

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2014 (14), № 3

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

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

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2014

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

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

Бардадымов В.А. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНТЕГРАТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	9
Васильева Л.П., Котова В.С., Васильева Е.А. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА В УЧРЕЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	11
Горбунова Е.В., Свистунова Е.В. ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА ПО РАЗВИТИЮ ТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	12
Гордеева И.В., ² Ретюнский К.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ СИНДРОМОВ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	14
Гуринович Д.И., Давидович А.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕСТА И ЗНАЧЕНИЯ СЮЖЕТНО- РОЛЕВОЙ ИГРЫ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	16
Давидович А.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ОБУЧЕНИЯ РЕБЕНКА ШКОЛЬНЫМ НАВЫКАМ	17
Дренева В.В. О ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	19
Дробышева Т.В., Войтенко М.Ю., Микиева И.Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОСКОВСКИХ ДОШКОЛЬНИКОВ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА	21
Ковалев А.И. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПЕРСПЕКТИВЫ В РОССИИ. ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА	22
Кожалиева Ч.Б. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ПРОБЛЕМЫ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО И МЕТОДИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ	24
Кокоренко В. Л. ВОСПИТАТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО С ПОТЕНЦИАЛОМ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	25
Крылова И.В. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-	

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ Кучмаева О.В.	27
ЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (МНЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ) Маргошина И.Ю.	28
ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ПОЛА Марусанова Г.И., Марусанова С.Г.	30
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ УЧАЩИХСЯ Милованова Н.В., Баз Л.Л.	32
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «ПРОФМАСТЕР» В КОЛЛЕДЖЕ С КОРРЕКЦИОННО- РАЗВИВАЮЩИМ ОБУЧЕНИЕМ Нифонтова А.В., Воликова С.В.	33
ШКОЛЬНЫЙ БУЛЛИНГ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИЗАДАПТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ Орлова Е.В.	34
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПЕДАГОГА И ОЦЕНКА ШКОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ УЧАЩИМИСЯ НАЧАЛЬНОГО ЗВЕНА ШКОЛЫ VI ВИДА Печора К.Л.	36
ПРЕОДОЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕГРАД У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНО-ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Решенок Д.Н.	37
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ Романова Ф.А.	39
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ Тельнюк И.В., Худик В.А.	41
ОПЫТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ГРУППЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ Холодкова О.Г.	42
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БЕЗОТМЕТОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ, ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОМУ ИСКУССТВУ И МУЗЫКЕ Яковлева Ю.А.	44
ОТНОШЕНИЕ ПЕДАГОГОВ К ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, СТРАДАЮЩИМ ЭПИЛЕПСИЕЙ Якубова Л.Н., Матышына В. А., Ланда Л.А., Горчакова В.А.	46
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА (ОТ УЧЕБЫ В ШКОЛЕ К УЧЕБЕ В ВУЗЕ) Абросимов И. Н.	47
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ, СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В.	48
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Антропов Ю.Ф., Миленин В.В.	50

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОБЩЕМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСОБИИ	52
Аркуша Л.М.	
РАБОТА ДЕФЕКТОЛОГА ПО СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	54
Батышева Т.Т., Аркуша Л.М., Антропова И.М., Чебаненко Н.В.	
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИППОТЕРАПИИ	55
Бенько Л.А.	
СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ	57
Буланова Э.В.	
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП КОРРЕКЦИИ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	59
Буслаева А.С.	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	60
Великанова Л.П., Каньязова Р.Р.	
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ О ЗАБОЛЕВАНИИ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	61
Горюнова А.В., Горюнов А.В.	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕФАЛГИИ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ И ПРИ РЯДЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	63
Григорович М.С., Мамаева М.А.	
ОСОБЕННОСТИ ИНТРАПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА И ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ИСХОДЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	65
Злоказова М.В., Маринчева Л.П.	
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ДНЕВНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ	67
Калинина М.А., Баз Л.Л.	
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	68
Колпакова Л.М.	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ И НАРУШЕННОЙ АДАПТИВНОСТИ	70
Кравченко Н.Е., Головина А.Г., Суетина О.А.	
К ПРОБЛЕМЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ	71
Мезенцева О.А., Польская А.В.	
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЦП В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	73
Молодцова И.А., Сливина Л.П.	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ	74

Подгорнова С.Ю., Чебаненко Н.В. РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	76
Раднаева С.Ц. ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВ И ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НЕФРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	77
Садовски М.В., Алферова Е.А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕНСОМОТОРНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	78
Серавкина М.С., Свистунова Е.В. ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И ЗНАЧИМЫМ ЛЮДЯМ ДОШКОЛЬНИКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	79
Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Ходакова Ю.А. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ХОДЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	81
Худякова Ю.Ю. ЧУВСТВО ВИНЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СКРЫТОЙ АГРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	83
Ялтонский В.М., Самарина М.А. ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОГО УРОВНЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (I ТИПА)	84
Азатян К.А., Саарян О.Т., Саакян С.В. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ АСИММЕТРИЧНОГО ВЗАИМОРАСПОЛОЖЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗА МАТЕРИ НА ПОСЛЕДСТВИЯ КОНФИГУРАЦИИ ГОЛОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО	86
Боднарь Е.В. К ВОПРОСУ О СУБЪЕКТИВНОМ ВОСПРИЯТИИ БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ СВОЕГО БУДУЩЕГО РЕБЕНКА	87
Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю. ЕСТЬ ЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ЖИЗНИ НЕРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА?	89
Дерябина О.М., Портнова А.А., Малкин Д.А. ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ ЖЕНЩИН К БЕРЕМЕННОСТИ И НОВОРОЖДЕННОМУ	91
Земзюлина И.Н., Дремина Т.Ф. ПРИНЯТИЕ МАТЕРИНСКОЙ РОЛИ И ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИНЫ	92
Крысько А.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ВОСПРИЯТИЯ МАТЕРИНСТВА И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ У ДЕВУШЕК СТАРШЕГО ОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	93
Луговых Н.А., Малинина Е.В. БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ	94
Маленова А.Ю. ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР ОТНОШЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ К СОБСТВЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	96
Мельников И.П. МЕЖПОКОЛЕННАЯ ТРАНСЛЯЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ	

ОТНОШЕНИЙ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ Метельская Ю.С.	98
ПРОРАБОТКА СЕПАРАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ В АНАЛИТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ Прохоров В.Н.	100
ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Прохорова О.В.	101
ПРОБЛЕМЫ И ОШИБКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ Редих Н.И., Трубецкая Т.Е.	103
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЮНЫМ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА Смирнов А.Г.	104
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЕЕ ПРОТЕКАНИЯ Филиппова Г.Г.	106
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ФАКТОРЫ РИСКА В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА Чеботарёва И.С.	108
ОПЫТ РАБОТЫ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОК С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ МЕТОДОМ ГЕНОГРАММЫ Шкуротенко О.С.	110
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ФАЗЫ ПЕРВИЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ МАТЕРИ Голубева Н.И.	112
ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Горюнов А.В., Лобачева М.В.	113
К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧНОСТИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ Емельянцева Т.А., Игумнов С.А.	114
СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ Иванов М.В.	115
НОЗОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Козловская Г.В.	116
ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В НАРУШЕНИЯХ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ Комлач И.Л.	118
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ, ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ФОРМ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ Кремнева Л.Ф.	120
РОЛЬ ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРИ В РАННЕМ ПСИХИЧЕСКОМ ДИЗОНТОГЕНЕЗЕ	121

Марголина И.А. ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКЕ	122
Никишина В.Б. КРИТЕРИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	124
Никольская И.М., Цыганкова Н.И. ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ СИМПТОМОВ НЕВНИМАТЕЛЬНОСТИ И ИМПУЛЬСИВНОСТИ В СНИЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ НАПРЯЖЕННОСТИ ДЕТЕЙ	125
Петренко Т.С., Ретюнский, К.Ю., Кубланов В.С. МЕТОД СИМПАТОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ	127
Платонова Н.В. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ ПРИ ПЕРМАНЕНТНОМ СЕКСУАЛЬНОМ НАСИЛИИ	129
Проселкова М.О. ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ДЕПРИВАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	131
Сахаров Е.А. ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИЗАДАПТИВНОГО ВАРИАНТА ВОЗРАСТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КРИЗИСА 1 ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНКА С ПОЗИЦИИ КОНЦЕПЦИИ НЕРАВНОВЕСНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	133
Соловьева Е.В. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ЗАЧАТЫХ СПОНТАННО И ПРИ ПОМОЩИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	134
Чубарова С.А. Козловская Г.В. ОН И ОНА, А НЕ ПРОСТО ДЕТИ: ОПЫТ РАЗДЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ	136
Шевченко Ю.С., Шевченко М.Ю. МНОГОУРОВНЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)	137
Шимонова Г.Н. ¹ , Калинина М.А. ¹ , Горюнова А.В. ² ЭНДОГЕННЫЕ И ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ШИЗОФРЕНИИ И У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	139
Ясюкова Л.А. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СДВГ	140
Авдулова Т.П. РОДИТЕЛЬСКИЙ МАКИАВЕЛЛИЗМ И СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА	142
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	144

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

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

**МАТЕРИАЛЫ
V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»****Бардадымов В.А.****АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ
РЕАЛИЗАЦИИ ИНТЕГРАТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Центр образования №1311 «ТХИЯ» (Москва).**

На сегодняшний день в России декларируется право на равное обучение всех детей [1], что в целом соответствует нормативным и гуманистическим требованиям современного общества. Однако, как со многими социальными процессами с современным инклюзивным образованием происходит стандартная схема маятника, когда долгое время дети с ограниченными потребностями просто физически не имели возможности быть видимыми для людей вокруг, а теперь мы получаем ситуацию, когда само право на обучение ребенка с особыми потребностями постулируется, но реального механизма работы пока не установлено.

Можно выделить 4 формы интегративного образования: комбинированное; частичное; временное; полное [2]. Все они различаются степенью включенности ребенка в процесс общего образования и структурой работы, а соответственно должны отвечать не только целям родителей (получение ли полного варианта общего образования, социализация ли, адаптация ли, получение ли конкретных навыков), но и должны соответствовать уровню и специфике нарушений. Однако уже на данном этапе мы сталкиваемся с несколькими трудностями: трудность номер один заключается в отсутствии подзаконных актов, отвечающих данным вариантам интегративного обучения. Казалось бы вещь незначительная для практической реализации гуманистических идей. Однако, несмотря на все принятые акты [3], у родителей остается вопрос о статусе их ребенка, о том, что это значит и как это может на нем отразиться.

Следующий уровень сложности опять же связан с современной ситуацией в образовании: с одной стороны, отсутствие подготовленности педагогов к работе с детьми с ОВЗ очень часто провоцирует «неудачные эксперименты» с жизнью ребенка. Но эта лишь проблема времени, за которое можно будет не только обучить педагогов основам грамотной работы с детьми с различными расстройствами, но и постепенно изменить психологическую готовность педагогов. Другая сторона реальности доказывает, что далеко не каждая школа имеет возможность открыть достаточное количество ставок для разного рода специалистов (психологов, дефектологов, логопедов), которые в целом отвечают за комбинированное и частичное интегрирование ребенка.

Третья проблема, опять же связанная со становлением новой системы образования, – отсутствие адекватной и рабочей системы междисциплинарного взаимодействия медицины и образования. Этой проблеме посвящаются конференции по выработке системы взаимодействия двух департаментов. Однако проблема усложняется не только этим, но и тем, что современная система приема детей в образовательные учреждения не предполагает предварительного знакомства с ре-

бенком, что лишает возможности сформировать класс с учетом оптимального соотношения детей с ОВЗ и детей без нарушений.

Мы стоим на том, что отсутствие диагностического этапа поступления ребенка в школу затрудняет функционирование всей системы интеграции ребенка в ОУ, так как не только приводит к дисбалансу числа учеников с ОВЗ и без, но и к отсутствию понимания структуры дефекта, что, как следствие, не позволяет разработать индивидуальный план работы с ребенком. Ло 80% детей, нуждающихся не только в специальной медицинской помощи, но и в специальном подходе в обучении, не имеют точного диагноза, что делает невозможным формирование подходящих для них условий в образовании [4].

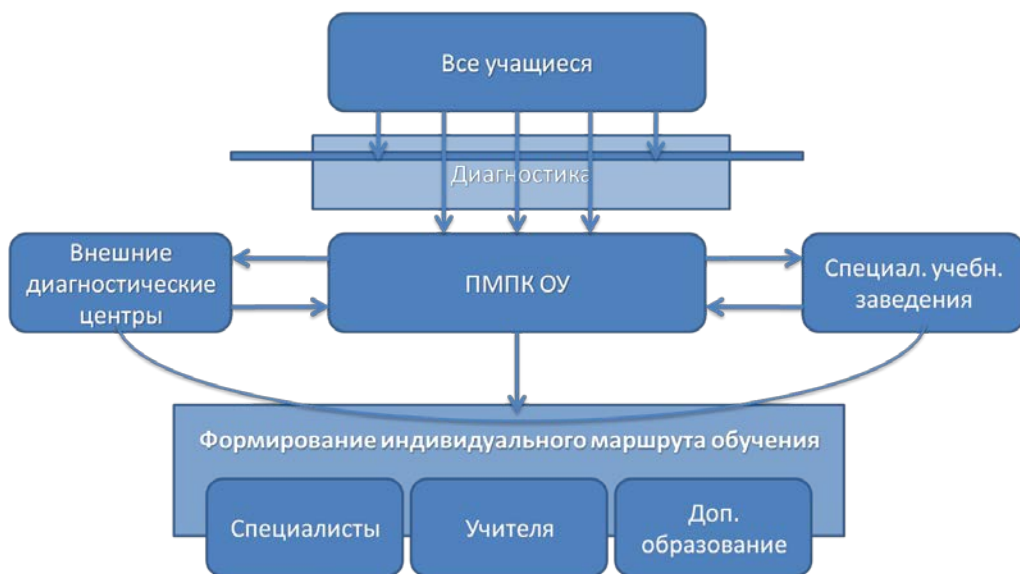


Рис. 1. Схема включения ребенка с ОВЗ в процесс общего образования.

Последняя, но не менее важная опасность интегративного и инклюзивного образования – это концентрация внимания специалистов и служб сопровождения на работе исключительно с контингентом детей с ОВЗ. Подобную ситуацию можно охарактеризовать как потерю одной из важнейших целей интегративного образования – социализации. Отсутствие программ налаживания взаимодействия в классе, работы со стереотипами о детях-инвалидах (в том числе у родителей здоровых детей) запускает стихийный процесс социализации детей, результат которого может быть самым непредсказуемым.

Перечень проблемных зон, связанных с реализацией интегративного обучения, можно продолжать до бесконечности. Однако, на наш взгляд, все эти проблемы могут быть решены, если мы ставим перед собой следующие задачи:

1. Создание не только материальных условий для интегративного обучения (работа с родителями, здоровыми детьми, обучение педагогов).
2. Создание протоколов работы с детьми различной нозологии, что поможет ретранслировать опыт и контролировать его выполнение.
3. Коррекция подзаконных актов и разработка схемы взаимодействия организаций для проведения диагностики поступающих в школу детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», 2012.

2. Екжанова Е.А., Резникова Е.В. Особенности интегративного обучения: пособие для вузов – М.: Дрофа, 2008. – 286 с.
3. Закон г. Москвы от 28.04.2010 N 16 "Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве".
4. Рубцов В.В., Панков Д.Д. Состояние здоровья школьников и проблемы междисциплинарного сотрудничества // IV гор. межведомственная науч-практ. конф. «Актуальные медицинские, психологические и социальные проблемы детско-юношеской среды». - М., 2013.

Васильева Л.П., Котова В.С., Васильева Е.А.
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ
УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА В УЧРЕЖДЕНИИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета (Беларусь).

Цель исследования состояла в изучении особенностей психофизиологической и социально-психологической адаптации учащихся с нарушениями слуха в процессе их профессионального обучения. **Объектом исследования** явились учащиеся с нарушениями слуха в возрасте от 17 до 21 г. (57 человек), обучающиеся в Центре социальной и профессиональной реабилитации для лиц с особенностями психофизического развития, в том числе инвалидов, по специальности “Эксплуатация ЭВМ” с присвоением квалификации “Оператор ЭВМ”. Их здоровые сверстники, также учащиеся колледжа (60 человек), составили контрольную группу. Данный центр функционирует как структурное подразделение на базе Минского государственного профессионально-технического колледжа электроники. Следует отметить, что все слабослышащие учащиеся прошли профотбор на обучение указанной профессии по результатам медико-профессионального обследования. В работе использовались следующие **методы исследования**: анкетирование, беседа, анализ документации, психофизиологическая и психологическая диагностика, статистический анализ (расчет t-критерия Стьюдента). Диагностика уровня психологической и физиологической дизадаптации учащихся проводилась с помощью “опросников для оценки социально-психологической, психофизиологической дизадаптации” и ее признаков (ухудшение самочувствия: эмоциональные сдвиги, особенности отдельных психических процессов, снижение общей активности, ощущение усталости; соматовегетативные нарушения; нарушение цикла “сон-бодрствование”; особенности социального взаимодействия; снижение мотивации к деятельности, нарушение в системах “Я-семья”, “Я-учеба” [1]. Оценка функционального состояния ЦНС проводилась по методу Т.Д. Лоскутовой (1978).

Результаты исследования показали, что проявления дизадаптации были более выраженными у учащихся с нарушениями слуха: интегральный показатель психофизиологической дизадаптации у слабослышащих учащихся был выше ($36,65 \pm 1,82$ балла, умеренный уровень), чем у их здоровых сверстников ($31,33 \pm 2,0$), что соответствует низкому уровню ($p < 0,005$).

Сопоставление по отдельным признакам дизадаптации показало, что слабослышащие учащиеся, имели также более высокие показатели дизадаптации по признаку “особенности социального взаимодействия” ($4,96 \pm 0,40$ и $3,52 \pm 0,29$ балла), ($p < 0,01$). Это подтверждается возникающими у слабослышащих трудностями при взаимодействии в социуме. Статистически более выраженными у слабослы-

шащих учащихся были также “эмоциональные сдвиги” и “ощущение усталости” ($p < 0,05$). Вероятно, это является следствием психической напряженности и быстрой утомляемости, что подтверждают выявленные нами ранее сниженные критерийные показатели функционального состояния ЦНС у слабослышащих учащихся. Так, критерий ФУС (функциональный уровень системы) составлял $3,5 \pm 0,31$ у слабослышащих и $4,2 \pm 0,19$ у здоровых; УР (устойчивость реакций) $0,8 \pm 0,17$ и $1,5 \pm 0,18$, соответственно; УФВ (уровень функциональных возможностей) - $2,0 \pm 0,26$ у слабослышащих и $2,7 \pm 0,31$ в контрольной группе. Интегральный показатель уровня социально-психологической адаптации учащихся с нарушениями слуха был также достоверно ниже, чем в контрольной группе: $8,63 \pm 0,51$ у слабослышащих (удовлетворительный уровень) и $10,20 \pm 0,61$ (высокий уровень) у здоровых учащихся ($p < 0,05$). Тенденции к дизадаптации в большей степени были выражены у слабослышащих школьников, чем у здоровых по шкалам “Я-Семья” и “Я-учеба”.

Своевременное выявление признаков психофизиологической и социально-психологической дизадаптации у учащихся с нарушениями слуха в процессе профессионального обучения позволяет выработать и реализовать комплекс мер по их профилактике и коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практикум по психологии профессиональной деятельности: Учебное пособие / Под. ред. Т.С. Никифорова, А.М. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб: Изд. С.Петербургского института, 2000. – 304 с.).

Горбунова Е.В., Свистунова Е.В.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА ПО РАЗВИТИЮ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

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

Главной задачей современного дошкольного образования является сохранение психического и физического здоровья детей. Поэтому психологи во всем мире особое внимание уделяют разработке новых психопрофилактических программ по развитию стрессоустойчивости у детей. Эти программы часто бывают ориентированы не только на нормативно развивающихся детей, но и на детей с нарушениями в развитии. Ребенку с ограниченными возможностями здоровья особенно трудно справиться со стрессовой ситуацией в связи с его чрезвычайно высокой чувствительностью к патогенным факторам. Поэтому дети с нарушениями в развитии особенно нуждаются в ранней, специально организованной психологической коррекции. Многие негативные эмоциональные реакции и личностные особенности, детерминирующие поведение ребенка детский психолог может зафиксировать в дошкольном возрасте, своевременно и легко их устранить с помощью специфических видов деятельности, например, с помощью игровой коррекции и терапии, сказкотерапии, изотерапии и т. д.

Нами была разработана и апробирована программа по формированию стрессоустойчивости у детей 6-7 лет. Основные цели программы:

- Коррекция негативных эмоциональных состояний и личностных особенностей; развитие эмоциональной устойчивости;

- Развитие и гармонизация эмоциональной сферы;
- Формирование стрессоустойчивого поведения и социальных навыков для сознательного и эффективного преодоления трудных жизненных ситуаций у детей.

В структуру программы входят три основных блока: эмоционально-регулятивный, личностный и социально-адаптивный. Каждое занятие включает следующие смысловые блоки: ритуал приветствия, разминка, рефлексия прошлого занятия, работа по теме, заключительный этап в «кругу доверия», ритуал прощания.

Программа рассчитана на 5 месяцев работы. Из них 3 месяца посвящаются проведению психологических коррекционно-развивающих занятий с детьми. Частота проведения – 1 раз в неделю. Кроме этих занятий в программу включается направление по психологическому сопровождению родителей и воспитателей. Для решения этой задачи разработан специальный информационный блок, включающий тематические семинары, упражнения и рекомендации для родителей и воспитателей.

Главный принцип программы - *принцип активного преодоления* - подразумевает, что дети могут научиться сознательному совладанию со стрессом. Таким образом, участвуя в программе, дети научатся следующим основным конструктивным копинг-стратегиям:

- активному достижению цели своими силами;
- адекватному обращению за помощью к ровесникам и взрослым;
- тщательному обдумыванию проблемы и путей её развития или разрешения, переосмыслению проблемной ситуации.

Особенностью программы является подход, при котором дети обучаются эффективным способам совладания с проблемными ситуациями и правильному реагированию аффекта. Копинг-стратегии прорабатываются на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и социально-коммуникативном. Такой подход помогает детям лучше понять свои чувства, адекватно совладать с эмоциями и постепенно вывести внутренние переживания во внешнюю, социально приемлемую и сознательную форму поведения.

Апробация программы проводилась на базах дошкольных образовательных учреждений: ГБОУ Центр развития ребенка детский сад № 867 и ГБОУ детский сад № 655. В программе приняли участие 60 детей старшего дошкольного возраста (6-7 лет). Параллельно с коррекционно-развивающими занятиями проводилась работа по психолого-педагогическому сопровождению родителей (60 человек) и воспитателей (12 человек). Всего в программе приняли участие 132 человека.

Констатирующий эксперимент, проведенный до и после программы, показал, что у большинства детей группы на статистически значимом уровне (при $p \geq 0,05$) отмечена положительная динамика: снизился уровень негативных эмоциональных реакций и дизадаптивных поведенческих тенденций, увеличилось число конструктивных копинг-стратегий, повысился уровень социальной компетенции, повысилась познавательная мотивация, улучшились академические способности.

Таким образом, своевременная коррекция негативных эмоциональных состояний, целенаправленное обучение дошкольников навыкам адаптивного поведения являются эффективным направлением деятельности педагога-психолога по психологической профилактике нервных расстройств и поведенческих нарушений у детей. Разработка и внедрение в практику программ по профилактике эмоциональных и поведенческих нарушений и развитию стрессоустойчивого поведения

является весьма актуальным направлением совершенствования дошкольного образования.

¹Гордеева И.В., ²Ретюнский К.Ю.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ
СИНДРОМОВ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

¹Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,
²Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург).

Актуальность проблемы. К одной из актуальных междисциплинарных проблем относится школьная дизадаптация (ШД) у детей с умственной отсталостью. Согласно данным по Свердловской области, в структуре основных нозологических групп психической патологии детской инвалидности в 2008-2012 гг. умственная отсталость занимает лидирующее положение, составляя 56,7-58,9%. При этом на легкую умственную отсталость (ЛУО) приходится 76%. ЛУО приводит к стойкому нарушению психосоциального функционирования, уже в подростковом возрасте проявляясь делинквентным и криминогенным поведением. Серьезно страдает и качество трудовых ресурсов.

Интеграция умственно отсталых лиц в общество возможна лишь при достаточной степени их социально-психической адаптации, механизмы которой формируются и реализуются на уровне целостной личности в процессе онтогенеза и социализации. К сожалению, системный (интегративный) подход к реабилитации детей с ЛУО разработан недостаточно. Отсутствуют и единые комплексные программы реабилитации детей с данной патологией.

Цель настоящего исследования заключалась в разработке и внедрении принципов комплексного подхода к диагностике и реабилитации детей с ЛУО и ШД в зависимости от типа и степени выраженности клинко-психопатологических расстройств.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» в Центре психического здоровья детей. Комплексному клинко-параклиническому исследованию были подвергнуты 127 детей 8-11 лет, обратившихся на консультативный прием либо проходивших лечение в стационарных отделениях Центра психического здоровья в связи с ЛУО в сочетании с непсихотическими расстройствами. Длительность наблюдения составляла от 1 года до 4 лет. К критериям включения были отнесены клинические признаки ЛУО в сочетании с дизадаптирующими синдромами в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 (F70); интеллектуальный показатель по тесту Векслера 60-80 баллов. Критерии исключения: расстройства интеллектуально-мнестической сферы при выраженных органических поражениях головного мозга, ранней эпилепсии, детской шизофрении и аутизме, при педагогической запущенности, психическом инфантилизме; умеренная умственная отсталость; возраст младше 8 и старше 11 лет.

