУ раскрыла психолого-педагогические проблемы стационированных детей с психическими заболеваниями в аспекте качества жизни.

Коллеги из Германской Академии Психоанализа (Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse) – профессор Мария Аммон (Ammon Maria), президент Германской Академии Психоанализа (German Academy for Psychoanalysis/DAP), исполнительный секретарь Всемирной ассоциации динамической психиатрии (World Association for Dynamic Psychiatry/WADP) и профессор Илзе Бурбил (Ilse Burbiel) познакомили участников конференции с динамической психиатрией как интегративной психиатрически-психотерапевтической концепцией (Dynamic psychiatry – an integrative psychiatric-psychotherapeutic concept) и обосновали актуальность групповой психотерапии для лечения пациентов с серьезными психическими расстройствами.

Директор социально-оздоровительного центра Самарской области «Преодоление» Жанна Вячеславовна Порохина (Тольятти) рассказала о психологическом сопровождении лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата в процессе учебно-тренировочных сборов.

Эмилия Ивановна Леонгард, доцент Московского государственного технического университета им. Н.Э. Баумана свой доклад посвятила раскрытию путей психологической абилитации и реабилитации лиц с нарушениями слуха.

Опытот Общины святого Эгидия по реабилитации инвалидов средствами искусства поделился Алессандро Салаконе (Университет «Рим 3», Община Святого Эгидия, Италия). Его доклад назывался «От окраины жизни до Венецианской Биеннале».

Георгий Валерьевич Крюков, исполнительный директор Благотворительного фонда «Абсолют-помощь», член Экспертного совета по специальному и инклюзивному образованию Комитета по образованию Государственной Думы РФ выступил с докладом «Непрерывное образование лиц с ОВЗ как необходимое условие их комплексной реабилитации».

Программа Конференции включала работу четырех секций: «Проектирование моделей, программ и технологий психологической реабилитации»; «Проблемы межведомственного взаимодействия при реализации моделей реабилитации»; «Проблемы психолого-педагогической реабилитации в условиях лечебного учреждения» и «Актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья».

Участники конференции смогли прослушать лекции профессора Тель-Авивского университета (School of Psychological Sciences Tel-Aviv University), научного руководителя Психологического исследовательского центра Медицинского центра Шеба, Тель-Ашомер, Израиль (Psychooncology Research Center Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel) Суламифь Крейтлер. Первая лекция была посвящена когнитивной реабилитации на основе теории смыслов. Во второй рассматривались вопросы адаптации и качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.

Также участникам конференции была предоставлена возможность включиться в работу одного из шести мастер-классов. Можно выделить мастер-класс «Синтез эстетических и реабилитационных задач в деятельности интегрированного коллектива» (ведущий Наталья Тимофеевна Попова, руководитель структурного подразделения социально-творческой реабилитации «Круг» центра детского творчества «Строгино», председатель Правления региональной общественной организации социально-творческой реабилитации детей и молодежи с отклонениями в развитии и их семей «Круг»). Большой интерес вызвал мастер-класс «Семейная творческая акция «Семейное гнездо», предложенный Марией Григорьевной Дрезниной, арттерапевтом, старшим научным сотрудником Государственного музея изобразительных искусств им. А.С. Пушкина.

Итогом работы II Международной конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» 12-13 декабря 2014 года стала Резолюция, в которой

Участники конференции

- ✓ констатировали, что на сегодняшний день реабилитология как профессиональная отрасль в России отсутствует, что ставит в крайне сложное положение тысячи наших сограждан, относящихся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов;
- ✓ выразили убежденность в том, что затраченные на создание реабилитологической отрасли усилия и средства должны обязательно окупиться, о чем свидетельствуют исследования и практический опыт;
- ✓ считают очевидным, что включение психологической компоненты в реабилитационную работу с людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, в том числе инвалидов, повышает ее эффективность;
- ✓ признали значение социокультурного подхода в реабилитации, который, реализуясь в реабилитации средствами творческой деятельности, укрепляет субъектную позицию реабилитанта и повышает его реабилитационный потенциал;
- ✓ одобрили и признали успешной апробацию программы профессиональной переподготовки «Клинико-психолого-педагогические основы реабилитации средствами творческой деятельности (театрального искусства)» на базе МГППУ;

✓ указали на необходимость подготовки психологов-реабилитологов на уровне магистрантов в МГППУ.