Клинический метод являлся основным. Оценка психического статуса осуществлялась на основании диагностических указаний МКБ-10 и отечественной классификации. Полипрофессиональная диагностика и коррекция нарушений психофизического развития детей с ЛУО подразумевала участие врачей, психологов, логопедов и дефектологов, социальных педагогов.

Результаты исследования. В результате комплексного обследования 127 детей с ЛУО в сочетании с осложняющими непсихотическими расстройствами выделены синдромы, обуславливающие ШД: церебрастенический, аффективной неустойчивости, психопатоподобный, неврозоподобный. При анализе инвалидности были установлены следующие закономерности. Наибольший удельный вес среди синдромов ШД в структуре ЛУО составил контингент детей, выявляющих церебрастенический синдром – 42 ребенка (33,0%). ЛУО в сочетании с неврозоподобными расстройствами определялась в 37 случаях (29,1%). Синдром аффективной неустойчивости при ЛУО установлен в 31 случае (24,4%). ЛУО в сочетании с психопатоподобным синдромом выявлена в 17 случаях (13,4%).

На основании полученных данных разработан алгоритм диагностики умственной отсталости у детей, позволяющий получить адекватное представление о состоянии ребенка, правильно оценить структуру дефекта, выявить потенциальные возможности и предложить систему реабилитационных мероприятий, служащих адаптации в обществе.

Реабилитационные мероприятия у детей с ЛУО проводились поэтапно: от ранней комплексной многоосевой диагностики и комплексного лечебно-реабилитационного процесса «у истоков» до определения течения осложняющих синдромов с оценкой динамики и выраженности основных синдромов, ограничивающих жизнедеятельность ребенка, с последующей коррекцией терапии в зависимости от многослойности симптоматики. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) ребенка включает три аспекта: медико-биологический, психологический и социальный. Так, одновременно используются этиотропная, нейрометаболическая, психотропная, симптоматическая и общеукрепляющая терапия. Психологический аспект реабилитации включает коррекцию психологического контакта; коррекцию эмоционально-волевой и мотивационной сферы; формирование социальных установок и культуральных навыков; создание жизненного стереотипа (семья, микросоциальное окружение); дестигматизация болезни, инвалидности. Социальный аспект реабилитации рассматривает определение вида, режима, формы обучения и воспитания на основании заключений и рекомендаций ПМПК и КЭК; логопедическую коррекцию; коррекцию социально-средовой ситуации, направленной на улучшение системы социально-психологических отношений к ребенку-инвалиду в среде, где проходит его деятельность.

Заключение. Оптимальная оценка синдромов ШД у детей с ЛУО на современном этапе осуществляется многопрофильной бригадой с участием детского психиатра, психолога, дефектолога, логопеда, социального педагога и других специалистов. Методической основой их взаимодействия при решении вопросов комплексной диагностики служит клинико-функциональный диагноз с рекомендациями индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом ведущего синдрома ШД.

Гуринович Д.И., Давидович А.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕСТА И ЗНАЧЕНИЯ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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

В XX веке положение о том, что игра выступает незаменимым условием психического развития ребенка, стало своего рода аксиомой отечественной психологии. Однако, сегодня в практике дошкольного образования этот факт игнорируется. Все больше исследований [1, 2] отражают тенденцию ухода традиционной игры из жизни современного ребенка-дошкольника. Сюжетно-ролевая игра начинает замещаться, с одной стороны, учебной деятельностью, с другой, компьютерными играми. Примером тому служат столь популярные сегодня школы раннего развития и обучения, а также программы дошкольного образования, где развитие ребенка понимается, в первую очередь, как накопление школьных навыков счета, письма, чтения, а игра, дидактическая, - как форма *учебных* занятий. В связи с этим неудивительно, что складывается парадоксальная ситуация: при всей интенсивности подготовки детей дошкольного возраста к учебной деятельности, проблемы школьной неуспеваемости, трудностей учения ребенка в школе с каждым годом стоят все более остро. Названная ситуация побуждает к построению эмпирического исследования, демонстрирующего реальность смещения игры с позиции ведущего вида деятельности в дошкольном возрасте и негативные последствия этой тенденции.

На базе одного из детских садов г. Минска нами было проведено исследование (май 2012 г., февраль–май 2013 г.) по изучению современной игровой деятельности ребенка старшего дошкольного возраста. Результаты многократного наблюдения за свободной активностью детей в группе детского сада и беседы по выявлению игровых предпочтений позволяют утверждать, что сюжетно-ролевая игра смещается с позиции ведущего вида деятельности в дошкольном возрасте:

1. Большая часть дошкольников не проявляет интереса к сюжетно-ролевым играм.

2. Сюжеты игры ребенка основываются, в первую очередь, на мультфильмах и компьютерных играх. Игры, отражающие социальную жизнь взрослого, самостоятельно детьми не организовываются. Как следствие, у ребенка не формируются представления о значимой социальной деятельности взрослого.

3. Ребенок не умеет самостоятельно развивать сюжет игры: действия логически не связаны, однотипны. Во многом это обусловлено тем, что ребенок не умеет взаимодействовать с партнерами по игре, в частности, прояснять им свои действия, учитывать желания другого и т. п. Также причиной, по всей видимости, является ограниченность опыта ребенка, расширение представлений о мире не через непосредственное взаимодействие со взрослыми, а через компьютер и телевизор.

4. Значение сюжетно-ролевой игры обесценивается за счет упрощенного понимания воспитателями и родителями психологической готовности к школьному обучению (как накопление учебных навыков счета, письма, чтения), а также в связи с чрезмерным ростом популярности среди дошкольников компьютерных игр (90 % дошкольников исследуемой группы среди любимых игр отмечают компьютерные).

5. Игра большинства детей к концу дошкольного возраста не достигает наивысшего развития. Уровень игры 77% дошкольников в возрасте 6 лет соответствует игре трех-пятилетнего ребенка (1-3 уровень игры по Д.Б. Эльконину). Полученные показатели практически совпадают с результатами российского исследования Е.О. Смирновой, О.В. Гударевой [1], согласно которому высший уровень развития игры у детей старшего дошкольного возраста наблюдается только в 18,2% случаев.

Уровень развития игры каждого ребенка был сопоставлен нами с показателями мотивационной готовности к школьному обучению (беседа по выявлению внутренней позиции школьника Н.И. Гуткиной). Внутренняя позиция школьника сформирована только в том случае, если игровая деятельность ребенка достигает своего наивысшего развития – 4 уровня (23% дошкольников исследуемой группы). При 1-2-м (54% дошкольников), 3-м (23%) уровнях игры внутренняя позиция школьника как целостное образование не сформирована. Следовательно, большая часть детей (77%) приходит в первый класс, не обладая мотивационной готовностью к школьному обучению, что эмпирически доказывает негативный характер смещения игры с позиции ведущего вида деятельности в дошкольном возрасте.

В связи с этим возникает вопрос: каким образом можно развивать полноценную игровую деятельность дошкольника в современных социокультурных реалиях. Нами был организован формирующий эксперимент. Создавались условия для активизации и развития игровой деятельности детей старшего дошкольного возраста, уровень игры которых относится к первому и второму. На протяжении двух месяцев 2 раза в неделю экспериментатор организовывал с детьми из экспериментальной группы сюжетно-ролевые игры. Установлено, что внешняя организация сюжетно-ролевой игры значительно способствует развитию игры как ведущего вида деятельности у ребенка-дошкольника. Однако работа должна вестись систематически на протяжении длительного периода времени: двух месяцев не достаточно для того, чтобы игра ребенка старшего дошкольного возраста достигла своего наивысшего развития, если для ребенка характерен 1-2 уровень игры (норма для ребенка 3-4 лет).

Таким образом, результаты исследования указывают на необходимость построения системы дошкольного образования с акцентом на игру как ведущий вид деятельности. Существенно важно, чтобы родители и педагоги понимали значение сюжетно-ролевой игры для формирования психологической готовности ребенка к школьному обучению, а также осознавали, что данное новообразование дошкольного возраста не сводится к накоплению учебных навыков и представляет собой комплекс составляющих, среди которых мотивационная готовность играет ведущую роль.

Давидович А.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

РАННЕГО ОБУЧЕНИЯ РЕБЕНКА ШКОЛЬНЫМ НАВЫКАМ

Белорусский Государственный Педагогический Университет им. М. Танка (Беларусь).

Год от года растет популярность и количество школ раннего обучения и развития. Обучать детей преддошкольного и младшего дошкольного возраста предлагают чаще всего навыкам чтения и счета. Исследование, осуществленное в 2012-2013 гг. в г. Минске продемонстрировало, что 80% детей младшего до-

школьного возраста посещают такого рода образовательные учреждения. Ориентация современной системы образования на получение «полезного члена общества» как конечного продукта образовательных усилий приводит к сокращению времени детства, интенсификации дошкольного образования, утрате ценности сюжетно-ролевой игры как ведущего вида деятельности, задающего дошкольному развитию проблемно-поисковый, творческий характер, к закреплению образа нормально-развивающегося ребенка как ребенка читающего, считающего и т. д. Данный феномен объективизирует себя в тех требованиях, которые предъявляются к ребенку на этапе старшего дошкольного возраста, в критериях, по которым оценивается его готовность к школьному обучению.

Родители детей, оказываясь отчасти заложниками ситуации, вынуждены начинать обучать ребенка чтению, письму, счету в преддошкольном и раннем дошкольном возрасте для того, чтобы он соответствовал представлениям педагога, психолога о нормальном развитии. С другой стороны, организация интеллектуально-развивающего досуга ребенка существенно минимизирует возможности совместной деятельности самого родителя и ребенка. Родители редко играют с детьми в сюжетно-ролевые игры, в 70% случаев это игры по правилам, преимущественно дидактические.

Проведенное в мае 2012 г. эмпирическое исследование на базе одного из детских садов г. Минска продемонстрировало, что большинство (75%) детей старшего дошкольного возраста не обладают необходимым уровнем сформированности мотивационной готовности к школьному обучению. Для игры современных дошкольников характерны особенности, не свойственные игре как ведущему виду деятельности в дошкольном возрасте: бедность сюжета, сведение игры к повторению однотипных действий, отсутствие взаимодействия, отражающего реальные отношения между людьми, малое количество предметов-заместителей, правил игры, неразвитость воображаемой ситуации и пр.

Обратимся еще к одному аспекту проблемы, связанному с нейропсихологическим уровнем анализа ситуации раннего обучения ребенка. С нейропсихологической точки зрения, *сенситивность означает достижение теми или иными мозговыми центрами того уровня зрелости, при котором резко возрастает их чувствительность к соответствующим воздействиям среды* [1]. При наличии адекватных раздражений этих центров ускоряются темпы достижений ими функциональной зрелости, что, в свою очередь, приводит к активному формированию тех звеньев психических функций, которые обеспечиваются этими центрами.

Обучение ребенка письму, чтению, счету апеллирует преимущественно ко второму и третьему функциональному блоку мозга (ФБМ). Примером может служить модель функционального состава письма Т.В. Ахутиной, нейропсихологическая структура интеллектуальной деятельности счета А.А. Давидович. Обучение чтению, письму, счету в преддошкольном и раннем дошкольном возрасте нарушает закон гетерохронии, так как реализуется в тот период, когда второй и третий ФБМ еще не достигли своей морфофункциональной зрелости. Нагрузка на еще незрелые структуры ЦНС ребенка вредоносно сказывается на работе первого (энергетического) ФБМ, который уже завершил свое развитие и теперь работает «за троих». В результате ребенок научается читать (писать, считать), но при этом может плохо спать, у него могут наблюдаться симптомы энуреза, он может часто болеть соматическими заболеваниями, возможны различные дисфункции, связанные с работой эндокринной системы, может нарушаться регуляция различных эмоциональных состояний, а также мотивационных процессов – ребенок чрезмерно возбудим, капризен и т. д.

Кроме того, ребенок дошкольного и раннего дошкольного возраста, посещающий развивающие занятия, связанные с обучением чтению, письму, счету оказывается в ситуации, когда он вынужден реализовывать деятельность в «безмотивной» среде. Продуктивность деятельности ребенка в такой ситуации поддерживается благодаря близкому внешнему мотиву: похвала родителя, педагога, соревновательный мотив и т. д. Эти неглубокие, внешние мотивы, «чуждая» возрасту программа деятельности заменяют собой самостоятельную познавательную активность. Реализуется парадоксальная в онтогенетическом плане задача: сначала деятельность, а позже к ней прикладывается мотив. Ребенок не имеет возможности самостоятельно программировать, контролировать и организовывать собственную деятельность в ситуации решения адекватных его возрасту задач. Придя в первый класс, такие дети снова вынуждены реализовывать учебную деятельность в «безмотивной» среде, ведь им предлагается уже хорошо знакомый материал – задача, которая не задействует познавательную мотивацию. В дальнейшем такие дети ожидают от взрослого привычной внешней регламентации познавательной, учебной деятельности, часто обнаруживают трудности учения. Нарушения мотивационного компонента учебной деятельности сочетаются с нарушениями волевой регуляции. По нашим данным, количество таких учеников среди других детей с трудностями учения составляет 18%. В.И. Гарбузов определяет такой вариант отклоняющегося развития как один из вариантов психического инфантилизма, который целиком обусловлен неправильным воспитанием, связанным с гиперпротекцией со стороны родителей, завышенными требованиями к достижениям ребенка, гиперсоциализацией [2]. Нарушения, наступающие вследствие неадекватных воспитательных воздействий, носят не только функциональный, но и с течением времени функционально-органический характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глозман, Ж.М. Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие. – М.: Академия, 2009. – 272 с.
- Гарбузов, В.И. Нервные дети: советы врача. – Л.: Медицина, 1990. – 186 с.

Дренева В.В.

О ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Социально-психологическая служба при Управлении образования Администрации г. Коврова (Владимирская обл.).

Закон «Об образовании» становится гарантией права на получение детьми инвалидами качественного образования[1]. Для расширения доступности образования детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в обучении на дому, в соответствии с поручением Президента России в приоритетный национальный проект «Образование» включено новое направление работы: «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов»[2]. Направление ориентировано на создание условий для дистанционного обучения детей-инвалидов на дому и предусматривает следующие виды деятельности: подготовку педагогов для этой работы; оснащение рабочих мест детей-инвалидов по месту их проживания специальным компьютерным, телекоммуникационным, учебным оборудованием и программным обеспечением для организации дистанционного образования;

предоставление им доступа в интернет. Дистанционное обучение – это синтетическая, интегральная, гуманистическая форма обучения, которая базируется на использовании широкого спектра традиционных, и новых информационных технологий и их технических средств, которые применяются для доставки учебного материала, его самостоятельного изучения, диалогового обмена между преподавателем и обучающимся, причем процесс обучения в общем случае не критичен к их расположению в пространстве и во времени, а также к конкретному образовательному учреждению [3].

Таким образом, процесс дистанционного обучения многогранен по своему содержанию, поэтому у школьников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) может возникнуть множество психологических проблем, которые поможет разрешить педагог-психолог через систематическое психолого-педагогическое сопровождение. Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется в нескольких направлениях и включает в себя, в первую очередь, информирование учителей в области педагогики и психологии. Далее, проведение психологом индивидуальной диагностики каждого учащегося. Для успешного обучения детей с ОВЗ составляется индивидуальная образовательная программа – документ, определяющий специфику освоения содержания образовательного стандарта на основе рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии (психолого-медико-педагогического консилиума) образовательного учреждения, комплексной диагностики особенностей личности ребенка, ожиданий родителей с целью создания условий для максимальной реализации особых образовательных потребностей ребенка в процессе обучения и воспитания.

Затем каждого педагога, обучающегося детей дистанционно, психолог подробно консультирует о том, какие формы, методы и технологии обучения целесообразно применять с целью получения ребенком качественного образования. Все это позволяет педагогу осуществлять управление процессом обучения: составить персональный план обучения, отобрать оптимальные методы и приемы обучения, способствующие развитию ученика.

Огромную просветительскую и консультативную работу проводит психолог также с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся с помощью дистанционных образовательных технологий, так как именно они являются первыми помощниками в обучении своего ребенка.

Таким образом, созданная система психолого-педагогического сопровождения способствует успешному обучению детей с ОВЗ в дистанционном формате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон «Об образовании», <http://президент.пф/acts/17251>;
2. Приоритетный национальный проект «Образование», <http://минобрнауки.пф>;
3. Андреев А. А. Дистанционное образование в России: постановка проблемы и опыт организации. — М.: 2001. — 794 с.

Дробышева Т.В., Войтенко М.Ю., Микиева И.Н.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОСКОВСКИХ
ДОШКОЛЬНИКОВ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА¹
Институт психологии РАН (Москва).

Психологическое здоровье (ПЗ) формирующейся личности в разных дисциплинарных и концептуальных подходах рассматривается как состояние психологического, эмоционального, личностного благополучия, как психологический потенциал, позволяющий актуализировать личности ее индивидуальные и возрастно-психологические возможности. В последнем случае ПЗ может быть рассмотрено как условие и как показатель жизнестойкости личности. Социально-психологический подход к изучению ПЗ детей предполагает выявление различных условий их развития как факторов субъективного психологического благополучия дошкольников, которое, в свою очередь, определяет их потенциальные возможности самореализации.

Предположили, что условия жизнедеятельности детей в разных детских садах (расположенных в одном административном округе) могут отличаться по показателям микроклимата в конкретной группе детского сада, а также в зависимости от стратегий профессионального поведения воспитателей. Выбор педагогами тех или иных стратегий во многом зависит от выбранной в учреждении направленности на создание развивающей среды, предполагающей формирование субъектных качеств формирующейся личности, или на поддержание субъект-объектных отношений педагогов с воспитанниками, при которых акцент ставится на послушании детей, формировании у них только исполнительских качеств. Эмоциональное благополучие дошкольников в детском саду (определяемое как парциальный показатель их ПЗ) связано с психологическим микроклиматом в группе детского сада, который обусловлен стратегиями профессионального поведения воспитателей и отношением детей между собой.

В исследовании принимали участие дети старшего дошкольного возраста от 5,5 до 7 лет, посещающие три дошкольных образовательных учреждения Юго-Западного административного округа г. Москвы, а также их воспитатели. Общий объем выборки составил 94 ребенка, из них 44% мальчики и 56% девочки. Программа исследования включала блок методик, ориентированных на выявление эмоционального благополучия (как парциального показателя ПЗ) детей в детском саду, их субъективных оценок психологического микроклимата в группе, а также социометрических показателей и личностных характеристик как «внутренних факторов» благополучия (тревожность, самооценка). Кроме того применялись экспертные оценки воспитателями поведенческих реакций детей в группе детского сада.

Результаты исследования показали, что из шести анализируемых ситуаций жизнедеятельности ребенка в детском саду («выступление на празднике», «отказ ребенка от приема пищи», «воспитатель позвала одного из детей, прервав игру со сверстником», «испачкал красками стол», «не может уснуть в «тихий час»», «долго одевается на прогулку») наибольший психологический дискомфорт у всех детей (независимо от посещаемого детского сада) вызывает ситуация прерывания детской игры. Большинство респондентов воспринимает ее негативно в связи с

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ (грант № 13-16-77003) «Психологическое здоровье московских дошкольников: состояние, динамика и направления профилактики»).

неопределенностью причины «приглашения на разговор» ребенка. Проекция детьми наиболее типичных причин определяется посредством анализа последующих действий педагога. Благополучное разрешение данной ситуации проявляется в следующих высказываниях респондентов: «попросила помочь», «причесаться надо», «майку неправильно надела» и т. п. Однако чаще дети указывают на порицание педагогом тех или иных действий ребенка или его физическое наказание (пассивное – «посиди на стуле», «постой в углу»; активное – «сильно взяла за руку» и т. п.). Данный факт свидетельствует о наличии устойчивой ситуации взаимодействия ребенка и педагога в детском саду, воспринимаемой дошкольниками в качестве угрозы их эмоциональному благополучию в группе. Выявлены различия (по критерию Краскала-Уоллиса, при $p < 0.05$) по показателям эмоционального благополучия в трех детских садах. Ситуации, в которых ребенок «не может уснуть в «тихий час» и «долго одевается на прогулку», вызывают эмоциональный дискомфорт у дошкольников из тех групп детского сада, в которых педагоги придерживаются авторитарного стиля руководства, ориентированы на образ послушного, исполнительного ребенка во взаимодействии с взрослым. Они чаще, чем их более демократично ориентированные коллеги, проявляют эмоциональную несдержанность в ситуации, когда ребенок не хочет спать, применяя стратегии подавления действий ребенка. Эти же педагоги больше склонны к использованию угрозы наказания или ограничения действий ребенка на прогулке в ситуации, когда ребенок, одеваясь на прогулку, не укладывается по времени. Выявленные различия согласуются и с данными, полученными с помощью рисуночного теста «я и детский сад». Большая часть рисунков дошкольников с низкими показателями эмоционального благополучия содержит изображение здания или игрушек, причем выполненных простым карандашом. На их рисунках отсутствуют сверстники, воспитатели и даже сам ребенок. Именно данные дети в предлагаемой ситуации выбора, посещать детский сад или остаться дома, выбирают второе. Они же указывают на частые ссоры в группе. В качестве артефакта можно рассмотреть данные о связи сплоченности в группе детей с предпочитаемыми стратегиями профессионального поведения их воспитателей и показателями эмоционального благополучия дошкольников. Обнаружены более высокие показатели эмоционального благополучия у детей из групп с более низкими показателями сплоченности. При этом воспитатели данных групп отличались демократичностью и ориентацией на субъект-субъектные отношения со своими воспитанниками. Опираясь на полученные данные, были сформулированы направления работы психологов детского сада и педагогического персонала по профилактике в ПЗ дошкольников.

Ковалев А.И.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПЕРСПЕКТИВЫ В РОССИИ. ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА

Ростовский государственный медицинский университет (Ростов-на-Дону).

Идея инклюзивного образования гуманистична. Она, при правильной организации, позволяет огромному количеству пациентов почувствовать себя равными здоровым детям, улучшает психологический климат в стране, повышает социальную толерантность. Так сложилось исторически, что в нашем государстве образование было построено по дифференцированному типу. Большая часть детей обучалась в общеобразовательных учреждениях, а часть детей с проблемами здоровья

(физического, либо психического) попадала в условия коррекционного обучающего процесса. Целью данной системы образования была попытка максимально охватить детей, способных к усвоению базовых учебных навыков, способных в будущем получить профессию, чтобы иметь возможность последующего трудоустройства и снятия таким образом с государства прямых расходов на их социальное обеспечение. Детям, окончившим такие коррекционные школы, государством гарантировалось трудоустройство на профильных предприятиях. Была за долгие годы выстроена последовательная система коррекционного образования. Большим плюсом данной системы был высокий уровень образовательного процесса. Дети получали добротное базовое профессиональное образование и последующие социальные гарантии трудоустройства. При этом необходимо отметить, что достаточно большой проблемой данной системы образования была низкая последующая социальная интеграция, в частности пациентов с умственной отсталостью. Такая система образования как бы ставила барьер между пациентами и остальным обществом. Общество относилось к данной категории населения как к «отверженным», психиатрические термины стигматизировались («школы для дураков и дебилов»). Это было, да и до сих пор, остается тяжелым психологическим грузом для родителей и родственников пациентов.

В последние годы коррекционная система образования показалась финансово невыгодной и затратной. В этой связи, по-видимому, и возникла идея введения инклюзивного образования в стране. К сожалению, столь серьезный вопрос на сегодняшний день не имеет должного социального резонанса. А вместе с тем он нуждается в серьезном интегративном профессиональном обсуждении. Переход к новой парадигме образования требует длительного переходного периода, включающего в себя как реформу подготовки кадров, так и изменение психологии населения. Попав в массовом порядке в инклюзивные школы, наши пациенты подвергнутся жесточайшему прессингу со стороны здоровых детей, что может привести к их переводу на индивидуальные формы обучения либо «складирования» в арьергардные классы. Это, безусловно, будет влиять на тяжесть их психического расстройства. Повысится инвалидизация этой категории пациентов. Таким образом может пропасть основная цель инклюзивного образования (интеграция детей с проблемами психического здоровья в среду здоровых школьников).

Важнейшим представляется кадровый вопрос. Кто будет обучать детей в инклюзивных классах? Это должны быть курсы переподготовки преподавателей – последипломная переподготовка специалистов? Как обучить такую массу педагогов коррекционным навыкам, и в какие сроки это будет укладываться? Необходимо будет вносить изменения в обучающие стандарты педагогов вузовского образования. Также остро встанет вопрос кадрового обеспечения, ведь при наличии в классе детей с проблемами психического и физического здоровья нагрузка на педагога возрастает, а это будет требовать дополнительного кадрового насыщения и пересмотра нагрузок на педагогов (сокращение учеников в классе). Как показывает практика, качество образования в инклюзивных классах снижается по сравнению с коррекционными школами.

Столь серьезный вопрос об изменении системы образования должен быть продуман до мелочей еще до активного его внедрения. Если начинать реформы, то должен пройти основательный подготовительный период (методология, вузовское обучение, кадры). И начинать необходимо с дошкольного периода (инклюзивные детские сады), когда детская психика еще достаточно пластична. В таких условиях здоровые дети формируются социально зрелыми, а дети с психическими про-

блемами становятся более адаптивными. И уже последующий переход таких детей в систему школьного образования видится достаточно плавным.

Кожалиева Ч.Б.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ПРОБЛЕМЫ
МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО И МЕТОДИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ
Академия социального управления (Москва).**

Происходящее в последнее время активное обсуждение вопросов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в связи с принятием нового Закона «Об образовании в Российской Федерации» в основном ведется вокруг инклюзивного образования. Вместе с тем, в Законе говорится о том, что образовательные инновационные процессы могут быть реализованы в системе специального образования. Проблемы психологической помощи умственно отсталым (УО) детям остались за рамками профессионального дискурса. Приступая к обсуждению психолого-педагогического сопровождения детей, имеющих нарушения в развитии, очень важно грамотно диагностировать проблемы, которые имеются у ребенка, и не просто сформулировать, а дать адекватную квалификацию нарушениям, которые являются основанием для рекомендации обучения ребенка в специальном образовательном учреждении и, главное, выбора образовательной программы. Тенденция последних лет – избегать при квалификации отклонения в развитии у ребенка формулировки «умственно отсталый», предпочитая – «ребенок с интеллектуальными нарушениями», хотя известно, что в данную группу входят и дети с задержкой психического развития. Важно понимать, что это две разные группы детей, имеющие специфические нарушения, логику психологического развития, каждой из которых необходимы свои программы психологического сопровождения и специальные коррекционные педагогические программы. Поэтому часто в работе с данной категорией детей возникают проблемы у специалистов, не имеющих специального (дефектологического) образования или знаний психологии лиц с УО.

Проблема психологической поддержки или сопровождения детей с УО является в некоторой степени отражением создавшейся ситуации в специальной психологии, где наблюдается некоторый «застой» в научных исследованиях, есть потребность в глубоких, расширенных компаративных исследованиях. Углубляется диссонанс между теоретической и практической областями специальной психологии. Практическая психологическая помощь УО активно применяет различные школы и практики психотерапии и психокоррекции, эффективность применения которых не имеет научного обоснования. Положительные результаты подобных практик окрашены эффектом личных достижений конкретного практического психолога, которые не обобщаются и не систематизируются, следовательно, не могут быть экстраполированы в систему психологической помощи УО детям. Поэтому актуальным остается вопрос качества и содержания программы подготовки практических психологов для работы с УО детьми как в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, так и в инклюзивных школах, в Центрах медико-социальной реабилитации, психолого-медико-педагогических центрах и, в особенности, для работы с семьей ребенка. Специалисты, получившие знания на психологических факультетах, чаще всего не знают специфики нарушений в раз-

витии УО детей, технологии работы по коррекции и реабилитации имеющихся нарушений. Форма и содержание работы с детьми с нормальным интеллектуальным развитием, которые механически переносятся на работу с УО детьми, не дают нужных результатов, что, в свою очередь, ведет к разочарованию и размышлениям о бессмысленности всякой деятельности психолога по оказанию помощи данной категории детей.

Существует проблема нормативно-правового обеспечения деятельности специальных психологов. Общие требования к деятельности психологов, предъявляемые к специальным психологам, не мотивируют на получение специального образования, расширение знаний о психологии УО детей, не позволяют проявить себя во всех аспектах своей деятельности более уверенно, в т. ч. в защите своих прав.

Кокоренко В. Л.

ВОСПИТАТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО С ПОТЕНЦИАЛОМ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Санкт-Петербургская академия последипломного педагогического образования (Санкт-Петербург).

Д.В. Григорьев [4] под воспитательным пространством понимает «динамическую сеть взаимосвязанных педагогических событий», собираемую усилиями коллективных и индивидуальных субъектов, способную выступить интегрируемым условием личностного развития человека. Л. И. Новикова [4] под воспитательным пространством понимает «педагогически целесообразно организованную среду» отдельного ребенка или множества детей. Среда рассматривается ею как данность, а воспитательное пространство как результат конструктивной деятельности (созидательной и интегрирующей). В.И. Слободчиков [3] утверждает, что педагогической будет та среда, которая способствует личностному и культурному росту ребенка, в которой происходит встреча социокультурного и личностного опыта ребенка. Одной из важнейших задач педагога в образовательной среде является посредничество между ребенком и средой с целью максимального раскрытия возможностей среды и творческого потенциала личности.

Считается, что большинство детей с различными нарушениями развивается в специфической среде «вынужденной упрощенности», максимально приспособленной к особенностям детей, ограничивающей их жизненный опыт и взаимодействие со здоровыми сверстниками. Поэтому предусматривается специальная работа по введению ребенка в более сложную социальную среду - поэтапное и планомерное расширение жизненного опыта и повседневных социальных контактов. Принципиальным является определение степени усложнения среды, которая необходима и полезна каждому ребенку, что предполагается учитывать при разработке содержания компонента жизненной компетенции («Специальный федеральный государственный стандарт начального общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья» (СФГОС)) [2].

С точки зрения удовлетворения потребностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в пространстве образовательного учреждения среди здоровых сверстников (интеграция/инклюзия), среда должна быть:

- **безопасной** - позволяющей вести адаптированный образ жизни;

- **дружественной** – с потенциалом для благоприятного развития и самоактуализации (разнообразием средовых ресурсов и свободным доступом к игре, исследованию, познанию);
- **психотерапевтической (лечебной)** – обладающей компенсаторным, целительным и стимулирующим влиянием на развитие системы потребностей и смыслов человека.

Лечебная среда для детей с ОВЗ в образовательном учреждении (по аналогии с рассуждениями Городновой М.Ю., 2013) [1] может быть представлена как поле, в котором при взаимодействии с другими людьми дифференцируются и удовлетворяются потребности ребенка, происходят процессы протекания событий, социализации личности и оформления целостного опыта. *Субъектами* лечебной среды в образовательном учреждении могут выступать: непосредственно сам обучающийся – ребенок с ОВЗ, его родители, педагог, обучающий ребенка с ОВЗ, здоровые сверстники (класс), образовательное учреждение (как коллективный субъект). Значимыми факторами лечебной среды в образовательном учреждении являются *отношения, события и ситуации*. Организация и конструирование лечебной среды, по сути, являются развертыванием различных вариантов субъект-субъектных и субъект-объектных отношений, в которые включен ребенок с ОВЗ, а события и ситуации есть объективизированные формы этих отношений.

СФГОС целью образования детей с ОВЗ определяет введение в культуру ребенка, по разным причинам выпадающего из образовательного пространства. Культура понимается как система ценностей (частных, семейных, государственных), взрослея и присваивая которые ребенок реализует свои личные устремления, берет на себя посильную ответственность за близких, занимает активную жизненную позицию в сообществе. Для реализации особых образовательных потребностей детей с разными вариантами нарушенного психического развития, среде как значимому компоненту образования уделяется большое внимание. Это касается индивидуализации обучения, обеспечения особой пространственной и временной организации образовательной среды и максимально возможного расширения образовательного пространства за пределы образовательного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Городнова М. Ю. Эмпатические способности специалиста как важный элемент лечебной среды // XI Мнухинские чтения «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде». Международная научная конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. – СПб., 2013.
2. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения <http://almanah.ikprao.ru/articles/almanah-13>
3. Слободчиков В. И. Образовательная среда: реализация целей образования в пространстве культуры // Новые ценности образования: культурные модели школ. Вып. 7. Инноватор Bennet college. М., 1997.
4. Теоретические и практические подходы к превентологии в образовательной среде: Коллективная монография / Авт: О. В. Шатровой, Г. А. Корчагина, Л. П. Макарова и др.; Под общ. ред. В. П. Соломина, Л. А. Михайлова. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2005

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина (Санкт-Петербург).

Инклюзивное образование является инновационной для России образовательной технологией. Среди специалистов существуют разные мнения о его перспективах и целесообразности. В данной работе мы рассмотрим школьную дизадаптацию как потенциальный риск инклюзивного обучения при сложившейся на настоящий момент системе организационно-методического сопровождения образовательного процесса.

Значительная часть родителей, воспитывающих ребенка с нарушениями психического развития, всю энергию направляют на то, чтобы добиться права обучать ребенка по «обычной», массовой программе. Эти родители не критичны к состоянию своего ребенка, не оценивают специфику его познавательных, эмоциональных и поведенческих проблем. Инклюзивное образование представляется им «волшебной панацеей» от проявляющихся признаков когнитивного дефицита и нарастающей социальной дизадаптации. У детей с сенсорными нарушениями, нарушениями опорно-двигательного аппарата или интеллектуальной недостаточностью адаптивные возможности снижены вследствие психофизиологических и психофизических причин, а также вторично возникших эмоционально-личностных особенностей. Риск социальной и школьной дизадаптации у них намного выше, чем у условно-здоровых детей. Специальные образовательные и коррекционные программы позволяли скорректировать основной дефект, развить компенсаторные способности, создавали определенную образовательную среду, наиболее подходящую для восприятия «особого» школьника. Очевидны различия в требованиях к организации и подаче материала при работе с детьми с дефектами зрения, слуха или интеллектуальной недостаточностью, специфика требований к организации среды для детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

В условиях инклюзивного обучения резко повышаются требования к темпу и качеству усвоения школьной программы. Практика показала, что при обучении по неадекватной возможностям ребенка программе он или невротизируется, или, чаще всего, теряет интерес к процессу обучения. Повышается риск развития депрессий, асоциального и аддиктивного поведения, других эмоциональных и поведенческих расстройств. Сильнейшим травматическим фактором является возможность отвержения таких детей со стороны одноклассников. При выдаче рекомендаций по психологическому сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья в рамках инклюзивного обучения специалисты вынуждены пользоваться размытой формулировкой «индивидуальных подходов». Это часто оборачивается индивидуальным или домашним обучением, так как система сопровождения «особых» детей в «обычных» школах абсолютно не разработана. «На местах» отсутствуют (и не предусмотрены штатным расписанием) подготовленные специалисты, которые должны сопровождать «особого школьника» в образовательном процессе. Обучение в отрыве от сверстников ограничивает социальный и коммуникативный опыт ребенка и в ряде случаев способствует не сглаживанию, а углублению школьной дизадаптации. Это особенно очевидно при повторных попытках ввести ребенка в класс.

Мы наблюдали один из примеров воплощения рисков инклюзивного образования.

Девочка, 11 лет, с задержкой психического развития, осложненной торпидностью мышления, ригидностью психических процессов, низкими коммуникативными способностями, оказалась в психиатрическом стационаре с длинным списком диагнозов. Основными жалобами были школьная дизадаптация, неуспеваемость, возбудимость, нарастание агрессии к младшей сестре. Девочка обучалась по массовой программе, была неуспешна, вследствие чего переведена на индивидуальное обучение. По словам родителей, коррекционных школ 7 вида в Подмоскovie (где жила семья) не осталось. Девочка ощущала свою неуспешность, была не заинтересована в обучении (отсутствовала мотивация), в итоге стала отказываться от посещения школы.

На обследовании в стационаре пациентка была напряжена, замкнута, отвечала коротко, иногда отказывалась от ответа, даже не поддерживала зрительный контакт. Было выявлено нарушение коммуникативной функции, речевой негативизм. Привыкнув к специалисту, при работе с которым она чувствовала свою успешность и компетентность, бежала на обследование «вприпрыжку», радовалась занятиям. В школе при стационаре, где была возможность обучаться вместе с другими детьми, но с учетом ее индивидуальных возможностей, она стала интересоваться заданиями, говорить, что «тут ей учиться интересно».

Важно отметить, что в рассматриваемом нами случае нарушение развития у девочки было относительно легким, состояние ее психических функций приближается в целом к популяционной норме.

Таким образом, адекватность требований и организации образовательной среды особенностям и возможностям ребенка является важнейшим фактором, обуславливающим эффективность адаптации к процессу обучения. Успешность и возможность соответствовать учебным требованиям становятся важнейшими предикторами формирования чувства собственной компетентности, уверенности в себе, роста коммуникативного потенциала и эмоционального благополучия.

Кучмаева О.В.

ЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (МНЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ)

Институт семьи и воспитания РАО (Москва).

Важнейшим условием успешной социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) выступает обеспечение доступности для них качественного образования. Осенью 2011 г. по заказу Уполномоченного по правам человека в г. Москве было проведено комплексное исследование с целью оценки удовлетворенности семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) имеющимися возможностями получения образовательных услуг, выявления основных барьеров и определения перспектив развития инклюзивного образования². Выводы исследования построены на основе данных статистики, выборочных опросов родителей детей, имеющих (506 человек) и не имеющих ОВЗ (309 человек), экспертного опроса специалистов (69 человек), фокус-групп (6).

Желаемая форма обучения детей с ОВЗ нередко расходится с реальной. Это отметили более 43% опрошенных родителей. Из ответов родителей следует, что

² Кучмаева О.В., Петрякова О.Л., И.Ф. Дементьева, Г.В.Сабитова, А.Б.Синельников. Проблема доступности среднего образования для несовершеннолетних лиц с ограниченными возможностями здоровья в г. Москве. ФГНУ ИСВ РАО, 2012. – 208с.

главная причина расхождения между желаемой и реальной формой обучения детей с ОВЗ кроется в не удовлетворяющем родителей заключении психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) относительно рекомендуемого образовательного учреждения. Самое меньшее число опрошенных указали в качестве причины расхождения проблемы во взаимоотношении ребенка с педагогами и сверстниками.

У родителей существует собственное представление о форме обучения, которая была бы в наибольшей степени приемлема для их ребенка. В целом для всех детей с ОВЗ наилучшей формой обучения родители считают коррекционную школу – эту позицию отметили 47,6%, второе место занимает общеобразовательная школа – ее предпочитают около 41% опрошенных. К коррекционной школе как наиболее желательной форме обучения чаще склоняются родители детей с серьезными множественными нарушениями, тотально слепых и глухих, детей с умственной отсталостью.

16,4% родителей предпочитают школу надомного обучения, в которой сочетаются включение ребенка в коллектив несколько раз в неделю и индивидуальные занятия на дому. Около 9% опрошенных считают, что желаемой формой обучения для их ребенка был бы специальный класс в обычной школе. Учебу только на дому предпочли менее 3% опрошенных.

По мнению респондентов, родителей детей с ОВЗ, лучше всего себя бы чувствовали в обычной школе дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также дети с хроническими заболеваниями. Для остальных категорий детей обычную школу родители выбирали редко или очень редко, предпочитая специальный класс в обычной школе.

Если ребенок с ОВЗ уже учится в инклюзивном учреждении, то родители практически в 2 раза чаще выбирают обычную школу в качестве желаемого места обучения для детей практически с любыми нарушениями (кроме умственно отсталых детей, для которых рассмотренная тенденция тоже присутствует, но не так ярко выражена). Видимо, многие родители не знакомы с инклюзией и боятся возникновения тех или иных трудностей в обучении.

Родители детей без нарушений здоровья считают, что обучаться отдельно должны дети с отставанием в умственном развитии, за такую форму обучения среди них высказались на 20% больше, чем среди родителей детей с ОВЗ. Страх перед совместным обучением с детьми с отставанием в умственном развитии у родителей здоровых детей значительно сильнее, чем в отношении других категорий детей. При этом родители детей с задержкой психического развития и особенно, с умственной отсталостью тоже в основном считают, что их дети должны учиться в специальных школах, и в отличие от других участников опроса часто называют мотив: «Его будут обижать другие дети».

Готовность социума к реальному взаимодействию с лицами с существенными нарушениями здоровья, в том числе с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ весьма дифференцирована. Анализируя мнения родителей здоровых детей о детях с ОВЗ и их семьях, можно сделать вывод, что большая часть из них придерживается весьма толерантных мнений. Так, 46,6% опрошенных согласились, что «такие дети в целом по многим позициям не отличаются от здоровых». С другой стороны, значительно больше половины (63,3%) опрошенных признали, что «дети с ограниченными возможностями здоровья легкоранимы, остро реагируют на любые воздействия, которые их затрагивают» (это может свидетельствовать и о наличии определенного барьера в отношении детей с ОВЗ, о мнении, что таким детям требуется значительно больше внимания). Настораживает, что 16% родите-

лей обычных детей разделили позицию, что «для всех людей с ограниченными возможностями здоровья (и взрослых, и детей) характерно потребительское отношение к людям и обществу в целом». Лишь пятая часть родителей из контрольной группы считает, что отношение общества к детям с ОВЗ такое же, как и к здоровым детям. Респонденты, здоровые дети которых охвачены инклюзивным образованием, при ответе об отношении к совместному обучению позиции «положительно» отмечали в 1,7 раза чаще, и «скорее, положительно» в 2 раза чаще, чем респонденты контрольной группы в целом.

Анализ ответов респондентов контрольной группы на вопрос об отношении к инклюзивному образованию выявляет серьезные противоречия: с одной стороны, респонденты декларируют довольно терпимое отношение к детям с ОВЗ, вплоть до положительного отношения к совместному обучению, с другой, – большинство из них считает наиболее предпочтительной формой образования для детей с проблемами здоровья раздельное обучение (чаще – специальную школу, реже – коррекционный класс в обычной школе). Особенно это касается родителей детей, не охваченных инклюзией. По сути, нежелание иметь рядом в одном классе или школе детей с ОВЗ зачастую коренится в незнании особенностей их развития, отсутствии информации о них и личного контакта с ними.

Маргошина И.Ю.

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ПОЛА

**Северо-Западный государственный медицинский университета имени
И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).**

Переход к начальной школе – этап «малого» возрастного кризиса, где ребенку предстоит войти и адаптироваться в новой для него роли школьника. При этом здесь важно учитывать такие показатели готовности к школьному обучению, как интеллектуальная зрелость, мотивация, межличностное взаимодействие, эмоциональная сфера, самооценка, адаптационные механизмы психики. Также стоит отметить, что проблема подготовки к школе с учетом гендерного аспекта изучена мало. Игнорирование половых различий (как на уровне физиологии, так и на уровне психологии) не только ведет к «феминизации» мальчиков и «маскулинизации» девочек, но и лишает понимания специфики формирования и развития перечисленных выше показателей готовности к школьному обучению.

В связи этими положениями *цель* нашего исследования - выявить специфические особенности показателей готовности к школьному обучению у мальчиков и девочек старшего дошкольного возраста. Для достижения цель поставлены следующие *задачи*:

- 1) Изучить у дошкольников мужского и женского пола такие показатели готовности к школьному обучению, как мотивация к школе, интеллектуальная зрелость, самооценка, эмоционально-волевая сфера, социальное взаимодействие и адаптивные способности.
- 2) Выявить взаимосвязи мотивации к школе с другими показателями готовности к школьному обучению у мальчиков и девочек дошкольного возраста.
- 3) Сравнить показатели готовности к школьному обучению у мальчиков и у девочек дошкольного возраста.

Объект: дети старшего дошкольного возраста в количестве 40 человек. Средний возраст 6,5 лет. Дошкольники разделены по половому признаку на 2 группы: 1 группа – девочки в количестве 20 человек. Средний возраст 6,5 лет. 2 группа – мальчики в количестве 20 человек. Средний возраст 6,6 лет.

Предмет исследования: показатели психологической готовности к школьному обучению,

Гипотеза: существуют различия в характере показателей психологической готовности к школьному обучению и их взаимосвязей у мальчиков и девочек старшего дошкольного возраста.

При проведении диагностического этапа исследования были использованы следующие *методики*: 1. Ориентационный тест школьной зрелости Керна-Йерасека (адаптация Н.И. Гуткиной); 2. Тест «Мотивационная готовность» Л.А. Венгера; 3. Методика «Карта наблюдений» Л.М. Шипициной, И.А. Михаленковой; 4. Методика «Лесенка» В.Г. Щур; 5. Тест фрустрационных реакций Розенцвейга (детский вариант в адаптации Л.Я. Ясюковой); 6. Методика «Метаморфозы» (Ж. Руайер в адаптации Н.Я. Семаго). Данные диагностики были обработаны при помощи методов математической статистики: анализ средних величин, угловое преобразование Фишера, критерий Ману-Уитни корреляционный анализ (критерий Спирмена).

База исследования: НДОУ Детский сад № 9 «РЖД».

Выводы: По результатам исследования нами были выявлены *общие тенденции*, характерные для дошкольников обоего пола:

1) У всех дошкольников сформирована мотивационная готовность к школьному обучению и выявлена средняя степень школьной зрелости (вариант нормы), что проявляется в достаточно хорошо развитых интеллектуальных способностях, внимании, памяти, сенсомоторных навыков и навыков счета.

2) У всех дошкольников, вне зависимости от пола, развиты коммуникативные способности. Они активны в общении и легко находят контакт с собеседниками, включая ровесников и взрослых в лице воспитателей.

Специфические различия между мальчиками и девочками в плане показателей психологической готовности к школе состоят в следующем:

1) Самооценка девочек более устойчива, чем у мальчиков.

2) Девочки лучше социально адаптированы, чем мальчики.

3) Девочки в сложных стрессовых ситуациях пытаются разрешить проблему, обращаясь за помощью к другим, а мальчики предпочитают брать ответственность на себя.

4) Девочки больше ориентированы на социально-одобряемые нормы, стремятся быть в центре внимания, влиять на окружающих, в отличие от мальчиков.

5) Усиление мотивационной готовности к школьному обучению у мальчиков больше связано с умением управлять своими эмоциями, а у девочек - с умением в обучении ориентироваться только на себя, оценивать себя как успешно справляющихся с учебными задачами.

Таким образом, результаты диагностики подтвердили гипотезу о наличии различий между мальчиками и девочками старшего дошкольного возраста в показателях готовности к школьному обучению. Мы полагаем, что учет таких различий позволит более адресно сформулировать практические задачи при подготовке к школьному обучению старших дошкольников с учетом их пола.

Марусанова Г.И., Марусанова С.Г.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
МАТЕМАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ УЧАЩИХСЯ
Севастопольская гимназия № 24 (Украина).**

В последнее время прослеживается тенденция укрепления позиций точных наук (математики в частности) в большинстве образовательных систем, отраслей экономики и промышленности. Вышесказанное обуславливает актуальность изучения психологических особенностей математических способностей учащихся. Несмотря на существование значительного количества научно-практических исследований в области психологии математических способностей, остается не до конца разработанной в теоретическом и прикладном плане проблема взаимосвязи способностей школьника к математике и его индивидуально-психологических особенностей (а именно аспектов темперамента и акцентуаций характера и личности). Под математическими способностями мы понимаем особенности умственной деятельности учеников, обеспечивающие успешность и легкость усвоения ими математики (алгебры и геометрии) как предмета школьной программы.

Объектом настоящего исследования выступили способности учащихся к математике. **Предмет исследования** – индивидуально-психологические особенности математических способностей учащихся. **Цель** эмпирического исследования – определить связь между способностями учащихся к математике и их психологическими особенностями (показателями темперамента и типами личностно-характерологических акцентуаций). Исследование проводилось в городе Севастополе с декабря 2012 г. по март 2013 г. на базе школы-гимназии № 24 Севастопольского городского совета. Участниками исследования стали 26 учеников 10 класса: 12 мальчиков и 14 девочек (средний возраст 16,2 г.). В исследовании применялась: личностный опросник ЕРІ (методика Г. Айзенка), методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека), краткий ориентировочный тест (краткий отборочный тест - КОТ) В.Н. Бузина и Э.Ф. Вандерлика в авторской интерпретации. Разработанная нами модификация КОТ состоит из 20 заданий, диагностирующих сферу математических способностей старшеклассника, которые были составлены экспертной группой (3 учителя алгебры и геометрии, 2 психолога) на основании анализа вопросов теста. Другим показателем математических способностей учеников стало среднее арифметическое полученных ими итоговых полугодовых отметок по алгебре и геометрии. Обработка данных проводилась с применением методов математической статистики (корреляционный анализ – расчет коэффициента корреляции Пирсона).

Была выявлена обратная корреляционная связь на уровне значимости 0,01 между способностями к математике и экстраверсией, то есть, математическим способностям не сопутствуют такие индивидуально-психологические особенности учащихся, как коммуникабельность, легкость в установлении социальных контактов, общая направленность личности школьника вовне – на окружающих людей, среду, обстоятельства. Способности к математике склонны держать дистанцию во взаимоотношениях с социумом школьников, чьей личности свойственна ориентация на свой внутренний мир – ощущения, переживания, эмоции и пр. Была получена корреляционная связь, значимая на уровне 0,01, между математическими способностями и эмоциональной устойчивостью. То есть, наиболее высокие результаты в овладении математикой показали уравновешенные и в целом спокойные ученики. Более высокий уровень развития способностей к математике по сравнению со сверстниками присущ учащимся, имеющим застревающий тип ак-

центуации характера или тенденцию к его наличию (корреляционная связь на уровне 0,01). Такие ученики инертны, умеренно коммуникабельны, отличаются некоторым занудством, склонны с подозрением относиться к окружающим людям, при этом, однако, могут быть чрезвычайно усердными и целеустремленными в достижении желаемых результатов. Имеет место обратная корреляционная связь на уровне значимости 0,05 между математическими способностями и демонстративным типом акцентуации характера (тенденцией к его наличию). Учащиеся, для которых характерна нарочитость поведенческих проявлений, в рамках данного исследования не оказались способными к математике. Корреляционная связь математических способностей и педантичного типа акцентуации характера (или тенденции к его наличию) на уровне значимости 0,05 свидетельствует о том, что математическими способностями обладают усидчивые, скрупулезные, аккуратные и добросовестные школьники, склонные к частым самопроверкам и ориентированные на высокое качество выполнения работы.

Таким образом, было доказано существование связи психологических особенностей учащихся с их математическими способностями. Имеет место значимая прямая связь способностей учеников к математике с их эмоциональной устойчивостью, педантичным и застревающим типами характерологической акцентуации, а также значимая обратная связь математических способностей с экстраверсией и демонстративным типом акцентуации характера школьников.

Милованова Н.В., Баз Л.Л.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ
ПРОГРАММЫ «ПРОФМАСТЕР» В КОЛЛЕДЖЕ С КОРРЕКЦИОННО-
РАЗВИВАЮЩИМ ОБУЧЕНИЕМ
Строительный техникум № 12 (Москва).**

Выбор будущей профессии часто представляет большую проблему для молодых людей. Особенно остро она стоит в случае подростков с особыми потребностями. Важно не только выбрать интересную специальность, но и учесть их ограниченные возможности. Работая в Строительном колледже № 12, в коррекционных группах, мы использовали для профессиональной ориентации поступающих на обучение студентов профориентационную программу «ПрофМастер». Она была разработана Центром тестирования и развития «Гуманитарные технологии» МГУ им. М.В. Ломоносова. Система тестирования «ПрофМастер» включает в себя батарею из двух профориентационных тестов. Первый блок: диагностика интересующих условий работы. Позволяет определить основные требования ребёнка к условиям будущей работы, его предпочтения по характеру деятельности. Второй блок определяет структуру склонностей ребенка, направления его интересов и личностных качеств: склонности к ручному труду, работе с природными объектами, с творческим материалом, и т. п. Для студентов предлагались две специальности: швея в сырьейно-красильных и скорняжных цехах и столяр. После тестирования и беседы с психологом подростком рекомендовалась та или иная специальность. В конце первого учебного полугодия оценки студентов, полученные по труду, сравнивались с результатами теста «ПрофМастер», проведенного до начала обучения.