При этом участники отметили недостаточную проработанность содержательных, организационных и правовых аспектов психологической реабилитации в общей системе реабилитационной работы.

Участники II Международной Конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья», всесторонне обсудив обозначенные выше проблемы, считают необходимым обратиться со следующими предложениями в адрес Департамента здравоохранения, Департамента социальной защиты населения и Департамента образования города Москвы:

1. При осуществлении реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья необходимо выйти на уровень мировой практики, что возможно лишь при условии межведомственного и междисциплинарного сотрудничества с опорой на отечественные достижения в области медицинской, социальной и психологической реабилитации. Для этого необходимо:

✓ изучить возможности эффективного межведомственного взаимодействия органов социальной защиты, здравоохранения, образования для создания рабочей межведомственной группы при МГППУ по разработке комплексных методических рекомендаций по психолого-педагогической и психосоциальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (включая реабилитацию в программах паллиативной помощи детям);

✓ создать информационно-образовательный сайт по психосоциальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья на основе портала МГППУ Ресурсный центр «Психологическая реабилитация»;

✓ поддержать инициативу представителей органов здравоохранения и образования, направленную на создание Координационного общественного Совета между Департаментами здравоохранения, социальной защиты населения и образования для обеспечения конструктивного взаимодействия всех учреждений Москвы, работающих с лицами с ограниченными возможностями здоровья, включая лиц с инвалидностью, (включая детей и подростков), вне зависимости от ведомственной принадлежности.

✓ разработать правовую базу деятельности психологов-реабилитологов, работающих с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья, в том числе инвалидами, в учреждениях различной ведомственной подчиненности.

✓ начать подготовку магистров по направлению «Психолого-педагогическая и психосоциальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья» в Московском городском психолого-педагогическом университете.

✓ приступить к разработке программ подготовки супервизоров реабилитационного процесса, без которых существование и развитие реабилитологической отрасли невозможно. Необходимо иметь в виду, что супервизора-реабилитолога следует готовить на межотраслевой основе, обеспечивающей наличие у него универсальных знаний и навыков из сферы медицины, психологии, социологии, менеджмента, юриспруденции и др., и формировать социально ориентированное профессиональное мышление, подкрепленное соответствующими навыками.

2. Признать, что реализация реабилитационных программ требует создания необходимых условий и, прежде всего, наличия необходимых специалистов, способных оказывать индивидуально ориентированные реабилитационные услуги. Исходя из такой установки, участники обращаются в соответствующие Департаменты города Москвы с просьбой рассмотреть возможность:

✓ включения должностей социального работника и клинического психолога, специализированных в сфере психологической реабилитации, в структуру крупных многопрофильных детских больниц;

✓ увеличения штата психологов, специализированных в сфере реабилитации, в учреждениях, оказывающих реабилитационные услуги лицам, имеющим ограниченные возможности здоровья, в том числе инвалидам. В условиях инклюзии такими учреждениями становятся все образовательные учреждения, таким образом, необходимо остановить процесс сокращения педагогов-психологов, дефектологов, логопедов в этих учреждениях в связи с так называемой оптимизацией.

✓ остановить разрушение специализированных ДОУ. Признать недопустимым увеличение (из-за требований подушевого финансирования) наполняемости дошкольных групп, которые посещают дети с ограниченными возможностями здоровья, до 25-30 человек.

✓ включить здоровых сиблингов из семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, в финансируемые бюджетом программы комплексной реабилитации.

Материалы конференции доступны на сайте Ресурсного центра психологической реабилитации МГППУ www.psy-rehab.ru.

A.M. Shcherbakova

ABOUT INTERNATIONAL RESEARCH AND PRACTICE CONFERENCE

«ISSUES OF PEOPLE WITH HEALTH DISABILITIES

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION» DECEMBER 12-13th, 2014

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article describes the work of the international scientific-practical conference dedicated to the problems of psychological rehabilitation of persons with disabilities. The author gives an idea about the content of the main reports. The article includes text of the resolution adopted by the conference participants.

Key words: rehabilitation, psychological rehabilitation, people with health disabilities.

**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

Материалы для публикации в журнале «**ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**» направляются с **адресными реквизитами автора** (для последующей высылки ему экземпляра журнала с публикацией) - электронной почтой **вложенным файлом в формате Word.rtf** на адрес: **<acpp@inbox.ru>** либо **acpprf@gmail.com**.

Подписано в печать 17.11.2014 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.
www.onebook.ru