Гипотеза исследования: Предложенная профориентационная программа позволяет эффективно прогнозировать успешность обучения детей с особыми потребностями

Цели исследования: 1. Апробировать программу тестирования «ПрофМастер». 2. Оценить эффективность программы тестирования «ПрофМастер».

Объектом исследования стали 48 человек, учащиеся групп коррекционно-развивающего обучения, обучающиеся по профессиям «Швея в сырьейно-красильных и скорняжных цехах» и «Столяр». Учащиеся в этих группах – дети с ограниченными возможностями здоровья и задержкой психического развития. Возраст: 15-17 лет, все они являлись выпускниками 9 класса коррекционной школы 8 вида. Исследование проводилось в течение 3 лет.

Результаты: Показатели успеваемости студентов за 1-е полугодие обучения были сравнены с результатами теста «ПрофМастер» с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Было получено, что текущая успеваемость детей зависит от профессиональных навыков по определенной профессии. Для профессии столяр оценки по трудовому обучению зависят от шкалы «Усидчивость» ($r_s=0,15 \leq T_{kr}=0,24$), «Ручной труд» ($r_s=0,24 \leq T_{kr}=0,24$), «Техника» ($r_s=0,12 \leq T_{kr}=0,25$), при $p \leq 0,01$. Поэтому для успешного обучения детей по профессии «Столяр» прежде всего необходим высокий показатель навыка техники.

По профессии «Швея в сырьейно-красильных и скорняжных цехах» ситуация похожа: усидчивость $r_s=0,12 \leq T_{kr}=0,25$, ручной труд - $r_s=0,0576 \leq T_{kr}=0,25$, техника $r_s=0,43 \leq T_{kr}=0,22$, при $p \leq 0,01$.

Из полученных результатов следует, что текущая успеваемость по профессии «Швея в сырьейно-красильных и скорняжных цехах» зависит в большей мере от показателя усидчивость и ручной труд.

Таким образом, в нашем исследовании было доказано, что имеется тесная связь между показателями определенных шкал теста «Профмастер» и успешностью овладения определенной специальностью у детей с особыми потребностями.

Нифонтова А.В., Воликова С.В.

ШКОЛЬНЫЙ БУЛЛИНГ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИЗАДАПТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ

Московский НИИ психиатрии, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Последнее время зарубежные и отечественные психологи исследуют феномен школьного насилия, или буллинга. Школьное насилие встречается в детских коллективах и является серьезной проблемой. У ребенка, постоянно находящегося в виктимной ситуации, может снижаться учебная мотивация, могут проявляться симптомы тревожных и депрессивных расстройств, а также повышается суицидальный риск. У взрослых, которые были жертвами школьного буллинга в детстве, более высокий уровень депрессии и более низкий уровень самооценки, они чаще подвержены социальной изоляции, чаще проявляют симптомы социальной тревожности, черты асоциального поведения.

Цель исследования: определить распространенность школьного насилия (буллинга), выявить связь уровня депрессии, тревоги и агрессии, а также восприятия учебной ситуации и школьного насилия.

Методы исследования: анкета, позволяющая измерить уровень собственной вовлеченности в буллинг, а также степень и характер выраженности этого явления в классе; опросник детской депрессии (CDI) М. Kovacs; опросник личностной тревожности (А. М. Прихожан); опросник «Школьная ситуация» (В.К. Зарецкий,

А.Б. Холмогорова); методика диагностики показателей и форм агрессии (А. Басс, А. Дарки).

Испытуемые: было обследовано 143 школьника 5-7 классов общеобразовательных школ г. Москвы.

Результаты: проведенное исследование показало, что 14,7% детей (21 чел. - основная группа) из обследованной выборки признается в том, что регулярно подвергается физическому или психологическому насилию со стороны одноклассников. Среди причин школьного буллинга называется внешний вид детей-жертв, поведение, отличающееся от поведения одноклассников, плохая успеваемость, другая национальность. Было выявлено, что дети-жертвы буллинга чаще высказывают суицидальные намерения (33,3% подростков основной группы), чем дети, не подвергающиеся насилию (16%), чаще оказываются в группе риска по общему уровню депрессивности, у них выше общий уровень депрессивности ($p=0,000^{**}$), выше уровень тревоги ($p=0,000^{**}$). Обнаружена связь школьного буллинга и депрессии ($p=0,320^{**}$). У детей-жертв школьного буллинга выше уровень физической агрессии ($p=0,016^{*}$) и чувства вины ($p=0,049^{*}$). Большинство детей основной группы обладает высоким уровнем враждебности, что может быть как следствием буллинга (постоянное пребывание в виктимной ситуации развивает негативные чувства и оценки людей и событий), так и фактором, провоцирующим издевательства.

Анализ ответов школьников обеих групп показал, что дети часто игнорируют, не вмешиваются в разворачивающуюся на их глазах ситуацию травли кого-то из одноклассников. Дети-жертвы особенно редко оказывают помощь одноклассникам, оказавшимся в виктимной ситуации, предпочитая не вмешиваться, или не замечают буллинга. Причина невмешательства связана со страхом вновь оказаться жертвой издевательств. Дети-жертвы, подвергаясь издевательствам, не могут дать отпор обидчикам, применяя в основном пассивное сопротивление или отказываясь от него, тогда как школьники контрольной группы утверждают, что им удалось остановить буллинг. В ситуации травли школьники-жертвы буллинга считают, что никто не может помочь, либо, в крайнем случае, обращаются за помощью к взрослым (учителям, администрации школы, родителям), не надеются на свои силы, практически никогда не обращаются к сверстникам. Школьники, не подвергающиеся травле, уверены, что могут справиться сами, обратиться за помощью к сверстникам. Как правило, отвергаемые дети испытывают трудности в общении со сверстниками. Они в одиночку или при помощи взрослых (которые обладают меньшим авторитетом в период подросткового возраста) пытаются справиться с буллингом, неизменно претерпевая поражение.

Школьный буллинг - явление, которое не просто отражает патологические отношения «булли-жертва», но свидетельствует о нарушениях на уровне системы в целом. Так, дети, наблюдающие школьный буллинг, зачастую предпочитают не вмешиваться, а иногда даже присоединяются к обидчикам, что косвенно или напрямую подкрепляет и усиливает издевательства. Учителя не всегда способны остановить буллинг, кроме того, могут использовать унижение детей в «педагогических» целях, что безусловно не ведет к снижению издевательств в классе. Особенности взаимодействия в семье (родительская невключенность, враждебность или, напротив, гиперопека) также оказывают влияние на формирование и закрепление у ребенка позиции жертвы. Поэтому программы преодоления и профилактики школьного буллинга должны основываться на системном подходе, должны включать и быть ориентированы на всех субъектов учебно-воспитательного процесса.

Почти в каждом детском коллективе может появиться ребенок или подросток, которого будут обижать сверстники. Воздействие на эту ситуацию должно быть системным. Важно взаимодействие всех субъектов учебно-воспитательного процесса, в том числе учителей, родителей, психологов, группы сверстников.

Орлова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПЕДАГОГА И ОЦЕНКА ШКОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ УЧАЩИМИСЯ НАЧАЛЬНОГО ЗВЕНА ШКОЛЫ VI ВИДА

Средняя образовательная школа № 1 (Московская обл.).

В психолого-педагогической литературе освещены многие аспекты восприятия учителями учащихся, показана роль учителя в учебно-воспитательном процессе. В меньшей степени затронута проблема оценки восприятия учителя и изучение школьной ситуации глазами учащихся. Однако экспериментально доказано, что содержание представлений об учителе, положительный опыт взаимодействия с ним влияют на формирование эталонов поведения учащихся, определяют способ общения, который они выбирают в контактах с окружающими, отражаются на развитии их личности, становлении характера, на формировании их как субъектов учебной деятельности. Особое место отводится младшим школьникам. Ведущей деятельностью для данного возраста является учебная, а учитель становится центральной фигурой учебного процесса. Образ учителя одновременно выполняет замещающую функцию матери в ситуации учебной сепарации ребенка и способствует формированию позиции ученика, укреплению внутренней уверенности в своих силах, что обуславливает успешную социальную адаптацию к учебному процессу и дальнейшую интеграцию в обществе.

Взгляд на проблему общения учащихся с учителем при наличии отклонений развитии у первых, является особенно актуальным. В олигофренопсихологии рассматриваются некоторые аспекты восприятия педагога школьниками. Стоит отметить также взаимовлияние педагога и младших подростков с интеллектуальной недостаточностью в контексте проблемы психического выгорания.

Проводимое нами исследование проходило на базе двух учреждений: государственном бюджетном образовательном учреждении г. Москвы “Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат VI вида № 17” и муниципальное бюджетное образовательное учреждение “Средняя общеобразовательная школа № 1” г. Юбилейный. В исследовании приняли участие две группы испытуемых. Из ГБОУ СКОШИ VI вида № 17 - 19 человек, учащихся 0-4 класса в возрасте от 8 до 12 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата, а также из МБОУ СОШ № 1 г. Юбилейный - 19 человек, учащихся 3 класса в возрасте от 9 до 11 лет без нарушений опорно-двигательного аппарата.

В результате проведенного нами эмпирического исследования особенностей восприятия педагога и школьной ситуации младшими школьниками с нарушением опорно-двигательного аппарата обнаружено следующее: значения по отдельным показателям выше у изучаемой категории младших школьников, по другим – ситуация противоположная. К первому типу относятся случаи:

- Изучение представлений учащихся о значимых моментах взаимодействия с педагогом показало, что младшие школьники с нарушением опорно-двигательного аппарата более эмоционально привязаны к педагогу и испытывают

большой трепет и удовлетворение от факта эмоциональной поддержки педагога, чем сверстники без нарушений (разница составляет 17%).

- Оценка эмоционального восприятия педагога в группе младших школьников с нарушением опорно-двигательного аппарата выше на 5 баллов, нежели в группе здоровых сверстников.

- Уровень школьной тревожности в группе младших школьников с нарушением опорно-двигательного аппарата выше на 36%, по сравнению с аналогичным показателем в группе здоровых сверстников.

По некоторым показателям значения в группе младших школьников с нарушением опорно-двигательного аппарата оказались ниже. К ним относятся:

- Оценка межличностного взаимодействия с педагогом в изучаемой группе младших школьников на 1,3 балла ниже аналогичной оценки здоровых сверстников. При проверке на достоверность различия по данному параметру оказалось что, нарушение опорно-двигательного аппарата оказывает влияние на неполное удовлетворение личных (неделовых) отношений с педагогом, недостаток внимания, уделенного каждому ученику индивидуально; возможно существование некоторой недооценки учащегося как личности ($p \leq 0,05$).

По результатам проведенного эмпирического исследования были даны рекомендации по оптимизации восприятия образа педагога и оценке школьной ситуации младшими школьниками с нарушением опорно-двигательного аппарата. Психолого-педагогические рекомендации составлены с учетом специфики нарушения учащихся и своеобразия возрастного периода. При соблюдении предложенных рекомендаций можно говорить, что у изучаемых младших школьников повысится значимость собственной деятельности и появится стремление к получению высокой оценки, выставленной педагогом в ходе учебно-воспитательного процесса, также снизится уровень школьной тревожности, а оценка эмоционального восприятия школьной ситуации возрастет.

Печора К.Л.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕГРАД У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНО-ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Многие психотерапевты и психологи неоднократно обращались к проблеме стресса у детей и подростков, который возникает в результате того, что ребенок не в состоянии преодолеть те психологические преграды, которые перед ним возникают. Причины, вызывающие стресс у ребенка, разнообразны. Это может быть рождение младшего ребенка в семье. В виде защиты проявляются реакции, характерные для более младших детей, и требуется помощь взрослого: соска, бутылочка, взять на руки, произносятся лепетные звуки и др. Дети трудно переживают уход из семьи одного из родителей и появление нового члена семьи. Особенно тяжело оторваться малышам от близких, когда они должны расставаться на долгое время. Дети, не подготовленные к этому, могут проявлять невротические реакции в виде тиков, первоначальных форм заикания, страхов. Стрессы, возникающие при адаптации к новым условиям жизни, связаны с готовностью ребенка приспособиться к этим условиям. А это, в свою очередь, связано с биологическим анамнезом, своевременным формированием у ребенка чувства «надежной привязанности» к близким, матери, что лежит в основе развития уверенности в себе, ак-

тивности личности. Помимо создания определенных стереотипов, с первых месяцев жизни, необходимых для приспособления к среде, важно формировать адаптационные механизмы методами физического воспитания, закаливания, социального развития, формирования познавательных потребностей ребенка.

Для ведения ребенка в периоде адаптации при поступлении в ДООУ нами разработаны психолого-педагогические параметры, определяющие готовность поступления ребенка в ДООУ. Они состоят из 3-х блоков: поведение, связанное с удовлетворением органических потребностей (сон, аппетит, контроль за отправлениями), наличие или отсутствие отрицательных привычек, преобладающее настроение; уровень нервно-психического развития; формирование таких черт личности как социальное развитие, формирование познавательных потребностей, проявление уверенности в себе, адекватное отношение к оценке взрослым его деятельности и т. д.

В течение нескольких лет в ДООУ применяется разработанный нами «Дневник для воспитателей групп раннего возраста», где фиксируется поведение детей в периоде адаптации, ведение их воспитателем, психологом, медицинскими работниками. Анализ наблюдения за детьми раннего возраста показывает, что тяжелее всего приходится детям, которые не готовы к общению со сверстниками. Если каждый ребенок тщательно изучается до поступления в ДООУ и ведется внимательно в периоде адаптации, этот процесс протекает благополучно. Однако далеко не всегда преодоление психологических преград протекает успешно. Оно может выступать в форме дизадаптации в более старшем возрасте, особенно при поступлении детей в школу.

Среди других проявлений дизадаптации нас беспокоит проблема нарушения взаимоотношений в коллективе сверстников. Чаще это возникает у тех детей, которые в современном коллективе сверстников выглядят как «белая ворона». В коллективе детей все чаще и в более жестких формах проявляется агрессия, направленная на более слабых, не умеющих защититься, тех, которые воспитаны по-другому (интересы этих детей направлены на чтение, искусство, учебу). Это другой стиль воспитания в семье, который не вписывается в коллектив сверстников. Такие дети страдают, замыкаются в себе, у них появляется чувство неполноценности, страха, им сложно найти друга или подругу, в которых они так нуждаются в школьном возрасте.

Один из психотерапевтов 20-х годов Адольф Адлер назвал «стилем жизни человека» соединение уникальных способов поведения, привычек, который формируется к 4-5 годам. При этом проявляется соединение степени активности и социального интереса. Только социальный интерес, по мнению Адлера, имеет особое значение и может говорить об уровне деятельности – продуктивна она, конструктивна или деструктивна. Входя в группу сверстников, ребенку важно занять там достойное место, быть уверенным в себе, гордиться своими достижениями. Если ребенок чувствует, что его не воспринимают как активного участника взаимодействия, то он выходит из этой роли в силу бессмысленности своей активности, ощущает чувство неполноценности.

В большой степени чувство неполноценности связано с воспитанием ребенка в семье. Особенно отрицательно влияет на формирование личности ребенка подавление его инициативности, самостоятельности, когда не формируются социальные интересы в кругу семьи и за его пределами. В этом случае родители требуют только подчинения, при этом природная активность тормозится, дети не готовы к принятию решений, уходят от трудностей.

В нашей практике нам удавалось при активной работе с родителями дать возможность обрести детям чувство уверенности в себе, преодолеть тревожность. Помимо метода Б.З. Драбкина «Гипноз материнской любви», велась индивидуальная работа с родителями ребенка: выявлялись трудные ситуации в его жизни, анализировалось поведение, составлялся индивидуальный план, помогающий преодолеть психологические преграды при общении со сверстниками, учителями, обучением. Эти мероприятия снимали чувство неполноценности, повышали уровень притязаний, успеваемости, что предполагало повышение интереса в коллективе сверстников. Очень важно при этом реальное достижение успеха.

В настоящей школе, где возникают трудности во взаимоотношениях детей в коллективе, перед школой и семье стоят задачи формирования у детей чувства толерантности, умения видеть в сверстниках ценное, интересное, нужное, доброе. Необходимо формировать у детей в своем коллективе быть нужными, значимыми, уметь преодолевать психологические преграды, достигать успехов. Решение этих задач на современном уровне достаточно сложно и требует больших усилий со стороны воспитателей, учителей и специалистов разного профиля.

Решенок Д.Н.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ
Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины (Беларусь).**

Актуальность исследования психологической адаптации и психологического здоровья учащейся молодежи определяется наличием большого количества стрессогенных факторов в окружающей личность обстановке: работой со значительным объёмом информации при подготовке к занятиям, интенсивным межличностным общением, предстоящим личностным самоопределением в профессиональной среде, высокой мотивацией достижений наряду с иллюзией неисчерпаемости личностных ресурсов, склонностью к рискованному поведению, поиску новых ощущений. Последствия переживаемого стресса могут негативно сказаться на их психологическом здоровье, которое является важным условием для плодотворной жизнедеятельности человека. Психолого-педагогической адаптации ребенка, подростка в учреждениях образования не способствует и наличие «родительских программ», страх самих родителей перед реальностью передаётся детям и может вылиться в способ ухода в ту или иную форму зависимого поведения. Негативно влияют и некоторые личностные особенности, подверженность маргинальному поведению, плохой опыт пребывания в интернет-пространстве, отсутствие знаний и установок относительно роли виртуальной среды в жизни личности. Роль имеет и соблюдение правовых норм, регулирующих информационное пространство, информационная культура педагогов, наличие или отсутствие контроля за деятельностью ребенка, подростка в сети. Исследователи проблематики компьютерной зависимости считают, что провоцирующие факторы данной проблемы задаются также традиционной школьной системой, которая несёт мощный отпечаток разрыва с действительностью, а также средствами массовой информации, в которых яркость подачи материала затмевает его содержательную часть. Здесь сказываются и общие противоречия общественного и культурного развития. Таким образом, компьютерная зависимость представляет новую проблему для общества, поскольку нет гарантий, что за время чрезмерной заинтересованности компьютером психика человека не будет повреждена [1].

Наряду с негативными факторами психолого-педагогической адаптации возможно назвать и позитивные. Для ребенка, подростка в условиях учреждений образования немаловажным будет совершение перцептивных действий с окружающими вариативными объектами. Особенно важным является осуществление школьником гностического перцептивного действия при восприятии им объекта из школьной программы, имеющего вариативную форму (каменный уголь, чучело животного, металлический шар и т. д.). Нами предлагается модель гностического перцептивного действия школьника при восприятии предмета с вариативной формой (имеющего несколько степеней свободы). Согласно модели, для формирования образа объекта с вариативной формой подросток-школьник, совершая перцептивные действия, обязательно выполняет шесть условий:

1. До начала изучения вариативности и организации специальных перцептивных действий подростку необходимо усвоить статическую форму объекта (алгоритмическое условие).

2. Объект с вариативной формой необходимо предоставить подростку на уроке именно в натуральном виде (структурное условие).

3. Перцептивная система для выявления свойств вариативности изучаемого объекта должна иметь моторный компонент для активного воздействия на него и зрительный компонент (структурное условие).

4. Подростку необходимо наносить перцептивное действие и изменять форму объекта собственными моторными движениями, а не движениями учителя, одноклассника). В данный момент зрительная система фиксирует форму объекта до воздействия и изменение ее после воздействия и производит сравнение первоначального состояния и конечного (алгоритмическое условие).

5. Перцептивные действия на изучаемый объект подростку необходимо производить однокоординатно. Многовекторное одновременное действие на объект не применяется (алгоритмическое условие).

6. Перцептивные действия на изучаемый объект подростку необходимо производить быстро и скачкообразно. Этим обеспечивается возможность зрительной системе объединять в пару два «снимка» - до и после воздействия. Во время перцептивного действия не совершаются иные воздействия на объект как со стороны подростка, так и со стороны иных лиц (учителя, одноклассников), т. е. перцептивное действие совершается «на фоне тишины» (алгоритмическое условие).

При проведении школьных уроков, где происходит изучение объектов с вариативной формой, учителя в виде наглядности продолжают использовать демонстрацию в натуральном виде объектов с вариативной формой, при этом они не ограничиваются демонстрацией рисунков, схем с видом данных объектов. У современных педагогов школ нет теоретических правил для дидактического подбора таких объектов и условий их демонстрации, поэтому они оценивают необходимость натурной демонстрации объектов с вариативной формой и используют на занятиях метод демонстрации интуитивно и имплицитно. В связи с этим возникает проблема найти теоретические доказательства необходимости использования натурной демонстрации объектов с вариативной формой на уроке. Алгоритм гностического перцептивного воздействия человека на объект, если его форма вариативная, будет всегда строго процессуальным. Аналогичный алгоритм использует перцептивная система подростка-школьника при восприятии объекта с вариативной формой в ходе проведения урока. Новая специализированная модель перцептивного действия подростка при усвоении образа объекта с вариативной формой в

школьном курсе обучения основана на общем алгоритме гностического перцептивного действия, предложенном А.В. Запорожцем [2].

Образовательная среда средней школы выступает не только в качестве совокупности условий и возможностей личностного развития ученика, но и является развивающей образовательной средой с точки зрения психолого-педагогической адаптации ребенка. Имеется несколько различных факторов, влияющих как положительно, так и негативно в данном отношении [4, 5]. К негативным возможно, например, отнести засилье «компьютерного» обучения в школе, обедняющее «живое» общение ребенка со сверстниками, в семье, и т. д. Наше исследование показало, что совершение перцептивных действий учеником школы и развитие навыков их совершения является позитивным фактором адаптации. Перцептивные действия развивают восприятие школьника, что в дальнейшем приводит также и к повышению уровня школьной успеваемости [3]. С этой точки зрения перцептивные действия ученика средней школы являются психолого-педагогическим фактором развития образовательной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермоленко И.А. Компьютерная зависимость: теоретические и прикладные аспекты / А.В. Северин, И.А. Ермоленко. – Брест : Альтернатива, 2011. – 104 с.
2. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. – М. : АПН РСФСР, 1960. – 430 с.
3. Решенок Д.Н. Развитие у школьников навыков совершения перцептивных действий: учеб.-метод. пособие / А.В. Северин, Д.Н. Решенок. – Брест : БрГУ, 2011. – 44 с.
4. Якиманская И.С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе / – М. : Сентябрь, 1996. – 96 с.
5. Якунин В.Я. Педагогическая психология. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 2000. – 272 с.

Романова Ф.А.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ

Психиатрическая больница № 13, филиал № 3 (Москва).

Школа перед детьми ставит ряд задач: - ученику необходимо успешно овладеть учебной деятельностью; - усвоить школьные нормы поведения; - приобщиться к коллективу; - приспособиться к новым условиям труда и режиму. Выполнение этих задач связано с предшествующим опытом ребенка. Положительный эффект приспособления к школе сказывается в достижении адекватного поведения в новой среде, а так же готовности к выполнению стоящих перед ребенком задач. При поступлении в школу социально-психологическая адаптация представляет собой процесс перестройки поведения и деятельности ребенка в новых условиях, включающий в себя формирование средств и способов поведения, направленных на овладение учебной деятельностью и взаимодействие с новой социальной средой. Для выполнения школьных задач и усвоения материала у ребенка должен быть достаточный уровень интеллектуального развития. Несоответствие его умственных возможностей и поступающей информации создает для ученика большие трудности, что осложняет адаптацию и тормозит общее психическое развитие. Психологическая готовность к школе включает в себя и социальную зрелость, доминирование мотива, побуждающего выполнять предъявляемые школой требо-

вания. Недоразвитие мотивационно-потребностной сферы, несоблюдение социальных норм препятствуют овладению школьных навыков. Кроме этого, ребенок в коллективе должен уметь общаться с другими детьми и соблюдать нормы и правила школы. Если с этим ребенком не справляется, то в результате всего замедляется адаптация в школе. Новый социальный статус предъявляет серьезные требования к физическому и психическому здоровью ребенка.

Разнообразие эмоций, которые испытывает ребенок, во многом формирует его поведение. На фоне этого облегчается или усложняется учебная деятельность. Успех в учебе создает особый подъем и вызывает положительные результаты, уверенность в свои силы, ребенок легче адаптируется в школе. И наоборот, неуспешный ребенок испытывает отрицательные эмоции, чувствует себя изгоем и поэтому труднее адаптируется. Наибольшие трудности испытывают дети, у которых наряду с интеллектуальными дефектами обнаруживается недоразвитие мотивационно-потребностной сферы. В их поведении преобладают черты инфантилизма, уход в игру, что является своеобразной формой компенсации. Подобное поведение приводит к нарушению адаптации и обуславливает задержку психического развития. Все эти компоненты в комплексе приводят к школьным фобиям, затем соответственно к школьной дизадаптации, последнее неблагоприятно отражается на состоянии детей и приводит к возникновению разнообразных нервно-психических расстройств.

Диагностика нервно-психических расстройств в условиях общеобразовательного учреждения является актуальной проблемой. Пограничные состояния (донозологические) являются основными формами нарушений психического здоровья школьника. Подобное состояние специалисты называют пограничным, или переходным.

Диагностика нервно-психических расстройств должна проводиться на уровне донозологических нарушений с использованием комплекса современных медицинских, психологических, физиологических и педагогических тестов. Пограничные нервно-психические расстройства занимают особое место в структуре психической патологии у детей. Они включают в себя невротические реакции, реактивные состояния, психозы, неврозы, патологические развития личности, психопатии, широкий спектр невротико-психопатоподобных расстройств. Диагностика данных расстройств представляет собой комплексную проблему, мультидисциплинарную, требуя участия не только врачей, но и психологов, педагогов, воспитателей и родителей. Таким образом, мультидисциплинарный подход к вопросу адаптации необходим для того, чтобы выявить уровень устойчивости организма школьника в отношении психогенных воздействий в различных возрастных группах.

Тельнюк И.В., Худик В.А.

**ОПЫТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ДЕТЕЙ В ГРУППЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ
В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**

**Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.
И.П. Павлова (Санкт-Петербург), Ленинградский государственный универ-
ситет им. А.С. Пушкина (Ленинградская обл.).**

В последнее время отечественное специальное образование сталкивается с проблемами реформирования общей концепции образования в связи с чем долж-

ны корректироваться задачи по подготовке специалистов, работающих как со здоровыми детьми, так и с лицами, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии. Комплектование групп комбинированной направленности дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) обусловлено тенденцией становления инклюзивного образования. Это, в свою очередь, требует изменения системы отношений как в среде педагогов, так и в детской среде, в системе родительских отношений, что возможно при реализации новых программ интегрированного обучения и воспитания.

В детском саду № 93 Выборгского района Санкт-Петербурга с 2011 г. реализуется программа опытно-экспериментальной работы «Организация совместного образования детей, не имеющих нарушений развития, и детей с ограниченными возможностями здоровья в группах различной направленности образовательных учреждений Санкт-Петербурга, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования». Особое место в этом процессе отводится службе психолого-педагогического сопровождения, ориентированной на работу с: а) педагогами; б) детьми групп комбинированной направленности; в) родителями детей и близким семейным окружением. Задача психолого-педагогического сопровождения заключается в оказании помощи по социализации детей в образовательную среду, по оптимизации учебно-воспитательного процесса и разработке индивидуальных и групповых развивающих когнитивно-личностных программ для детей с нормальным и отклоняющимся развитием. В работе службы психолого-педагогического сопровождения принимают участие: педагог-воспитатель ДОУ, дефектолог, логопед, психолог, социальный работник, методист по опытно-экспериментальной работе, а также особое место в их совместной работе отводится педиатру, который ведет учет индивидуальных медико-физиологических параметров физического и психомоторного развития детей. Взаимодействие этих специалистов координируется опытно-экспериментальным проектом, реализующим программу внедрения и сопровождения инклюзивного образования.

Проект реализации настоящей программы включает:

1. Опыт диагностической работы. Всестороннее обследование детей выявило особенности их психического развития. Так, из числа наблюдавшихся в 2012 г. (45 детей) у 17 отмечались специфические расстройства речи. Рекомендации психолога и логопеда использовались в целях социально-педагогической диагностики, обучения и воспитания детей в условиях группы комбинированной направленности.

2. Разработка индивидуальных и групповых программ в работе с детьми, педагогами и родителями. Предложенные программы касались всех субъектов образовательного пространства. В частности, для детей в этих программах учитывались индивидуальные особенности психофизического и речевого развития, разрабатывались методические приемы в коррекции речевых навыков; для педагогов давались рекомендации и технологии индивидуальных и групповых занятий с детьми по когнитивно-личностному росту и социализации детей в группе комбинированной направленности; для родителей разрабатывались рекомендации по воспитанию детей в семье, привитию у них навыков речевого опыта и развитию коммуникативных способностей. Наши опросы родителей показали, что их отношение к инклюзивному образованию неоднозначно, но 36% опрошенных мам считают полезным системный коллективный подход различных специалистов в психолого-педагогическом сопровождении детей с различным уровнем физического и психического развития.

3. Повышение квалификации педагогов и родителей в вопросах обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Педагоги дошкольных учреждений в связи с концепцией инклюзивного образования мотивированны на получение дополнительного образования, в частности, по логопедии, специальной педагогике и психологии детского развития на курсах повышения квалификации. Для педагогов ДОУ на базе Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П. Павлова организован курс повышения квалификации для логопедов детской сети образовательных учреждений «Оптимизация психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями речи». Особое место в программе отводится роли медицинских дисциплин, а также усвоению логопедических технологий в работе с детьми; их значению в профессионализации опыта педагога. Для родителей детей проводятся семинары и мастер-классы по организации логопедической помощи в условиях семьи, показана роль родителей в системном подходе учебных занятий в корригировании речевого развития детей в дошкольном и начальном школьном возрасте. Для родителей проводились родительские собрания, индивидуальные консультации различными специалистами ДОУ, где освещались вопросы инклюзивного образования и здоровьесбережения. Такая работа способствовала осведомлению родных и близких детей о направлении деятельности дошкольного учреждения, подготовке к пребыванию их детей в группах детского сада комбинированной направленности.

4. Внедрение новых обучающих технологий, тренингов в работе педагогов с детьми в условиях группы комбинированной направленности. Опыт профессионально-педагогической деятельности воспитателей наряду с общими требованиями к организации учебной и воспитательной работы включает возможности применения педагогом новых обучающих технологий — мультимедийных программ, компьютерных интерактивных программ речевого развития, программы индивидуального и дифференцированного подхода к девочкам и мальчикам в условиях гетерогенной группы, использование арт-релаксационных техник в группах комбинированной направленности, программы оздоровительной и профилактической работы с детьми средствами моторно-сенсорной коррекции и др.

Выделенные критерии в реализации программы психолого-педагогического сопровождения детей в условиях инклюзивного образования свидетельствуют об усилении требований, которые предъявляются к современному педагогу ДОУ, в том числе и при прохождении плановой аттестации. Данный опыт связан с концепцией перехода к инклюзивному образованию, всестороннему подходу в вопросах профессионализации личности педагога-воспитателя.

Холодкова О.Г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БЕЗОТМЕТОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ, ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОМУ ИСКУССТВУ И МУЗЫКЕ

Алтайская государственная педагогическая академия (Барнаул).

Оценивание рассматривается как одна из важных целей обучения, предусматривается, что учитель и ученик вместе определяет оценку. Как учитель, так и ученик имеет право изменить оценку, если они смогут аргументировано доказать, что она завышена или занижена. С психологической точки зрения традиционная система оценивания имеет следующие недостатки:

- не дает полноценной возможности для формирования у учащегося оценочной самостоятельности. Общепринятая “отметочная” система выполняет функцию внешнего контроля успешности обучения учащегося со стороны учителя. Она не предполагает ни оценки учеником собственных действий, ни сопоставления его внутренней оценки с внешней оценкой (оценкой учителя, других учеников);

- затрудняет индивидуализацию обучения. Учителю трудно зафиксировать и положительно оценить реальные достижения каждого конкретного ребенка в сравнении с предыдущими результатами его обучения. Учителю приходится лавировать между фиксацией успешности результата ребенка, сравнивая этот результат с некоторой среднестатистической нормой, и фиксацией успешности результата для данного ребенка. Даже если учитель склонен к оценке индивидуального результата ребенка, официальный статус отметки сводит на нет все старания педагога;

- является малоинформативной. По отметке часто нельзя судить о действительном уровне знаний, что самое главное, нельзя определить направление дальнейших усилий – что именно надо улучшить, над чем поработать, в какой степени это вообще возможно для данного ребенка;

- часто имеет травмирующий характер. Полностью сосредоточенная в руках учителя, “отметочная” система нередко оказывается орудием манипуляции и психологического давления, которое направлено, с одной стороны, непосредственно на ребенка, с другой стороны, на родителей. Последние, в свою очередь, подчас даже непроизвольно, тоже используют это средство для оказания давления на ребенка. Все это приводит, как известно, к снижению интереса к обучению, росту детской тревожности.

Особо ярко вышеперечисленные недостатки обнаруживаются при оценивании таких предметов, которые требуют наличия у ребенка природных задатков, индивидуальных, а не общих, академических способностей. К ним можно отнести такие предметы, как физическая культура, изобразительное искусство и музыка.

Оценивание результатов обучения происходит и при безотметочном обучении, которое представляет собой систему отражения качественного результата обучения школьников без использования количественного выражения результата оценочной деятельности. Основные цели безотметочного обучения – сделать оценку учащихся более содержательной, объективной и дифференцированной. В условиях безотметочного обучения важно сформировать положительное отношение детского коллектива к каждому ученику, так как каждый имеет свой темп развития, свои успехи.

Детей нельзя сравнивать: этот умный, спокойный, лучше других, а этот слабый, отстающий. То, что одному дается легко и просто, для другого может представлять большие трудности. В связи с этим нужно нацелить детей не на обнаружение недостатков одноклассников, а на выявление положительных сторон. При безотметочном обучении очень важно научить детей эталонам самооценки, способам обнаружения возможных ошибок и их исправления.

Кроме того, безотметочное обучение стимулирует школьника формировать внутреннюю, не внешнюю мотивацию. При традиционной системе оценивания отметка выступает в качестве внешнего мотивационного фактора, во многом определяя успешность или неуспешность учебной деятельности ребенка. Однако этот путь не всегда эффективен. Необходимо сформировать мотивацию внутреннюю, чтобы сам процесс учения вызывал интерес и стимулировал познавательную активность человека.

При безотметочном обучении изобразительному искусству, физической культуре и музыке можно раскрыть природный потенциал ребенка, не «зажимая» его в рамки стандарта, отметки. При этом мы даем возможность ребенку самостоятельно оценить свои способности, выстроить перспективы развития в том или ином направлении и сделать тот правильный для него один выбор, который определен его природой и непосредственным желанием. Мы считаем, что такие предметы следует перевести на зачетную систему оценивания, учитывая также и посещение отдельными детьми спортивных и музыкальных школ, изостудий.

Яковлева Ю.А.

ОТНОШЕНИЕ ПЕДАГОГОВ К ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, СТРАДАЮЩИМ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Научно-исследовательский психоневрологический институт им.
В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

Актуальность. В настоящее время одной из проблем в области психиатрии является стигматизация детей и подростков, страдающих заболеваниями психоневрологического профиля и толерантность современного общества к ним. Эпилепсия - заболевание, при котором социальные ограничения вследствие предубежденного общественного отношения становятся первостепенным фактором дизадаптации пациентов. Применение современных антиэпилептических препаратов позволяет добиться клинической ремиссии приступов, однако, общественное мнение формирует у детей и особенно подростков, страдающих эпилепсией, ощущение своей неполноценности, и существенно влияет на образ и качество жизни пациентов. Существуют годами сформировавшиеся предрассудки, касающиеся больных эпилепсией, которые передаются из поколения в поколение без учета природного, лекарственного и социокультурного патоморфоза.

Цель: изучить отношение воспитателей детсадов как представителей первичного общественного звена к детям и родителям детей, страдающих эпилепсией, а также трудности и опасения педагогов в работе с данным контингентом.

Материалы и методы. С помощью специального опросника, разработанного в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста НИПНИ им. В.М. Бехтерева были обследованы 69 воспитателей детсадов г. Санкт-Петербурга. Средний возраст педагогов 39.24±0,61 лет, 28 (40,6%) опрошенных имели высшее педагогическое образование, 41 (59,4%) – среднее специальное, в коррекционных детсадах работали 19 (27,5%) педагогов.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования было выявлено, что воспитатели детсадов среди социально значимых и представляющих опасность для общества заболеваний психоневрологического профиля детей и подростков ставят эпилепсию на второе место после злоупотребления ПАВ и алкоголем, на третьем месте - депрессия и суицидальное поведение.

Свое представление о детях, страдающих эпилепсией, педагоги в большей части случаев - 56,5% (39) - формировали на основании данных СМИ (телевидение, газеты), в 30,4% (21) исходя из личного опыта, в 8,7% (6) - на основании данных специализированной медицинской литературы, столько же узнавали от родственников и друзей, в 21,7% (15) - на основании данных интернета. В том, что «эпилепсия» - это расстройство психики, убеждены 13% (9) опрошенных, к расстройству нервной системы эпилепсию относят 39,1% (27) педагогов, 17,4% (12) полагают, что это результат психической травмы, 47,8% (33), что это такое же за-

болевание, как и остальные, 8,7% (6), считают это клеймом на всю жизнь. Дети и подростки, страдающие эпилепсией, вызывают у педагогов следующие чувства: печаль – в 8,7% (6), страх – у 21,7% (6), тревогу – в 30,4% (21), сочувствие – у 86,9% (60), жалость – в 34,8% (24), никаких особых чувств – у 4,3% (3).

Ответы педагогов зачастую носили противоречивый характер, с одной стороны, демонстрируя высокую толерантность к детям, страдающим эпилепсией, а с другой, особенно при наличии опыта общения с ними, выявляли определенный уровень ограничения общения и опасения. 73,9 % (51) педагогов полагают, что дети и подростки с эпилепсией могут посещать массовый детсад и школу, 8,7% (6) считают, что не должны, 17,4% (12) затруднились ответить. То, что общение с больным ребенком вряд ли будет полезным и приятным для остальных детей в группе, полагают 21,7% (15) воспитателей. Одинаковое количество педагогов - 47,8% (33) - согласилось и не согласилось бы, чтобы ребенок, страдающий эпилепсией, был гостем их собственного ребенка и посещал с ним одну группу детсада или один класс. В 56,3% (39) случаев педагоги согласны, чтобы ребенок, страдающий эпилепсией, входил в компанию друзей их собственного ребенка, 43,5% (30) были с этим не согласны. Немногим большее количество педагогов 60,9% (42) согласно на то, чтобы ребенок с эпилепсией был их соседом в доме, При этом наличие собственных детей не влияло на показатели ответов, так как среди исследуемой выборки приблизительно одинаковое количество педагогов имело 56,5% (39) и не имело 43,5% (30) собственных детей.

Для 95,7% (66) необходимым было знание, что у ребенка, посещающего класс или группу, есть диагноз эпилепсия. В случае выявления в группе такого ребенка 65,2% (45) педагогов подтвердили свою готовность относиться к нему более внимательно и терпеливо, 39,1% (27) выразили готовность объяснить другим детям, что это за расстройство, и научить других детей более внимательно относиться к больному 34,8% (24), 8,7% (6) педагогов не придали бы этому факту никакого значения, 8,7% (6) высказали опасение в данной ситуации в связи с отсутствием знания о степени своей ответственности за происходящее и затруднением в оказании помощи ребенку во время приступа, 4,3% (3) ограничили бы взаимоотношения с другими детьми, даже если давно знали этого ребенка, такую позицию высказали воспитатели, которые имели личный опыт общения с больными эпилепсией.

Выводы. Воспитатели детсадов в целом готовы проявлять большую толерантность к детям, страдающим эпилепсией, однако недостаточность знаний о самом заболевании, об их личной ответственности в отношении этих детей, страх неоказания необходимой помощи, а так же страх родителей возможных социальных осложнений в случае, если о заболевании ребенка станет известно, существенно затрудняют реализацию возможной психолого-педагогической помощи и требуют разработки специальных образовательных семинаров для педагогов.

Якубова Л.Н., Матыцына В. А., Ланда Л.А., Горчакова В.А.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ
СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА (ОТ УЧЕБЫ В
ШКОЛЕ К УЧЕБЕ В ВУЗЕ)

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Начало обучения в ВУЗе совпадает с возрастом высокого риска психической патологии, что обусловлено значительными стрессовыми нагрузками, характер-

ными для этой формы обучения. Особенно высок стресс у первокурсников, для которых этот период совпадает с вступлением в новую стадию жизни - стадию смены жизненного цикла (от учебы в школе к учебе в ВУЗе). Жизненный стресс, связанный с началом обучения в ВУЗе, является одной из причин эмоциональных расстройств, и даже суицидальных попыток.

Для оценки уровня эмоциональной дизадаптации студентов 1 курса нами использовался пакет из 10 психологических методик. Исследование, в котором приняли участие 273 студента различных факультетов Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ), проводилось в первые месяцы обучения. Главной целью исследования стала оптимизация работы психологической службы, которая создана специально для оказания помощи студентам группы риска.

В результате исследования были получены следующие данные.

1. У 19% студентов наблюдается умеренный и высокий уровень выраженности симптомов депрессии.
2. У 55% студентов наблюдаются симптомы тревоги средней и высокой интенсивности.
3. Повышенный уровень стресса испытывают около 80% студентов первого курса
4. 68% студентов испытывают интенсивный социальный дистресс.
5. Почти 90% студентов испытывают повышенную тревогу, связанную с предстоящими экзаменами
6. 21,7% студентов входят в группу риска по суицидальному поведению.

Более чем у 6% опрошенных студентов в прошлом отмечались попытки суицида и у 22% аутоагрессивные действия; у 4,3% в прошлом отмечались суицидальные мысли с намерением привести их в исполнение, а также суицидальные попытки и аутоагрессивные действия.

Снижение уровня дизадаптации у студентов МГППУ является одним из приоритетных направлений работы Отдела психологического сопровождения. В рамках работы отдела проводится комплекс психообразовательных мероприятий (встречи со студентами-первокурсниками, информирование студентов об особенностях начала обучения в ВУЗе, выпускается ряд психообразовательных брошюр), тренинговая работа, индивидуальная психодиагностика. При индивидуальном консультировании используется бригадный метод работы – студенты имеют возможность получить консультацию не только психолога, но и психиатра. Подобные меры позволяют снизить тревогу, связанную со сменой учебного заведения, уменьшить объем академического стресса, наиболее полно задействовать ресурсные возможности студентов.

Абросимов И. Н.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ, СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

**Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).**

Введение. Муковисцидоз – наследственное полимодальное системное заболевание с высокой вероятностью летального исхода. Генная мутация приводит к нарушению обмена веществ, из-за чего секрет всех экзокринных желез становится

вязким, не может эвакуироваться из организма, что приводит к множественным воспалительным и обструктивным процессам. При муковисцидозе поражаются все системы организма, в первую очередь дыхательная и ЖКТ.

За последние десятилетия, благодаря комплексному подходу в лечении, муковисцидоз перестал быть заболеванием только детей младшего возраста. Пациенты с муковисцидозом на данный момент при оптимально оказываемом им лечении благополучно достигают подросткового, юношеского, и даже взрослого возраста. С учетом прогрессирующего течения заболевания, ранней инвалидизации, невозможности получения полноценного образования и трудоустройства, а значит и стигматизации обществом, первоочередными задачами при психологическом сопровождении больных муковисцидозом, преодолевающих подростковый возраст, являются их социализация и адаптация к собственному заболеванию, совладание с ним, обуславливающие высокий уровень их качества жизни.

Цель – исследование совладающего поведения, восприятия болезни и качества жизни больных муковисцидозом и их специфика в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Было обследовано 60 больных муковисцидозом мужского ($n=24$) и женского ($n=36$) пола, проходящих плановое амбулаторное ($n=21$) и стационарное ($n=39$) лечение в РДКБ (г. Москва) ($n=29$) и ГКБ № 57 (г. Москва) ($n=31$): группа 1 ($n=30$) – больные в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст – $14,53 \pm 2,74$) и группа 2 ($n=30$) – больные в возрасте от 18 до 36 лет (средний возраст $22,63 \pm 4,54$). Исследование проводилось с помощью психодиагностических методик: Опросник «Совладающее поведение при муковисцидозе» (Abbot et al., 2001), «Краткий опросник восприятия муковисцидоза» (Broadbent, 2006), «Опросник качества жизни при муковисцидозе» (Gee et al., 2000).

Результаты. Сравнение компонентов восприятия болезни у пациентов с муковисцидозом из различных возрастных категорий показало, что взрослые пациенты (группа 2) статистически значимо лучше понимают последствия своего заболевания ($p=0,045$), лучше идентифицируют его ($p=0,049$), более озабочены им ($p=0,033$), более интенсивно воспринимают свое заболевание как угрозу жизни и здоровью ($p=0,045$) и эмоционально реагируют на нее ($p=0,041$).

Пациенты с муковисцидозом при совладании со своим заболеванием выбирают более адаптивные копинг-стратегии: они активно борются с ним, замотивированы в своем выздоровлении, верят в положительные прогнозы и стараются сделать многое для их реализации. Однако взрослые пациенты с муковисцидозом (группа 2) статистически значимо чаще ($p=0,033$) применяют малоадаптивную копинг-стратегию Отвлечение, направленную на ситуативную разрядку негативных эмоционально окрашенных переживаний за счет уклонения от размышлений о заболевании и переключении на другие темы, но не способствующую эффективной адаптации к своему заболеванию, чем пациенты подросткового возраста (группа 1).

Показатели различных сфер качества жизни в исследуемых группах также отличались. В целом уровень качества жизни пациентов подросткового возраста ($76,93 \pm 10,79$), по сравнению с взрослыми пациентами ($57,33 \pm 19,84$) оказался статистически значимо выше ($p=0,040$). Аналогичная картина наблюдалась и в отношении отдельных сфер качества жизни: Физическое функционирование пациентов ($87,60 \pm 6,54$; $66,20 \pm 24,82$; $p=0,050$), Отсутствие респираторных симптомов ($78,00 \pm 17,78$; $47,58 \pm 29,20$; $p=0,032$), Эмоциональное функционирование пациентов ($82,60 \pm 6,26$; $69,45 \pm 26,48$; $p=0,030$), Озабоченность будущим ($78,40 \pm 21,78$; $46,20 \pm 23,21$; $p=0,025$), Переживания о карьере ($78,00 \pm 18,90$; $55,20 \pm 38,30$; $p=0,049$).

Выводы.

1. Взрослые пациенты с муковисцидозом более озабочены своим заболеванием и его последствиями, более эмоционально реагируют на него, вследствие чего воспринимают его как угрозу жизни и здоровью.
2. Хотя в обеих исследуемых группах ведущей являлась высокоадаптивная стратегия совладающего с муковисцидозом поведения Оптимистическое принятие, однако в группе взрослых больных интенсивность использования малоадаптивной копинг-стратегии Отвлечение оказалась выше.
3. Уровень качества жизни в группе взрослых больных муковисцидозом ниже, чем в группе подростков.
4. Пациенты с муковисцидозом, преодолевающие рубеж подросткового возраста, сталкиваются с прогрессированием заболевания, усложнением его течения и лечения, что приводит к восприятию своего заболевания как выраженной угрозы, интенсификации применения малоадаптивной копинг-стратегии Отвлечение и общему снижению их качества жизни.
5. Восприятие болезни и выбор стратегий совладающего поведения могут являться мишенями при психологическом сопровождении, направленном на оптимизацию социальной интеграции и повышение качества жизни пациентов с муковисцидозом, преодолевающих подростковый возраст.

Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В.

**ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

Функциональные нарушения – расстройства функций органов и систем без структурных и биохимических нарушений, связанные с факторами, лежащими вне этих органов и систем, обычно расцениваемые как психогенные, составляют до 85% гастроэнтерологической патологии у детей и подростков, что в значительной степени определяет актуальность изучения этих нарушений желудочно-кишечного тракта.

Исходя из недостаточности разработки проблемы психогенеза функциональных нарушений пищеварительной системы, было предпринято исследование, направленное на уточнение роли психических расстройств в происхождении и развитии функциональной гастроэнтерологической патологии в детско-подростковом возрасте.

Предметом исследования являлась группа из 64 детей (мальчиков – 35, девочек – 29) с различными функциональными нарушениями пищеварительной системы, консультированных психиатром в специализированном детском стационаре. Возраст больных от 2 до 17 лет, средний возраст – $8,1 \pm 0,9$ г. Средний возраст возникновения функциональных нарушений – $3,3 \pm 0,9$ г., средняя длительность расстройств – $4,9 \pm 0,9$ г.

Наряду с гастроэнтерологическими расстройствами у большей части (81,3%) обследованных отмечалась патология других соматических органов и систем: мочевыделительной системы у 29,7% больных, кожных покровов – у 21,9%, эндокринной – у 10,9%, сердечно-сосудистой – у 10,9%, респираторной – у 4,7% и терморегуляторной систем – у 3,1% больных.

В числе факторов патогенеза психических и функциональных пищеварительных нарушений (12,8 на одного больного) выделены биологические – 7,7 фактора (генетические – 2,8 и церебрально-органические – 4,9) и психосоциальные факторы – 5,1.

Психический статус больных определялся депрессивными расстройствами невротического уровня. Депрессия чаще (у 76,6%) выступала как самостоятельное расстройство, значительно реже (у 23,4%) в структуре других психопатологических образований.

У 98,4% больных определялась слабо выраженная депрессия: субдепрессия – у 96,8%, скрытая – у 1,6%. У одной (1,6%) больной отмечалась умеренно выраженная депрессия.

Клинико-психопатологически установлены следующие относительно простые варианты депрессии: *тревожный* – у 42,2% больных, *астенический* – у 28,1% и *тоскливый* – у 3,1% больных. Из числа более сложных аффективных образований диагностировались *астенотревожный* вариант депрессии – у 23,4% и *тревожно-тоскливый* – у 3,1% больных.

У 62,5% больных депрессия имела психогенное происхождение, реже – соматогенное – у 32,8% и очень редко эндогенное – у 4,7% больных.

Наряду с аффективными (депрессивными) и другими психопатологическими проявлениями психический статус 89,1% больных характеризовался личностными особенностями с наиболее частыми лабильно-истерическими (25%), эмоционально-лабильными (23,4), истерическими (20,3%) и тревожно-замкнутыми (9,4%) чертами характера, реже – сенситивными (4,7%), эпилептоидными (3,1%), астено-невротическими (1,6%) и лабильно-сенситивными (1,6%) чертами.

Согласно МКБ-10, психические расстройства у детей и подростков с функциональными нарушениями пищеварительной системы в трети наблюдений (у 31,3% больных) диагностировались как смешанное тревожное и депрессивное расстройство – (F41.2), сочетавшееся с расстройством поведения (F90.1) – у 1,6% больных, на втором месте были эмоциональные расстройства в детском возрасте (F93.8) – у 10,9%, сочетавшиеся с задержкой психического развития (F84.8) – у 3,1% больных, на третьем месте органически обусловленное аффективное (депрессивное) расстройство (F06.36) – у 12,5%, на четвертом – дистимия (F34.1) – у 10,9%, на пятом – органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 6,3%, на шестом органически обусловленное непсихотическое нарушение поведения и эмоций (F06.82) – у 4,7% больных. На седьмом-девятом местах – задержка психического развития (F84.8), смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) и кратковременная депрессивная реакция (F43.20) по 3,1% больных; на десятом – пятнадцатом местах – другие расстройства личности и поведения вследствие органического поражения головного мозга (F07.88), патохарактерологическое развитие личности по истерическому типу (F60.43), пролонгированные депрессивная реакция (F43.21), нервная анорексия (F50.0), депрессивный эпизод умеренный с соматическими симптомами (F32.11) и органическое астеническое (эмоционально-лабильное) расстройство (F06.6) – по 1,6% больных.

Анализ патогенетических механизмов функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта выявляет значительную частоту как биологических, так и психосоциальных факторов психического и соматического дизонтогенеза.

Психический статус детей и подростков характеризуется большей представленностью собственно депрессии при незначительной частоте скрытой и редкости умеренно выраженной депрессии, а также относительно простых (тревожного,

астенического и тоскливого) вариантов депрессии и меньшей сложных – астено-тревожного и тревожно-тоскливого.

Диагностический спектр психических расстройств достаточно широк и включает в большей степени психогенные состояния.

Установление особенностей депрессивных расстройств у больных с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта позволяет более эффективно использовать имеющийся арсенал антидепрессантов и способствует большей эффективности лечения больных.

Антропов Ю.Ф., Миленин В.В.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ,
НУЖДАЮЩИХСЯ В ОБЩЕМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ
ПОСОБИИ**

Российская медицинская академия последипломного образования, Детская стоматологическая поликлиника № 41 (Москва).

Настоящее исследование проведено с целью определения роли психического статуса больных со стоматологической патологией в необходимости оказания при лечении общей анестезиологической помощи.

Обследованы 83 больных с кариесом зубов (соотношение мальчиков и девочек 1,3:1) в возрасте от 2 до 12 лет, нуждающихся при проведении лечения в анестезиологической помощи в виде наркоза. Средний возраст больных – $5,0 \pm 0,5$ года, возраст возникновения стоматологической патологии – $2,9 \pm 0,3$ года, а длительность – $2,2 \pm 0,4$ года.

28 (33,7%) больных демонстрировали неприятие лечения под местной анестезией уже при первом обращении или после нескольких (от 1 до 10) безрезультатных попыток, остальные нуждались в использовании наркоза после нескольких (от 1 до 9) сеансов терапии.

Методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, анамнестический, параклинический.

Психический статус у подавляющего большинства больных характеризовался наличием психической патологии преимущественно пограничного уровня. У подавляющего большинства (86,7%) детей и подростков клиническая картина психопатологического состояния определялась аффективными нарушениями, у меньшей части больных (13,3%) устанавливались различные психические нарушения, включающие депрессивные расстройства.

Почти у всех (82/98,8%) больных диагностировалась слабо выраженная депрессия, выявляемая только при целенаправленном расспросе. Клиническая картина депрессии у детей с кариесом зубов характеризовалась незначительно выраженным депрессивным аффектом. В беседе больные отмечали только эпизодические, незначительные снижения настроения, связанные с «неприятностями», чаще с чувством тревоги, реже безразличия или раздражения, иногда агрессивности в отношении окружающих.

Только у одного (1,2%) больного устанавливалась умеренно выраженная депрессия с жалобами на скуку, грусть, колебанием настроения часто с выраженным снижением и с рассуждениями о жизни и смерти, беспокойством и тревожностью за жизнь родителей, утомляемостью, головными болями, снижением интересов, недовольством положительными эмоциями окружающих, раздражительностью и конфликтностью.

Слабая выраженность депрессии подтверждалась данными теста Гамильтона, показатели которого от 6 до 13 баллов, в среднем $9,3 \pm 0,4$ балла.

Квалификация депрессивных расстройств позволила выделить следующие типологические варианты: *тревожный, астенический и астенотревожный*

Чаще у больных отмечался *тревожный вариант депрессии* (65/78,3%), при котором настроение определялось как скучное, грустное с тревогой по пустякам, чувством неуверенности, боязни неуспеха в деятельности, ощущением внутреннего напряжения в течение дня, но чаще по вечерам с поздним засыпанием.

Более сложный *астенотревожный вариант* депрессии - у 17 (20,5%) больных - включал наряду с гипотимией и тревогой астенические проявления в виде вялости, низкой активности, унылости, грусти, иногда недовольства, выражаемого чаще мимикой, чем словами. Заметная утомляемость, снижение двигательной активности, особенно во второй половине дня, сопровождалась непереносимостью психического напряжения, громких звуков и даже шума, головными болями, затруднениями в усвоении школьного материала. Засыпание чаще позднее, продолжительное, сон глубокий, нередко с явления недержания мочи, пробуждение трудное, с сонливостью в течение некоторого времени, недовольством.

Астенический вариант депрессии с вялостью, утомляемостью, трудностью привлечения внимания, раздражительностью, иногда головными болями и ранним засыпанием был выявлен у одного (1,2%) больного.

У большинства (76/91,6%) больных депрессия имела психогенное происхождение с непосредственной или опосредованной связью чаще с незначительными, но постоянно действующими и трудно устранимыми психотравмирующими факторами, не всегда отражающимися в клинической картине депрессивного состояния.

Соматогенные (экзогенно-церебрально-органические) депрессии у 5 (6%) больных были связаны, в первую очередь, с остаточными явлениями раннего поражения ЦНС, различными соматическими заболеваниями, чаще инфекционными, прививками и физическими травмами,

Эндогенные депрессии у больных с кариесом зубов крайне редки - у 2 (2,4%) больных, но даже при слабой выраженности были более заметны и близки в клинических проявлениях к типичным депрессиям взрослых.

Наиболее часто у больных выявлялись акцентуированные черты характера, включающие истероидный компонент: *лабильно-истерические* (42,2%) и *истерические* (20,5%). Менее часты черты характера, основной чертой которых являлся тревожный аффект - *эмоционально лабильный* (24,1%), *тревожно-замкнутый* (7,2%) и *астеноневротический* (2,4%) типы акцентуаций. *Шизоидный тип* акцентуации черт характера - у 3,6% больных.

Таким образом, психические особенности детей и подростков со стоматологической патологией, нуждающихся в лечении под наркозом, характеризуются аффективной патологией преимущественно в виде слабо выраженной депрессии - как самостоятельного психического расстройства, так и в структуре других психопатологических состояний различного, но в подавляющем большинстве случаев психогенного происхождения, в виде тревожной, астенотревожной и очень редко астенической депрессии.

**РАБОТА ДЕФЕКТОЛОГА ПО СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ
С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ
НПЦ детской психоневрологии (Москва).**

На сегодняшний день Научно-практический центр детской психоневрологии департамента здравоохранения г. Москвы является ведущим учреждением, в котором осуществляется поэтапное комплексное восстановительное лечение детей с поражением центральной нервной системы. Реабилитация детей с церебральным параличом осуществляется в процессе взаимосвязанной медицинской и психологической работы. В центре действует психолого-педагогическая служба, специалисты которой (логопеды, дефектологи, медицинские психологи, воспитатели, инструкторы по трудотерапии) работают в тесном контакте с врачами. Ежегодно более 3000 детей в возрасте от 0 до 18 лет получают психолого-педагогическую помощь в отделениях стационара; до 2000 детей обследуются и посещают коррекционные занятия логопеда, психолога и дефектолога в условиях поликлиники.

Обследование больных в отделении проводится комплексно всеми специалистами (неврологом, нейрохирургом, ортопедом, урологом, психиатром (по показаниям), в том числе медицинским психологом, дефектологом и логопедом. 2-4 раза в год дети получают медикаментозное, терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж, занятия с педагогом, логопедом, клиническим психологом, дефектологом. По имеющимся статистическим данным, в 25% случаев поступившим на лечение детям необходима помощь дефектолога, который активно подключается к обучению пациентов с нарушениями познавательных процессов в отделениях для детей дошкольного возраста. До 500 детей дошкольного возраста ежегодно обследуются дефектологом, посещают индивидуальные и групповые занятия.

Целью работы специалистов психолого-педагогического отделения в целом и дефектологов в частности является адаптация ребёнка в социальной, учебной, бытовой сферах жизни и максимальная компенсация отклоняющегося развития для полноценной адаптации личности в социуме. Все это достигается в процессе коррекционно-педагогической работы. Основными задачами в работе с нашими детьми являются: оказание психологической и медицинской поддержки, социализация, профессионально-ориентационное направление, развитие творчества, самореализация в действии.

В работе дефектологов НПЦ ДП преобладают индивидуальные занятия, позволяющие максимально учесть особенности каждого ребенка и присущие ему специфические отклонения в психическом развитии, подобрать действенные методические приемы для их преодоления и уменьшения. После диагностики специалист определяет направления коррекционной работы, выбирает нужные методы, приемы, разрабатывает перспективный план коррекционного воздействия.

В коррекционно-развивающей работе дефектолог использует разнообразные методики, игры, упражнения, которые подбираются индивидуально для ребенка, исходя из его проблемы и возможностей. Длительность работы определяется степенью выраженности дефекта и динамикой в процессе коррекции. Даже после нескольких занятий иногда бывает сложно сказать, сколько их потребуется всего. Каждый случай индивидуален, и подчас можно говорить лишь о частичной компенсации дефекта. Дефектолог может провести диагностику готовности ребенка к школе, диагностику усвоения программного материала.

Занятия с дефектологом повышают познавательную активность ребенка, развивают основные психические процессы, такие как мышление, внимание, воображение, память, восприятие. Особое значение психолого-педагогической помощи в условиях стационара обусловлено тем, что большая часть наших пациентов встречается с педагогами, дефектологами и психологами только в стенах НППЦ. Так, в Москве более 40% детей с ДЦП не посещают дошкольные учреждения. В регионах эта цифра значительно выше. Ребенок с заболеванием нервной системы и опорно-двигательного аппарата, не получивший своевременной помощи логопеда, дефектолога, психолога, с каждым годом все больше отстает в познавательном и речевом развитии, вследствие чего упускаются важнейшие сенситивные периоды, перспективы дальнейшего обучения и социальной адаптации в значительной степени сужаются. Систематическая госпитализация в Центр 2, 3, а иногда и 4 раза в год на протяжении дошкольного детства приносит свои плоды: ребенок многократно и всесторонне обследован, в течение нескольких лет специалистами прослежена динамика его развития, осуществлен ряд коррекционных программ, подготовка к школе.

Таким образом, дети с нарушением двигательной сферы, длительное время находящиеся на лечении в стационаре, наряду с медицинской реабилитацией имеют возможность получить в полном объеме коррекционно-педагогическую помощь, направленную на максимальную социальную адаптацию их к будущей взрослой жизни в обществе.

Батышева Т.Т., Аркуша Л.М., Антропова И.М., Чебаненко Н.В.
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ
ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ИППОТЕРАПИИ
НППЦ детской психоневрологии (Москва).

Актуальность: Детский церебральный паралич (ДЦП) относится к группе стойких нарушений развития движений и положения тела, порождающих ограничение активности и вызванных непрогрессивным поражением развивающегося мозга плода или ребенка. Ведущими в клинической картине ДЦП являются задержка и патология развития двигательных функций, которые наблюдаются с первых дней жизни больных. Моторные нарушения при церебральных параличах часто сопровождаются нарушениями чувствительности, восприятия, когнитивных и коммуникативных способностей, поведения, а также эпилептиформными расстройствами и вторичными скелетно-мышечными проблемами. Поэтому изучение этиологии, патогенеза ДЦП и поиск наиболее эффективных методов лечения этого заболевания являются актуальной проблемой как в медицинском, так и социальном плане. В настоящее время существуют различные способы реабилитации детей, страдающих ДЦП. Общий принцип устранения нарушений при ДЦП состоит в том, что вначале пассивно, а затем пассивно-активно отдельным частям тела пациента придаются положения, противоположные существующим установкам. Важно разрушить механизмы произвольного, одновременного движения в пораженной и здоровой конечностях, характерные для заболевания. Такими возможностями обладает иппотерапия. Именно многогранность воздействия, одновременного сочетания повторяющихся разнонаправленных движений тела, легкого массажа внутренней поверхности ног, позитивного психотерапевтического эффекта от общения ребенка с лошадью определяют уникальность иппотерапии.

Иппотерапия как метод реабилитации находится на стыке нескольких реабилитационных направлений: с одной стороны, ее можно рассматривать как одну из форм лечебной физкультуры, с другой стороны, иппотерапия включает в себя сильный мотивационный компонент, повышает самооценку, облегчает социализацию и адаптацию детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования: Изучить воздействие иппотерапии на двигательное и психическое развитие детей.

Материалы и методы: Исследование проводилось на группе пациентов, состоящих на учете в Научно-практическом центре детской психоневрологии, которые проходили курс иппотерапии в Центре психолого-медико-социального сопровождения «МиР». Под наблюдением находился 71 ребенок с двигательной и психической патологией в возрасте от 2 до 16 лет, из них 46 мальчиков и 25 девочек. С ДЦП наблюдались 62 (87,3%) ребенка: 34 ребёнка (67,7%) – со спастической диплегией, 14 детей (21%) – с гемипаретической формой, 6 детей (9,7%) – с атонически-астатической формой, 1 ребёнок (1,6%) – с гиперкинетической формой. Детей с задержкой психического развития 8 (11%), с умственной отсталостью лёгкой степени 1 (1,4%) ребенок. Для исследования был использован ряд диагностических тестов, соответствующих психофизическим особенностям детей с двигательной патологией. Проводились беседы с родителями, педагогами и наблюдения за детьми в ходе проведения иппотерапии. Обследование проводилось дважды — перед прохождением курса иппотерапии и по окончании курса, состоящего из 80 занятий по 30 минут 2 раза в неделю.

Результаты: Наиболее часто иппотерапию посещают дети в возрасте 2-4 лет – 35 (49,3%) детей, в возрасте 5-7 лет – 22 (31%), в возрасте 8-12 лет – 12 (16,9%) детей, в возрасте 13–16 лет – 2 (2,8%) ребенка. Средний возраст начала занятий иппотерапией составляет 5,5 лет. В результате проводимых занятий у детей отмечено значительное улучшение эмоционального и физического состояния, улучшение осанки, более правильное положение спины при ходьбе, преодолевается нарушение функции равновесия и вестибулярных расстройств. У детей со спастической диплегией наблюдалось снижение спастичности мышц бёдер, увеличился объём активных движений в суставах ног. Кроме этого у детей улучшился рисунок ходьбы и появились новые двигательные навыки. У детей с гемипаретической формой расширились функциональные возможности поражённой руки, улучшился рисунок походки. У детей с атонически-астатической и гиперкинетической формами улучшилась координация движения, окрепли мышцы спины. У детей на фоне положительных эмоциональных переживаний снизилась эмоциональная лабильность, повысилась психическая активность, появилась уверенность в себе и своих силах, желание и умение слушать, учиться и трудиться, стремление к самостоятельности. Повысилась способность больных детей к обучению, усвоению новых навыков и сведений.

Заключение: несмотря на то что процесс реабилитации больных, страдающих ДЦП, носит длительный характер, регулярные занятия иппотерапией в комплексе с другими методами лечения позволяют приобрести и стойко закрепить новые двигательные навыки, избегать развития ранних контрактур суставов и увеличивают возможности их двигательной активности. Общение с животным на открытом воздухе улучшает эмоциональный фон ребенка, расширяет диапазон его знаний об окружающем мире. На фоне положительных эмоциональных переживаний происходит высокая концентрация сил и внимания ребенка, пробуждается активный интерес к жизни, стремление преодолеть недуг, осознание своих скрытых возможностей и человеческой полноценности, происходит последовательный пе-

ренос приобретенных физических, коммуникативных и психологических навыков в повседневную жизнь.

Помимо уникального и разнообразного опыта, приобретенного ребенком на занятиях, и позитивных изменений в его самооценке, очень важно изменение отношения родителей к детям, когда они видят не немощное и полностью зависящее от них существо, а радостно возбужденного, смело и умело обращающегося с лошадыю всадника, который на равных общается с окружающими.

Бенько Л.А.

СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск).

Актуальность изучения семейных взаимоотношений в генезе психосоматических расстройств у детей не вызывает сомнений. Однако, вопрос о системном и планомерном изучении семейных проблем специалистов, работающих с детьми, до сих пор остаётся открытым. Даже гармоничная семья, как фактор социальной гарантии, испытывает затруднения, которые не могут быть только материальными. Возникают психологические причины психических, психосоматических, невротических, вплоть до психотических расстройств, прежде всего у детей и подростков. В этих случаях сама семья перестаёт быть гармоничной, функциональной, т. к. не справляется с основными своими функциями: хозяйственно-бытовой, воспитательной, эмоциональной, перестаёт обеспечивать безопасность и защищённость ребёнка. В большинстве случаев неразрешимый социальный конфликт, в который попадают родители, отражается на психическом состоянии детей. Особенно тяжёлыми являются последствия, если изначально семья не являлась функционально стабильной, имея психологические особенности личности родителей (вплоть до заболеваний), особенности взаимоотношений и типов воспитания.

Цель воздействия заключается, прежде всего, в диагностике начальных этапов возникновения психического заболевания. Психиатрам, психотерапевтам чаще приходится констатировать уже возникшее, иногда «запущенное» заболевание, в основном невротического, реже психотического уровня. При этом особенно востребованными являются те виды диагностики семейных взаимоотношений, которые выявляют реальные изменения в семейной ситуации, так называемый «объективный расклад сил», а не субъективное мнение, которое «предъявляется» членами семьи во время приёма. Семья, дошедшая до приёма к психиатру, психотерапевту, имеет свои «подводные камни», «подводные течения», увидеть которые под силу лишь грамотному и опытному специалисту. Родители в подавляющем большинстве случаев не имеют осознанного видения собственных проблем и причин заболеваний, иногда не только собственного ребёнка, но также и своих. Ими излагаются обстоятельства, лежащие на «поверхности», иногда уводящие специалиста от настоящих причин расстройств, и только объективные методы диагностики помогают специалисту начать с родителем, ребёнком, а иногда с несколькими членами семьи «разговор по существу». К наиболее объективным методам диагностики относятся такие, как «Семейная социограмма», «Рисунок семьи», а также опросники: «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), «Шкала семейного окружения» (ШСО), «Измерение родительских установок и реакций»

(PARI). При этом сам специалист должен выбрать правильную интонацию, время готовности самих участников ситуации к этому разговору, который, несомненно, может быть непростым для их осознания.

Значимым затруднением для психотерапевта является сложность количественной обработки результатов диагностики (например, проективных методик), лечения. При подведении итогов, анализе психотерапевтической работы специалист прежде всего опирается на качественную оценку случаев, описание наблюдений. Полностью заменить цифрами «интуитивное» восприятие врачом ситуации, формирующимся на основе профессиональных знаний, опыта, невозможно. Поэтому чаще всего психотерапевт опирается на общие тенденции и закономерности в анализе того или иного случая. Проводя анализ психотерапевтической работы с семьями с детьми, имеющими психосоматические расстройства, можно выделить следующие тенденции и закономерности:

1. Ригидность отношений, суженый круг разрешаемых стереотипных стандартов поведения, прежде всего, для ребёнка. Стигмы высказываний: «у нас так принято», «так заведено в нашей семье» и т. д.

2. Высокий уровень «долженствования» в семье. «Он (она) должен(а) хорошо (отлично) учиться, для того чтобы получить образование. Сейчас без этого никуда». Откладывается всё, включая необходимый для здоровья отдых, не обращается внимания на реальные интересы и увлечения ребёнка. Снижается мотивационный компонент воздействия, учитывая, что детский возраст, особенно до 14 лет, не предусматривает целенаправленную произвольную деятельность, направленную на получение результатов через много лет.

3. Закрытость семей. Такие семьи имеют чёткие границы, «стены», отгораживающие членов семьи от внешнего мира. Это обусловлено, прежде всего, тревогой, «как бы что-нибудь не случилось», боязнью новых встреч, разрушающих, по мнению лидера семьи, спокойствие родителей за здоровье и поведение детей. В результате: изоляция ребёнка от сверстников, депрессивное состояние — почва для возникновения психосоматического заболевания.

4. Тип воспитания, в основном доминирующая гиперпротекция с фобией утраты. В семье мама, бабушка решают, что лучше для ребёнка. Ребёнок не научается воспринимать этот мир со всем многообразием ощущений и переживаний, потому что с его мнением никогда не считаются и не прислушиваются. Он не может научиться понимать язык своего тела, т. к. эта функция ему не нужна. За него всё делают и решают из боязни: «ребёнок простудится, заболеет, он и так перенёс такое тяжёлое заболевание, лежал в реанимации» и т. д.

5. Алекситимия в семьях с психосоматическими проблемами -наследуемый из поколения в поколение паттерн. При любой незначительной соматической проблеме происходит концентрация на необъяснимых и неосознаваемых ощущениях, которые ребёнок не может объяснить, но которые реально мешают ему жить. Возникают растерянность и тревога, в которых ему не может никто помочь. Из-за неразрешимости проблемы «почва» для возникновения депрессии с соматическими симптомами усиливается.

Можно без преувеличения сказать, что здоровье детей, как психическое, так и соматическое, находится в руках родителей. И главное для специалиста - донести это до осознания взрослых.

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП КОРРЕКЦИИ СТРУКТУРНО-
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ
ОБРАЗОВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Тверская государственная медицинская академия (Тверь).**

Ежегодно проводимые кафедрой физической культуры с курсом медицинской реабилитации углублённые медицинские осмотры студентов младших курсов ТГМА выявляют неуклонный рост числа лиц, имеющих серьёзные нарушения в состоянии здоровья. Среди выявляемых во время обследований нарушений лидируют патология костно-мышечной системы (до 32%), болезни глаза (до 16%, основной диагноз - миопия), вегетососудистая дистония (до 16%), болезни сердечно-сосудистой системы (до 9%, основной диагноз – пролапс митрального клапана). Необходимо отметить, что нарушения разной степени выраженности в состоянии опорно-двигательного аппарата регистрируются у 85% юношей и 99% девушек: лордитическая, вялая, выгнуто-вогнутая, кифотическая, асимметричная осанки, сколиозы 1-3 степеней, кифосколиозы 1-3 степеней, функциональное поперечное плоскостопие (98% девушек), смешанное плоскостопие, вальгусная установка стоп, варусная деформация голеней. Как известно, все указанные нарушения относят к клиническим формам дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Российскими и зарубежными исследователями было обнаружено наличие связи между состоянием соединительной ткани и психологическим статусом человека. Указывается на статистически значимую корреляцию между степенью ДСТ и показателями по шкале «Страх самовыражения». При нестойкой «внутренней личностной позиции», психоэмоциональной уступчивости, основанной на состоянии неуверенности, зависимости от реакции окружающих, установлено ослабление конрактильной составляющей фасциальной сети. Мы считаем, что именно эти данные должны стать базисным руководством при разработке принципов немедикаментозной коррекции различных нарушений, возникающих в соединительнотканых образованиях по типу дисплазии.

Нами предложен педагогический принцип немедикаментозной коррекции недифференцированных проявлений ДСТ. Он состоит в вовлечении подростка/молодого человека, имеющего нарушение в состоянии соединительнотканых элементов по типу ДСТ, в активную деятельность, позволяющую ему успешно продемонстрировать конкретные действия перед группой сверстников. Для этого используется: приём индивидуального обучения студента определённому навыку (двигательному, методическому), которым не владеет группа студентов; индивидуальный контроль степени овладения данным навыком; привлечение студента в роли помощника преподавателя в обучении данному навыку группы сверстников или студентов младшего курса. Как правило, такой подход позволяет сформировать у студента состояние уверенности, внутренней раскрепощённости и заботливого отношения к обучаемым товарищам. Хороший результат коррекции состояния мышечных и фасциальных элементов нами зарегистрирован через 3-4 месяца регулярных занятий.

Количество студентов, занимавшихся по данной программе 115 человек. Регулярность занятий – 4-5 раз в неделю. Полученные результаты: устранение болевого синдрома через 3-4 недели, коррекция взаиморасположения сегментов опорно-двигательного аппарата через 6 мес., повышение мышечного тонуса и прочности фасциальной сети через 2-2,5 мес. в 95% наблюдений.

Из всего сказанного можно сделать вывод: коррекция глубоких структурно-функциональных нарушений в состоянии соединительнотканых образований возможна только при совместной деятельности врача, инструктора-методиста по лечебной физкультуре и педагога-психолога. Важным является коррекция социума и психологической обстановки в семье ребёнка, или в нашем случае студента, с локомоторными формами ДСТ.

Буслаева А.С.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр здоровья детей РАМН (Москва).

Актуальность: в настоящее время наблюдается значительный рост числа детей и подростков, страдающих ревматическими болезнями. В связи с чем актуальной становится задача изучения психологических проблем, с которыми сталкивается ребенок, страдающий данным хроническим заболеванием, а также разработки направлений социально-психологической помощи.

В отделении ревматологии НЦЗД РАМН обследованы **43 ребенка с ревматическими болезнями** в возрасте от 7 до 17 лет. Первая группа (средняя тяжесть течения болезни) – 26 человек. Вторая группа (тяжелое течение болезни) – 15 человек. Третья группа – 2 человека (терминальная стадия развития болезни).

Методики: тест «Рисунок человека», диагностика самооценки «Лесенка» или «Диагностика самооценки» Дембо-Рубинштейн, тест «Три желания» Г.М. Бреслава, «Незаконченные предложения» В. Михала, тест М. Куна, Т. Макпартленда «Кто Я?», наблюдение за поведением и деятельностью ребенка в стационаре.

Результаты исследования детей и подростков с ревматическими болезнями в ремиссии (первая группа), чье состояние здоровья оценивалось врачами как состояние средней тяжести, показали, что их психологические особенности в целом соответствуют возрастным нормам. У них отмечались эмоциональная устойчивость, хорошее настроение, широкий спектр разнообразных желаний, характерных для каждой возрастной группы, не связанных с процессом лечения, они показывали умение самостоятельно занять себя, с интересом вступали в общение со сверстниками, совместную досуговую и игровую деятельность. У некоторых детей наблюдались повышенная тревожность и страхи медицинских процедур. Однако дети самостоятельно преодолевали возникшие психологические трудности. Самооценка большинства обследованных детей и подростков была положительной за исключением негативных переживаний, связанных с особенностями внешности, возникшими как результат побочных действий медикаментозной терапии.

Дети и подростки с ревматическими болезнями с тяжелым течением (вторая группа) находились длительное время на лечении в стационаре, их психологическое состояние напрямую зависело от физического. Наиболее ярко во второй группе обследованных детей были выражены эмоциональные трудности в виде сниженного фона настроения, повышенной эмоциональной лабильности, плаксивости, острых эмоциональных реакций, в некоторых случаях сопровождающихся суицидальными мыслями. Треть из них получала медицинскую помощь в период обострения болезни в отделении реанимации и интенсивной терапии, где резко были ограничены контакты как с ровесниками, так и с близкими родственниками. Большинство больных тяготилось пребыванием в условиях отделения, дети вто-

рой и третьей групп испытывали острую потребность объединиться с семьей. Чуть менее половины детей из второй группы и все дети из третьей группы по состоянию здоровья не могли самостоятельно выходить за пределы палаты или не могли вставать с кровати, что в значительной мере уменьшало возможности ребенка общаться со сверстниками, удовлетворять познавательные интересы и потребность в общении, осуществлять какие-либо виды деятельности. Вынужденная изоляция оказывала негативное влияние на развитие интересов ребенка. Внимание чрезмерно фиксировалось на ситуативных потребностях и желаниях, связанных с преодолением физических ограничений. Тяжесть физического и психологического состояния оказывала негативное влияние на формирующийся «образ Я» и характер самооценки. Более половины детей и подростков, страдающих ревматическими болезнями с тяжелым течением, затруднялись себя охарактеризовать, а у трети детей наблюдались значительные снижения показателей самооценки.

У детей из третьей группы наблюдались эмоционально противоположные проявления - от безразличия и эмоциональной притупленности до острых эмоциональных всплесков, сопровождающихся страхом никогда не вылечиться и умереть. Было выявлено уменьшение потребности в общении, оскудение потребностей и интересов и сужение их в сфере удовлетворения потребности в физической заботе, комфорте, присутствии и сопровождении «другого» рядом.

Выводы: направления социально-психологической помощи в процессе лечения необходимо разрабатывать с учетом характера течения болезни и возрастно-психологических характеристик ребенка. Дети в крайне тяжелом состоянии нуждаются в психологическом сопровождении, целью которого является определение актуальных психологических и физических потребностей ребенка и помощь в их реализации, снижение физического дискомфорта психологическими средствами, помощь в отреагировании широкого спектра переживаний ребенка, связанных с процессом умирания, а также поиск в семье и ее окружении людей и средств, которые могут оказывать поддержку умирающему ребенку.

Детям с тяжелым течением болезни необходима индивидуальная форма психологической помощи в процессе лечения (в палате или кабинете психолога) с целью снижения эмоционального напряжения, оказания психологической поддержки в сложной жизненной ситуации, расширения круга общения и потребностей, переключения внимания ребенка от негативных переживаний на совместную деятельность со специалистом и соседями по палате.

Дети со средней тяжестью течения болезни нуждаются в групповых психологических занятиях, которые помогут ребенку через общение и совместную деятельность улучшить эмоциональное состояние, расширить круг интересов, найти способы самоподдержки, развивать умение ставить и достигать цели, осознавать собственные эмоциональные состояния и потребности, а также повысить чувство самоуважения и личностной ценности.

Великанова Л.П., Каньязова Р.Р.
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ О ЗАБОЛЕВАНИИ РЕБЕНКА
С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Астраханская государственная медицинская академии (Астрахань).

Актуальность изучения внутренней картины болезни определяется необходимостью учета личностных особенностей на этапах диагностики, лечения и реабилитации различных заболеваний. Если речь идет о детях, то их представления и

отношение к болезни формируются в большей степени под влиянием представлений родителей, которые во многом определяют психическое состояние ребенка.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей внутренней картины болезни родителей, имеющих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе специализированного реабилитационного центра «Русь». В нем приняли участие 30 человек родителей (93,4% матерей, 6,6% отцов), у детей которых диагностированы различные заболевания опорно-двигательного аппарата. Среди нозологий преобладал детский церебральный паралич (53,3 %); нарушения опорно-двигательной системы перинатального и генетического происхождения (46,7%). Средний возраст родителей составил 38,3 г. Детей в дошкольном возрасте (4,6 г.) было 46,7%; младшего школьного возраста (8,9 г.) – 40%; старшего школьного возраста (15 лет) – 13,3%. Испытуемые попадали в выборку случайно, без опоры на результаты предварительной диагностики. Для определения типа отношения родителей к заболеванию ребенка использовался Личностный опросник Бехтеревского института ЛОБИ (ТОБОЛ).

Результаты исследования. Согласно анализу полученных результатов, у 38,8% респондентов выявлялся тип реагирования с нарушением адаптации. Преобладали нарушения адаптации по интерпсихическому типу. Они включали паранойяльный (16,6%), сенситивный (6,6%) и эгоцентрический (истероидный – 3%) типы. Дисфорический тип отношения к болезни, входящий в этот блок, в нашем исследовании не выявлялся. Родители могут испытывать либо стеснение за болезнь своего ребенка перед окружающими, боязнь стать обузой для близких из-за его болезни и утратить их расположение; либо “использовать” его заболевание для достижения определенных целей, либо выстраивать концепции паранойяльного характера относительно причин заболевания и его хронического течения, обвинять окружающих и медицинских работников в имеющемся недуге, не доверять рекомендациям врачей.

Нарушения адаптации по интрапсихическому типу были обнаружены в 12,6 % случаев и включали тревожный тип (тревно-депрессивный и обсессивно-фобический – 6,6%), ипохондрический (3%) и неврастенический (3%). Апатический тип отношения к болезни, входящий в этот блок, в нашем исследовании не выявлялся. В дизадаптивном поведении ведущую роль играет эмоционально-аффективная сфера. Характерны реакции по типу раздражительной слабости, тревожное, подавленное, угнетенное состояние, “уход” в ситуацию болезни, отказ от борьбы – “капитуляция” перед заболеванием и т. п.

Реагирование без нарушений адаптации констатировано у 23% родителей и включало анозогнозически-эйфорический (20%) и эргопатический (3%) варианты. Гармонический тип, входящий в этот блок, в нашем исследовании не встречался. Несмотря на то что адаптация родителей сохраняется, тем не менее снижение критичности к состоянию больного, завышенные ожидания результатов лечения, преуменьшение “значения” заболевания вплоть до полного его отрицания, отказ от обследования и лечения, стремление обойтись своими средствами, несвоевременное выполнение и игнорирование врачебных рекомендаций, несоблюдение режима, “уход” в работу, свойственные данному типу реагирования, могут неблагоприятно отражаться на лечебном и реабилитационном процессе ребенка.

В 38,2 % случаев не удалось определить тип реагирования. Невозможность выявить преобладающий стиль поведения позволяет предположить его непосле-

довательность, переход из одной крайности в другую, что также неблагоприятно влияет на лечебно-реабилитационный процесс.

Перечисленные родительские варианты реагирования на болезнь по различным психологическим механизмам (имитация, эмоциональный резонанс, внушение, убеждение) формируют соответствующие формы реагирования и у ребенка.

Таким образом, для оптимизации лечебного и реабилитационного процесса у больных детей необходима диагностика и коррекция родительских представлений о болезни. Результаты проведенного исследования допустимо экстраполировать и на другие формы врожденной или приобретенной хронической патологии у детей и подростков.

Горюнова А.В., Горюнов А.В.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕФАЛГИИ У БОЛЬНЫХ
С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ И ПРИ РЯДЕ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Российская медицинская академия последиplomного образования, НЦ
психического здоровья РАМН (Москва).**

В Международной классификации болезней (МКБ-10) головная боль (ГБ) рассматривается в двух разделах – нервных болезней (G) и психических и поведенческих расстройств (F). Это привело к неоднозначной трактовке хронической цефалгии детскими неврологами и психиатрами у одного и того же больного. Рекомендуемая для исследовательских целей Международная классификация головной боли (МКГБ-2), в которой выделены 4 первичные формы ГБ, в их числе мигрень и ГБ напряжения (ГБН), и 10 вторичных, не разрешила эти проблемы, более того, привела к учащению постановки диагноза ГБ как основного заболевания. В последнюю редакцию введены новые подтипы вторичных ГБ, в том числе обусловленные психическими заболеваниями: ГБ, связанная с соматизированным расстройством, и ГБ, связанная с психотическими нарушениями. Это внесло еще большие затруднения, так как диагностических критериев цефалгии при этой патологии пока нет и вряд ли будут описаны. Кроме того, при ГБН часто наблюдаются те или иные соматовегетативные расстройства. ГБН определяют как первичную цефалгию, возникающую при остром или хроническом эмоциональном стрессе, условно разделяя по частоте приступов ГБ на эпизодическую, нечастую и хроническую формы, а также с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц. До создания МКГБ эти боли относились к психогенным и рассматривались в качестве основного типа ГБ при неврозах и пограничных состояниях. Характерные отличия первичной ГБН от психогенных цефалгий отсутствуют, а анализ литературы, посвященной ГБН, обнаружил значительное расхождение во взглядах на ее нозологическую самостоятельность. В психиатрических работах цефалгии рассматриваются как расстройство ощущений, тогда как неврологи рассматривают ГБН как первичное болевое расстройство, часто сочетающееся с психическими нарушениями. Высокая распространенность ГБН в детской популяции (от 35-70%), дифференциально-диагностические сложности, неразработанность алгоритма диагностики и лечения обуславливают актуальность проблемы и необходимость междисциплинарного изучения.

Цель - исследовать характеристики цефалгии и психический статус детей двух групп в возрасте от 7 до 15 лет, обследованных в неврологическом отделении

Научного центра здоровья детей РАМН и наблюдавшихся в Научном центре психического здоровья РАМН.

Материал и методы исследования. В первую группу вошли 78 детей в возрасте от 7 до 15 лет с ГБН, из них 40 детей с эпизодической формой (ЭГБН) и 38 детей с хронической (ХГБН). Вторую группу составили 45 детей, из них 22 больных с депрессивными эпизодами (ДЭ), 11 детей с тревожно-фобическими расстройствами (ТФР) и 12 больных с шизотипическими расстройствами (ШР), у которых в клинической картине болезни важное место занимала ГБ. Для диагностики во всех случаях использовали критерии МКГБ-2, индивидуальную стандартизованную анкету пациента, Международный болевой опросник (МРО), визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), для оценки тревоги и депрессии применяли шкалы Цунга и Гамильтона (НАМ-А и НАМ-D). Обследование неврологического и психического статуса проводилось по общепринятым методикам и дополнялось параклиническими методами и исследованием соматического статуса.

Результаты. Изучение психопатологических симптомов у детей первой группы показало, что они у подавляющего большинства детей с ГБН наряду с цефалгией выступают на первый план. Выявленные психопатологические симптомы более чем у 80% пациентов с ХГБН соответствовали критериям ДЭ по МКБ-10 и НАМ-D, в ряде случаев в сочетании с тревогой. В подгруппе с ЭГБН не менее половины пациентов имели признаки ТФР по НАМ-А, при этом депрессивные симптомы встречались существенно реже. Больных с ХГБН от больных с ЭГБН отличала также утрата чувства удовольствия, радости от прежних интересов, которая наблюдалась у одной трети детей. Психическое состояние больных с ГБН во многом было сходным с таковым у детей с ДЭ и ТФР. В связи с преобладанием жалоб на цефалгический синдром и полиморфные соматовегетативные нарушения существенно депрессивные и тревожно-фобические расстройства у больных неврологического отделения остались недооцененными.

Проведенное внутри- и межгрупповое сравнение цефалгии в соответствии с МРО показало сходство цефалгического рисунка при ГБН и ГБ при психической патологии. Дети с ХГБН чаще характеризовали боль как тупую, ноющую, давящую, распирающую, диффузную, распространяющуюся, нередко в сочетании с другими алгиями. Одна треть больных использовала для описания вычурные характеристики, которые также встречались в подгруппе с ДЭ в 22,7% случаев и особенно часто в подгруппе больных ШР (66,7%). Наибольшее сходство описания цефалгии наблюдалось у детей с ДЭ и ХГБН. Цефалгия при психической патологии, по описаниям детей, часто соответствует критериям ГБН по МКГБ-2, но является симптоматической. У многих пациентов подгрупп ХГБН, ДЭ и ШР наблюдалась прямая связь цефалгии с сезонностью биоритмов. Различий в оценке интенсивности цефалгии у большинства больных с ГБН и больных с ведущей психической патологией не получено. Обнаружено несоответствие интенсивности ГБ, болевого поведения и психического состояния у пациентов с ХГБН. Анализ анамнеза больных с депрессией и ШР показал, что у 4 и 5 больных соответственно на начальном этапе заболевания клиническая картина ограничивалась цефалгическим синдромом, а у 3 больных ШР ГБ была единственной жалобой в течение 1-1,5 лет до манифестации основного заболевания.

Таким образом, проведенное исследование ставит под сомнение отнесение всей группы ГБН к первичным формам. Если ЭГБН отражает неспецифическую реакцию ребенка на психоэмоциональный или социальный стресс, то ХГБН в большинстве случаев является симптомом психического заболевания, в первую очередь «маскированных» депрессивных, тревожно-фобических расстройств. В

основе болевых расстройств в этих случаях, как и при психических заболеваниях, лежат патологические ощущения (сенестоалгии, сенестопатии), имитирующие соматическую патологию. Вычурные характеристики ГБ свидетельствуют о своеобразном восприятии боли, что более типично для психической патологии. Отмечаемая в последнее время в детской неврологии замена нозологического диагноза на синдромальный – ГБ уводит клиническую мысль врача от поиска истинной причины нарушений, в частности головной боли, и этиопатогенетического лечения. В связи с преобладанием жалоб на цефалгический синдром и полиморфные соматовегетативные нарушения собственно депрессивные и тревожно-фобические симптомы остаются нераспознанными в неврологическом отделении, а, следовательно, без патогенетического лечения. Клинический подход к пациенту с длительными цефалгиями должен ориентироваться, при исключении соматической и неврологической патологии, на выявление психопатологических расстройств с использованием психиатрических и психологических методик и последующую адекватную психофармакотерапию и психотерапевтическую помощь. Данная работа высветила необходимость междисциплинарного обсуждения проблемы ГБ и психопатологических расстройств с целью разработки диагностического алгоритма и стандартов медицинской и психотерапевтической помощи детям.

Григорович М.С., Мамаева М.А.

**ОСОБЕННОСТИ ИНТРАПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА
И ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
В ИСХОДЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ
Кировская государственная медицинская академия (Киров).**

Эмоциональная лабильность детей, по мнению многих авторов, может играть определяющую роль в патогенезе заболеваний органов пищеварения. Результаты исследования психосоциального статуса 128 детей, перенесших острые кишечные инфекции (ОКИ), с использованием теста Люшера, теста эмоциональной напряженности, психосоматического теста «Гомункулус», опросника Айзенка, теп-пинг-теста и теста эмоциональной лабильности свидетельствуют о наличии психоэмоциональной дизадаптации у большинства детей школьного возраста в периоде реконвалесценции независимо от этиологии ОКИ. Наблюдались признаки эмоционально-неустойчивого состояния (74,2%), которые выражались в состоянии повышенной тревожности, повышенного напряжения нервной системы (48,5%) и наличии признаков агрессии (40,2%), выраженного эмоционального стресса (37,1%), выраженной эмоциональной нестабильности - нейротизма (41,2%). У большинства детей выявлена легкая степень тревоги (64,9%), реже отмечалась умеренная (29,9%) и выраженная тревога (5,2% пациентов), что позволило интерпретировать наличие повышенной тревоги у детей как адаптивный механизм. Известно, что лица с высоким показателем по шкале нейротизма в сравнении с людьми, обладающими значительным уровнем стабильности, характеризуются неадекватно сильными и длительными реакциями по отношению к вызывающим их раздражителям, продолжающимися даже после исчезновения стимулов. Индивидуальные различия по стабильности-нейротизму отражают силу реакции автономной нервной системы на стимулы. Этот аспект связывают с функционированием лимбической системы, которая оказывает влияние на мотивацию и эмоциональное поведение.

Анализ результатов исследования интеллектуальной лабильности позволил нам выявить наличие ее на низком уровне у 42,3% обследованных, что свидетельствует о возможном возникновении затруднений в освоении образовательной программы у данных детей при возвращении после болезни к повседневной образовательной нагрузке. Оценка функционального состояния нервной системы в теппинг-тесте показала присутствие признаков слабой подвижности нервных процессов у 45,4% наблюдавшихся детей, перенесших ОКИ. Достаточно часто (более чем в половине случаев) низкие показатели теппинг-теста этих пациентов сочетались с наличием у них признаков нейротизма по опроснику Айзенка, повышенной эмоциональной напряженности (56,8%), признаками непродуктивной нервно-психической напряженности по данным коэффициента дизадаптации в тесте Люшера (70,5%) и низкой интеллектуальной лабильностью (47,7%).

Полученные результаты можно рассматривать как проявления психосоциальной дизадаптации в виде выраженной эмоциональной напряженности и астенических расстройств. Хорошо известно, что нарушения психического баланса могут негативно сказываться в дальнейшем как на психоэмоциональном развитии, так и на соматическом состоянии этих детей. Для проверки указанной гипотезы нами в катамнезе проведено наблюдение 58 детей в течение четырех лет после перенесенной ОКИ. Уже в течение первого года после перенесенной ОКИ у 21 ребенка (55,3%) зарегистрировано наличие повторных эпизодов желудочно-кишечных расстройств с последующим формированием функциональной патологии со стороны органов ЖКТ, что было подтверждено при инструментальном и лабораторном обследовании в детском гастроэнтерологическом отделении. У детей с формированием патологии ЖКТ достоверно чаще наблюдались тревожность, агрессия, эмоциональная неудовлетворенность, а также, по результатам расчетов коэффициентов суммарного отклонения и вегетативного баланса, высокий уровень нервно-психического неблагополучия и трофотропного доминирования. Кроме того, среди детей данной группы преобладали «невротики», и на интрапсихическом уровне по результатам проективного теста «Гомункулюс» имели место признаки неблагополучия по состоянию ЖКТ и нарушения вегетативного равновесия. По-видимому, эти факторы в совокупности с перенесенной ОКИ способствовали формированию функциональной патологии ЖКТ. Не случайно большинство детей с повторными эпизодами желудочно-кишечных расстройств (85,7% против 35,1% $p < 0,001$) наблюдалось у невролога с диагнозами: неврозоподобный синдром, синдром сосудистой дистонии, церебрастенический синдром и имело неблагополучный социально-семейный анамнез.

Известно, что большое значение в генезе нарушений вегетативной регуляции имеет психоэмоциональное напряжение. По некоторым данным, наличие у детей и подростков головных и абдоминальных болей, а также тошноты, повторной рвоты рассматривается в виде психосоматических расстройств в структуре маскированных депрессий. По-видимому, своевременное выявление и коррекция факторов риска неблагоприятных исходов ОКИ, включая особенности психоэмоционального реагирования, могут служить основой профилактики формирования заболеваний органов пищеварения у детей и подростков.

**ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ
С СОМАТОФОРМНЫМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ДНЕВНЫХ
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ НА БАЗЕ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ**

**Кировская государственная медицинская академия, Кировская област-
ная клиническая психиатрическая больница (Киров).**

В настоящий момент является очевидной многофакторность этиопатогенеза психосоматических и соматовегетативных расстройств (ПСР и СВД) у подростков, что делает необходимой разработку инновационных моделей комплексной терапии данных пациентов на основе биопсихосоциального подхода, позволяющих предотвратить хронификацию процесса и развитие социальной дизадаптации.

Ранее применявшаяся в 2004-2009 гг. на базе Кировской городской клинической больницы модель трехэтапной терапии ПСР и СВД, хотя и была достаточно эффективной (снижение количества повторных поступлений с 35,1% до 11,9%; уменьшение длительности стационарного этапа лечения; сокращение объема и сроков соматотропной терапии с 3-3,5 мес. до 4-5 нед. за счет ускорения стабилизации соматического состояния и психоэмоционального статуса подростков), но не обеспечивала преемственности в ведении данной группы пациентов и длительного наблюдения после выписки.

С января 2011г. в детском дневном психиатрическом стационаре (ДДПС) на базе общеобразовательной школы выделяются койки (5 коек из 25) для полипрофессиональной реабилитации (медикаментозная терапия, индивидуальная, семейная и групповая психотерапия, психологическая коррекция) детей и подростков с ПСР и СВД.

Терапия пациентов с ПСР и СВД в условиях ДДПС, находящихся в ведении Кировской областной клинической психиатрической больницы, работающих на базе средних общеобразовательных школ, имеет следующие преимущества:

1. Возможность максимально ранней диагностики ПСР и СВД для выявления мишеней психотерапии (на этапе невротических реакций) за счет проведения разъяснительной работы (лекции, семинары) с педиатрами, родителями, педагогами, подростками по раннему выявлению симптомов тревожности, депрессии, невротических расстройств, соматоформных симптомов и своевременного обращения за помощью при возникновении соответствующих жалоб, а также за счет организации скрининговых психодиагностических исследований у школьников и работы с документацией.

2. Оказание своевременной психотерапевтической и психологической помощи подросткам и членам их семей в наиболее приближенных к месту проживания и обучения условиях.

3. Преодоление проявлений дизадаптации у подростков с психосоматической патологией и соматоформными дисфункциями за счет развития социальной компетенции и преодоления стрессовых ситуаций (за счет применения когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии).

4. Терапия пациентов с ПСР и СВД на основе биопсихосоциального подхода с учетом всех звеньев этиопатогенеза бригадой специалистов (психиатр-психотерапевт, психолог, социальный работник) в тесной взаимосвязи с педиатрами без отрыва от обучения и привычной среды.

5. Организация взаимосвязи с территориальной детской поликлиникой для обеспечения преемственности и реабилитации данного контингента пациентов.

Психопрофилактический подход реализуется за счет оказания своевременной психотерапевтической и психологической помощи школьникам, в том числе для преодоления школьной дизадаптации и углубления эмоциональных нарушений; формирования психологической грамотности у педагогов по индивидуальному подходу к учащимся, способам преодоления конфликтов и методам нормализации эмоционального состояния; проведение семейной психотерапии для коррекции неконструктивных стилей воспитания и нарушений детско-родительских отношений.

Все пролеченные за 2011 г. пациенты (35 чел.) с ПСР и СВД выписаны со стойким улучшением, стабилизацией психоэмоционального и соматического состояния.

Таким образом, полипрофессиональная реабилитация школьников с ПСР и СВД в условиях ДДПС позволяет достичь значительных успехов в терапии данных расстройств.

Калинина М.А., Баз Л.Л.

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СОМАТОФОРМНЫХ
РАССТРОЙСТВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

В течение 2008-2011 гг. в отделе раннего возраста НЦПЗ РАМН проводилось обследование детей, направляемых первоначально на лечение в педиатрический стационар с подозрением на кардиологическую или дыхательную патологию. В связи с отсутствием данных за соматическое заболевание дети консультировались психиатром.

Было обследовано 48 детей в возрасте от 7 до 13 лет (9 мальчиков и 39 девочек). Для исключения соматической патологии дети обследовались стандартными клиническими и параклиническими методами: педиатрическим, психопатологическим, неврологическим, вегетологическим, психологическим. По показаниям проводились биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, ЭХОКГ, ЭЭГ-исследования. Психическое состояние детей оценивалось с учетом данных психопатологического и психологического обследований. Впечатления о родителях и семье складывались из анамнестических данных и сведений лечащих врачей, а также с помощью разработанного полуструктурированного интервью.

Клиническая картина психического состояния в 19,2% определялась невротическими расстройствами в рамках акцентуаций тревожно-мнительного и истерического типа. В 42,3% отмечались невротоподобные расстройства на фоне специфического развития по типу шизотипического диатеза. В 15,3% случаях у детей с шизотипальными стигмами отмечались транзиторные эпизоды психотических расстройств по типу просоночных, квалифицированных как форпост-симптомы эндогенного заболевания. У 15,3% детей диагностировались нарушения мышления (искажение уровня обобщений, разноплановость) в виде симптомов парциального постпроцессуального дефекта, укладывающихся в рамки дисгармонического мозаичного развития личности. Типичными для всех детей были проявления алекситимии. Неврологическое обследование выявляло рассеянные симптомы минимальной мозговой дисфункции, а также нелокализованные неврологические знаки (маркер риска шизофрении, по Горюновой А.В., 1995) в зоне черепно-

мозговой иннервации, диффузную мышечную гипотонию и дистонию, лабильный вегетативный тонус. По результатам УЗДГ отмечались признаки ангиодистонии смешанного типа.

Что касается детско-материнских отношений, то отношения с родителями часто были формальными. Начиная с дошкольного возраста дети воспитывались в детских учреждениях, в том числе и детских садах с пятидневным пребыванием. В школьном возрасте дети либо были загружены различными кружками, либо совсем не посещали каких-либо дополнительных занятий вне школы. В быту к детям предъявлялись достаточно высокие требования: хорошо учиться, выполнять некий круг бытовых обязанностей, в то время как сами родители мало помогали или обучали своих детей их выполнению.

Со стороны родителей наблюдалось непонимание психологического состояния детей, не было внимания к потребностям ребенка. Создавалось впечатление, что жалобы на соматическое недомогание – это единственное, что привлекало внимание взрослых к проблемам ребенка. Ситуация болезни ребенка была понятна для матерей, они знали, что необходимо срочно обращаться к врачу. Так, даже в раннем возрасте при заболевании ребенка банальной респираторной инфекцией его помещали в больницу, хотя состояние детей часто не требовало госпитализации.

Привыкнув с раннего детства к пребыванию в различных детских учреждениях, дети обычно не тяготились пребыванием в больнице. У них отсутствовало чувство глубокой привязанности к родителям и дому. Дети сами не торопились вернуться домой, в котором им было не очень «уютно». Вместо одних соматических жалоб они высказывали другие. Наблюдалась ситуация, когда детей вместо выписки домой переводили в другие отделения для проведения обследования по новым жалобам.

Психологическое исследование детей выявило разнообразную картину патопсихологических синдромов. У большинства детей наблюдалось легкое недоразвитие пространственного восприятия, и в целом, дети имели общий невысокий уровень развития. Практически у всех детей отмечались недоразвитие мотивационной сферы, узкий круг интересов, уплощение эмоций. Нейрофизиологические пробы выявляли нарушения процесса латерализации, зрительного восприятия и переработки информации со слабостью правополушарных, реже левополушарных функций.

Оценивая в целом психическое состояние группы наблюдавшихся детей, можно заключить, что оно соответствует дизонтогенетическому с преобладанием почти у половины из них шизотипальных стигм, и практически у всех сопровождается парциальным недоразвитием формирования сенсорной и эмоционально-волевой сфер. При разнообразных нарушениях психического развития детей во всех случаях сходной является картина детско-родительских отношений. По сути, характер детско-родительских, и особенно детско-материнских, отношений приближается к так называемому «социальному сиротству» и может рассматриваться в рамках эмоциональной депривации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ И НАРУШЕННОЙ АДАПТИВНОСТИ

Институт педагогики и психологии профессионального образования
РАО (Казань).

Детский церебральный паралич является не только медицинской, но и социально-психологической проблемой. Особое место в этой проблеме занимает нарушение в системе мать-ребенок, проявляясь в невозможности перехода от реактивного, ситуационного поведения ребенка к свободному и социально адекватному. Нами обследованы 126 детей от 5 до 16 лет со спастической диплегией и гемипаретической формой ДЦП, но без интеллектуального снижения, а также их матери. Продолжительность обследований с параллельно организованным наблюдением в стационарных условиях составляла 4 года. Несмотря на максимально оптимистический прогноз в рамках нозологии с поправкой на особенности для этих форм ДЦП, выявлены отставание в социальной адаптации, слабая ориентировка в практических вопросах и нарушения развития личности и поведения у 92 детей, в частности, формирование неадекватных защитных образований, ориентация на внешний контроль, аффективное реагирование и эксплозивность, эгоцентрические тенденции, псевдоаутизм.

В качестве единицы анализа проблемы нарушения развития и поведения таких детей нами взята личность значимого взрослого, его особенности поведения в трудной ситуации больного ребенка. Исходя из этого, *объектом* исследования стали фрустрационные ситуации и поведение матерей в трудных ситуациях. *Предмет* анализа: психологические защиты и доминирующий стиль поведения матерей в трудных ситуациях.

В методологическом плане мы взяли за основу позицию А.В. Брушлинского (1994), предлагающего рассматривать проблему активности с системных позиций, с учетом того, что и сознательная, и бессознательная активность на уровне психического являются способом формирования, развития и проявления человека как субъекта деятельности.

Для распределения испытуемых на группы по критерию субъектности использовалась типология Колпаковой Л.М., представленная как «социо-ориентированная» и «автономно-ориентированная» направленность активности, определяемые по степени выраженности: 1) достижение равновесия (социальной и психологической устойчивости) как результат адаптации; 2) достижение равновесия как результат преобразовательной активности (преодоление трудностей). Основываясь на полученных нами ранее результатах исследований, мы предположили, что у матерей с потенциалом субъектной адаптивности, лучше сформирована система индивидуальных психологических защит, среди которых «интеллектуализация» выступает личностным ресурсом, обеспечивающим осознанное и эффективное преодоление фрустрационных ситуаций, и является барьером для формирования зависимостей.

В исследовании использовалась методика защитных механизмов (Life Style Index), а также метод стимулирующих ситуаций С.Розенцвейга. Были сформированы две группы респондентов по основанию интеракционной зависимости («социо-ориентированные» - 84 чел. и «автономно-ориентированные» - 42 чел.)

Результаты. У большинства матерей из группы «социо-ориентированных» - повышенная фиксация на самозащите (ED) по типу реакций неудовлетворенных потребностей (NP); высокий процент внешнеобвинительных реакций и низкая со-

циальная адаптация (GCR), - по сравнению с группой «автономно-ориентированных».

Во-вторых: у «социо-ориентированных» - высокая напряженность большинства механизмов психологической защиты в отличие от «автономно-ориентированных». Адаптивную функцию выполняют: «проекция» (0,001), «реактивные образования» (0,001), «регрессия» (0,05) и «компенсация» (0,5), в сравнении с другой, где эту функцию выполняет «интеллектуализация».

В-третьих, в группе «социо-ориентированных» большую нагрузку несет эмоциональный копинг - «протест», по сравнению с «автономно-ориентированными» (0,01), у которых больше вариантов - «самоконтроль», «принятие ответственности», «планирование проблем», «социальная поддержка» и «положительная переоценка».

Обнаружено, что у матерей с «социо-ориентированной направленностью» имеются условно-специфические нарушения (74 чел.): тревожно-депрессивные (мнительность, страхи, недостаточная требовательность, пассивность), авторитарно-директивные (активность в поисках лучших специалистов; агрессивность, раздражительность, частые наказания), психосоматические (лабильность эмоций, соматические нарушения, эгоцентризм, утомляемость). По критерию социального благополучия: удовлетворенность работой - у 11 женщин; социальными контактами - у 29. Оценка перспектив ребенка у 62 - негативная, у 10 - неопределенная. Анализ показал прямую корреляцию этих нарушений с нарушениями у детей. Частотный анализ выявил основные характеристики детей из этой группы - пассивность, конформизм, избегание стрессовых ситуаций, что показывает значимость фактора личности взрослого для ребенка в развитии его личности, который является основной моделью формирования идентичности ребенка.

Выводы. Чем менее развита субъектная адаптивность, тем выше интеракционная зависимость. Для оптимальной адаптации ребенка с двигательной недостаточностью необходимы разработка условий для социальной адаптации самой матери с дальнейшей коррекцией индивидуально-личностных проблем.

Кравченко Н.Е., Головина А.Г., Суетина О.А.

К ПРОБЛЕМЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

В последние десятилетия в структуре заболеваемости детско-подросткового населения во всем мире отмечен рост удельного веса астенических нарушений. Согласно мнению многих исследователей, астенические состояния относятся к числу наиболее часто встречающихся и универсальных расстройств. Астенический синдром формируется в рамках эндогенной и психогенной психической патологии, может иметь ятрогенное происхождение (последствия облучения, химиотерапии, длительного наркоза), всегда сопровождается тяжелыми соматическими заболеваниями, в частности, онкологическими.

Так, согласно нашим наблюдениям, у всех пациентов детско-подросткового возраста, излеченных от онкогематологической патологии (74 чел.), как ретроспективно, так и при осмотре, выявлялись симптомы астении. Будучи универсальной соматогенной реакцией, астенический синдром у больных с гемобластомами доминировал на начальном этапе онкологического заболевания, зависел от стадии, тяжести болезни, уровня интоксикации и в какой-то степени маскировал и замедлял развитие других, в частности психогенных, нарушений. Астенические рас-

стройства возникали, как правило, задолго (от полугода до 1-1,5 лет) до верификации диагноза. На начальных стадиях онкологического процесса преобладали явления физической астении с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, повышенную потребность в отдыхе и сне, усугубляющиеся по мере развития онкологического заболевания. В дальнейшей динамике астенического синдрома в процессе специфического противоопухолевого лечения и постепенной компенсации соматического недуга можно было отметить «расслоение» компонентов, составляющих астенический симптомокомплекс – постепенную редукцию симптомов физической астении и превалирование признаков психической астении (трудности концентрации внимания, усталость после непродолжительного интеллектуального напряжения, явления раздражительной слабости, истощаемость). В начале заболевания наблюдалось снижение общей активности, вялость, подростки хуже справлялись с привычными нагрузками, чаще стремились полежать. Согласно нашим наблюдениям (ретроспективный анализ состояния излеченных больных), данная симптоматика сохранялась в течение нескольких лет и после окончания лечения: уменьшалась выносливость, отмечались рассеянность, трудности запоминания, школьники нуждались в щадящем режиме обучения. По мере восстановления после проведенного противоопухолевого лечения астенические расстройства становились менее заметными, но темп редукции признаков психической астении (по сравнению с проявлениями физической слабости) был более медленным. Спустя 1 год-5,5 лет после окончания специального противоопухолевого лечения формировалось астеническое органическое расстройство, проявлявшееся цефалгиями, дисфункциями вестибулярного аппарата (головокружения, плохая переносимость транспорта) и вегетативных мозговых центров (недостаточность терморегуляции, метеопатия, явления ВСД); легкими когнитивными нарушениями (трудности концентрации внимания и запоминания); эмоциональной лабильностью, повышенной аффективной возбудимостью. Психоорганический синдром, включающий триаду Х. Вальтера-Бюэля и очаговые неврологические расстройства (эпиприпадки), наблюдался у небольшого числа больных при сочетании нескольких повреждающих факторов – нейротоксического воздействия химиотерапевтического лечения, лучевой терапии, наркоза и изначально имеющейся резидуальной органической недостаточности перинатального или травматического генеза.

Несколько иные закономерности регистрируются в тех случаях, когда астения формируется в структуре состояний шизофренического генеза (59 чел.). Астенические симптомы у таких пациентов подвержены патопластическому влиянию эндогенного процесса, отличаются отсутствием физического истощения, ограничиваясь в отдельных случаях ощущением неопределенного напряжения в теле. Жалобы больных концентрируются не столько на «упадке сил», сколько на отсутствии интереса, желания чем-то заняться. Собственные апатия и пассивность, снижение энергетического потенциала практически не вызывают у больных душевного дискомфорта. Внешние факторы - наличие/отсутствие учебных нагрузок, их объем - мало влияют на состояние, не удается зафиксировать характерных для лиц с соматогенной астенией колебаний активности, связанных с окончанием четверти, учебного года. Толерантны они и к воздействию флуктуаций метеорологических условий. Дневной сон, реализующий повышенную потребность в отдыхе, не влечет за собой даже неполного и кратковременного подъема активности. Выявляются признаки снижения продуктивности мышления, нарушения анализа и синтеза информации, сложность усвоения нового учебного материала. Низкий уровень активности (в том числе, волевой), расплывчатость мышления, нестан-

дартность ассоциативных связей, несформированность целеполагания усугубляют сложности в усвоении учебной программы. Раздражительность отличает определенное несоответствие аффекта и повода (объективно незначительного), ее спровоцировавшего. Даже успокоившись, пациенты не испытывают чувства вины, неловкости перед теми, на кого обрушили отрицательные эмоции. Астенический симптомокомплекс у подобных больных не только не редуцируется аутохтонно, но и отличается стойкостью даже при активном терапевтическом вмешательстве.

Таким образом, патогенетическая неоднородность и клинический полиморфизм астенических расстройств, наблюдающихся у детей и подростков, диктуют необходимость их прицельного изучения.

Мезенцева О.А., Польская А.В.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЦП В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Городская детская больница (Белгород).

Введение. В Белгородской области в структуре детской инвалидности одно из первых мест занимают болезни нервной системы, из которых до 35% составляет детский церебральный паралич (ДЦП). К сожалению, эта цифра не имеет тенденции к снижению, несмотря на улучшение качества диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: Специализированная стационарная помощь детям в возрасте до 4 лет с ДЦП в Белгородской области оказывается в МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода в отделении «Психоневрологическое для детей раннего возраста». В 2012-2013 гг. в отделении проводилось анкетирование родителей, целью которого являлась оценка качества жизни семей, воспитывающих ребенка-инвалида с диагнозом ДЦП.

Установлено, что около четверти опрошенных не осознает в полной мере тяжесть состояния своего ребенка, что влечет низкую медицинскую активность (родители не являются с детьми на плановые осмотры в назначенный срок, не выполняют рекомендации врача, не обращаются за получением протезно-ортопедических изделий). Вызывает опасение тот факт, что, несмотря на наличие хронической патологии у половины матерей и одной трети отцов, большинство из них обращается к врачу по поводу своего заболевания только при явных признаках болезни, а чаще всего лечится самостоятельно.

При ответе на вопрос о возможных причинах, приведших к ДЦП, две трети родителей обвиняют акушеров, гинекологов женских консультаций в непрофессионализме, невнимательности, грубости. В то же время, они отрицают влияние своего халатного отношения к рекомендациям врачей (отказ от приема необходимых медикаментов, редкое посещение ЖК). В одном из десяти случаев беременность не была желанной, в связи с чем женщины поздно становились на учёт.

При анализе социальных условий жизни таких семей не выявлено четкой взаимосвязи между условиями проживания, социальным статусом родителей и тяжестью состояния ребенка, а также объемом оказываемых ему медико-реабилитационных мероприятий.

Треть больных с ДЦП воспитывается в неполных семьях, причем часть опрошенных матерей указывает, что причиной развода послужила болезнь ребенка и неприятие супругом диагноза. В связи с необходимостью ухода за больным

ребенком около половины матерей не имеют возможности продолжать свою трудовую деятельность даже после окончания декретного отпуска.

Более двух третей детей с ДЦП не имеют возможности общаться со сверстниками и посещать дошкольные образовательные учреждения, что связано физическими дефектами (невозможностью самообслуживания на бытовом уровне), отсутствием необходимых технических средств индивидуальной реабилитации, а также с социальными факторами (зачастую родители избегают появления ребенка в общественных местах из-за боязни повышенного внимания, насмешек окружающих).

Выводы: результаты могут свидетельствовать о необходимости проведения работы с родителями, направленной на повышение информированности о заболевании ребенка, возможных причинах его возникновения, особенностях течения заболевания, возможных методах лечения и реабилитации. Мы считаем, что необходимо разработать комплекс мероприятий, направленных на повышение мотивации всех членов семьи к проведению комплексной реабилитации детей с ДЦП, в том числе и социальной.

Молодцова И.А., Сливина Л.П.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград).

Наличие хронической соматической патологии у детей, по мнению многих авторов, является фактором риска нарушения психоэмоционального статуса ребенка. Ведущее место в структуре хронических болезней органов дыхания детского населения принадлежит хроническому тонзиллиту, который диагностируется у 38,4-46,1% дошкольников. Хроническую патологию глотки рассматривают как проявление «синдрома жертвы», то есть как психофизиологическое расстройство с превалированием вегетативных нарушений на фоне эмоционального напряжения, «психовегетативный синдром».

Цель работы: выявить особенностей психоэмоционального состояния у детей дошкольного возраста с хронической адено tonsиллярной патологией (ХАТП), проживающих на урбанизированных территориях с разным уровнем антропогенной нагрузки.

Материалы и методы. Группы наблюдения составили 553 ребенка 4-6 лет, посещающие дошкольные образовательные учреждения и проживающие на урбанизированных территориях с разной степенью загрязнения атмосферного воздуха. Исследования проводились по двум направлениям: 1 - в группах детей здоровых и с ХАТП, проживающих на территории с относительным экологическим благополучием; 2 - в группах детей с ХАТП, проживающих в условиях разной антропогенной нагрузки. Для оценки психологического здоровья дошкольников, в соответствии с возрастом обследуемого контингента, были использованы адаптированный вариант теста Векслера – WISC (Wechsler intelligence scale for children; Л.М. Шипицына, Р.А. Жданова, 2002), графические проективные методики - тест «Дом, дерево, человек» и «Нарисуй мальчика». Сравнимые группы были сопоставимы по социально-экономическим характеристикам семейного микросоциума. Из информационной базы исследования исключались дети, имеющие семей-

ную отягощенность психическими заболеваниями, родившиеся недоношенными, перенесшие родовую травму или асфиксию в родах, имеющие органические поражения головного мозга. Рассчитывались показатели относительного риска (RR) и его этиологической доли (EF) (В.В. Косарев, С.А. Бабанов, 2001). Математико-статистическая обработка данных проводилась на IBM ПК с использованием табличного процессора Excel и статистического пакета «Statistica 6.0».

Результаты. К основным факторам, которые денатурируют качество окружающей среды на урбанизированных территориях и негативно влияют на здоровье населения, относится загрязнение атмосферного воздуха. В пределах Волгоградской городской агломерации выделяют две промышленные территории (северная и южная) с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха и центральная, которая при гигиенических исследованиях традиционно рассматривается как территория сравнения.

На всех модельных территориях в структуре хронических болезней ЛОР-органов, накопленных у детей за 6 лет жизни, лидирующее место занимала ХАТП ($p<0,05$). По результатам проведенного у дошкольников углубленного осмотра ЛОР-органов с использованием цитологического анализа мазков, распространенность ЛОР-патологии, в том числе и ХАТП, была достоверно выше на промышленных территориях ($p<0,05$). При этом на всех территориях доминировали хронические болезни миндалин, которые достоверно чаще регистрировались у детей, проживающих на южной территории – у 82,8%, на северной – у 68,5%, на центральной – у 55,7% ($p<0,01$).

В группе дошкольников с ХАТП значительно чаще, чем среди здоровых, отмечались отклонения в интеллектуальном и эмоциональном развитии. В частности, для них были более характерны нарушения внимания (8,7% при отсутствии у здоровых детей), восприятия (3,8% при отсутствии у здоровых детей), памяти (8,7% против 3,1% у здоровых; $p<0,001$), признаки эмоциональной лабильности (10,6% при отсутствии у здоровых детей), невротические тенденции (13,1% против 4,1% у здоровых; $p<0,001$). Особенно часто такие варианты нарушений регистрировались у детей с хроническим тонзиллитом.

Величины относительного риска и его этиологической доли свидетельствовали о значимом влиянии фактора «территория проживания» на психоэмоциональный статус дошкольников. Степень этиологической обусловленности наличием ХАТП отклонений в интеллектуальной развитии соответствует градации – «очень высокая» ($RR=5,1$; $EF=80,4\%$), в эмоциональной сфере – «высокая» ($RR=2,7$; $EF=63,0\%$). Влияние фактора «территория проживания» у детей с ХАТП наиболее значимо для возникновения таких нарушений в интеллектуальной сфере, как снижение памяти ($RR=3,61$; $EF=72,3\%$; степень этиологической обусловленности – «очень высокая»); в эмоциональной сфере – невротических проявлений ($RR=3,52$; $EF=71,6\%$; степень этиологической обусловленности – «очень высокая»). При исключении из сравниваемых групп детей с невротическими проявлениями нивелируются различия в интеллектуальной сфере и акцентируются в эмоциональной, прежде всего по показателям тревожности.

Заключение. Наличие хронической адено tonsиллярной патологии у ребенка является фактором риска нарушения психоэмоционального статуса. Для детей с ХАТП более характерны отклонения в интеллектуальной и эмоциональной сферах, чем для здоровых сверстников. У дошкольников, проживающих в условиях выраженной антропогенной нагрузки, хроническая патология миндалин чаще сопровождается нарушениями психологического здоровья.

Подгорнова С.Ю., Чебаненко Н.В

**РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
НПЦ детской психоневрологии (Москва).**

У дошкольников с детским церебральным параличом (ДЦП) наблюдается целый спектр речевых нарушений: дизартрии различной формы и степени тяжести, моторная и сенсорная алалия, дисграфии разной этиологии, дислексии, дислалия, афазия, заикание и т. д. Дефекты речи обусловлены органическим поражением ЦНС, а также специфическими условиями развития и воспитания больного ребёнка. Речевые расстройства в клинической картине ДЦП составляют, по данным различных авторов, от 70 до 87% . Наиболее часто имеет место задержка речевого развития, связанная с характером самого заболевания. Особенности структуры нарушения речи и степень их выраженности зависят от локализации и тяжести поражения мозга. У всех дошкольников выявляются нарушения:

- фонетико-фонематические;
- лексические (специфические особенности усвоения лексической системы языка);
- грамматического строя речи;
- формирования связной речи, понимания речевого сообщения;
- все формы дисграфии и дислексии.

Известно, что наиболее частым расстройством речи при ДЦП являются дизартрии - нарушение звукопроизводительной и просодической сторон речи, которое связано с органическим поражением центральной и периферической нервной систем. Псевдобульбарная дизартрия при спастической диплегии наблюдается примерно в 85%, при гемипаретической форме в 35%. Кроме речевых расстройств по типу дизартрии у дошкольников с ДЦП могут появляться алалии - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка. Алалия чаще наблюдается при двуполушарных поражениях мозга у детей со спастической диплегией, а также с гемипаретической формой ДЦП. Без специального обучения при алалии речь детей с ДЦП практически не развивается и остаётся на уровне звукоподражательных и лепетных слов. Общая частота алалии составляет около 3-7%. При ДЦП возможны все известные формы дисграфии и дислексии. Основную роль в механизме этих нарушений играет недостаточное функционирование различных сенсорных систем. Особенностью нарушений письма является его зеркальность, чаще наблюдается у дошкольников с правосторонним гемипарезом. Нарушения при письме проявляются в виде пропусков букв, слогов, смешениях и заменах согласных звуков, близких по месту и способу артикуляции. Ребёнок не может плавно проследивать движения пишущей руки, это затрудняет слитное написание слов. Общая частота дисграфии и дислексии велика и составляет от 70 до 85%. Предупреждению дисграфии у дошкольников с ДЦП способствует ранняя коррекционная работа, направленная на развитие всех сторон речи, а также на развитие зрительного и слухового восприятия, зрительно- моторной координации.

Чрезвычайно важным является раннее выявление речевых нарушений при ДЦП для своевременного начала логопедической работы и эффективной коррекции речевых расстройств.

**ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВ И ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НЕФРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Российская детская клиническая больница (Москва).**

В литературе наблюдается концептуальный дефицит исследований по проблеме особенностей страхов и тревоги у детей младшего школьного возраста с хроническими соматическими заболеваниями. *Проблема* диагностики и коррекции страха у детей младшего школьного возраста в условиях госпитализации остаётся актуальной, потому что особенности страхов могут влиять на течение болезни, на процедуры лечения, у детей могут возникнуть патологические реакции и т. д. В связи с этим актуально изучение особенностей страхов, тревоги у детей, влияния болезни, сроков заболевания на формирование личности ребенка с различными хроническими соматическими заболеваниями и создание коррекционных методик, техник по устранению, снижению этих страхов. В данной работе мы будем рассматривать особенности страхов и уровень тревоги у детей младшего школьного возраста с диагнозом сахарный диабет и детей с нефрологическими заболеваниями. Безусловно, возраст, среда, взаимоотношения детей в течении жизни постоянно меняются и влияют на формирование страхов. В связи с этим от того, смогут ли родители и педагоги, врачи уловить эти перемены, понять изменения, происходящие с ребенком и в соответствии с этим изменить свои отношения, будет зависеть положительный эмоциональный контакт, который является основой нервно-психического здоровья ребенка. А также *на основании данного исследования в дальнейшем можно создать эффективные коррекционные, профилактические разработки.*

Целью работы являлось исследование психологических особенностей страхов и тревоги у детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом и нефрологическими заболеваниями. Были обследованы 30 девочек и мальчиков в возрасте 7-10 лет с сахарным диабетом, 30 девочек и мальчиков в возрасте 7-10 лет с хроническими заболеваниями почек, проходивших стационарное лечение в отделениях эндокринологии № 1 и нефрологии в государственном учреждении Российской детской клинической больницы г. Москвы. Использовались следующие психодиагностические **методики**: 1) методика «Страхи в домиках» (А.И. Захарова, М. А. Панфиловой); 2) методика исследования самооценки (А.М. Прихожан); 3) проективная методика для диагностики школьной тревожности (А.М. Прихожан); г) детский вариант шкалы явной тревожности (А.М. Прихожан).

Результаты. 1) Проанализировав теоретические материалы и литературу по данной теме, можно отметить, что у детей в каждом возрастном периоде преобладают определенные категории страхов. Одни страхи актуализируются, трансформируются, другие становятся менее значимыми. Это зависит от окружения ребенка, особенностей возраста, социальных условий. Если перейти к нашей теме, то также большую роль играет заболеваемость ребенка, специфика заболевания, условие госпитализации и т. д. 2) у детей с хроническими соматическими заболеваниями общее количество страхов больше, чем в возрастной норме. 3) Имеются отличия в содержании и интенсивности страхов у детей с хроническим заболеванием почек и сахарным диабетом. 4) Имеются сходства, отличия в ситуациях тревоги у детей с сахарным диабетом и хроническим заболеванием почек. 5) У детей с диагнозом сахарный диабет и с нефрологическими заболеваниями преобладает несколько повышенный и нормальный уровни тревоги. Данные работы, безусловно, будут полезны для лечения детей, для скорейшего выздоровления, для хоро-

шей адаптации ребенка к госпитализации, также эти работы будут влиять на личностные особенности детей.

Садовски М.В., Алферова Е.А.

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕНСОМОТОРНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ
У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Белгородский государственный научно-исследовательский университет
(Белгород).**

Среди заболеваний нервной системы ДЦП занимает одну из авангардных позиций. По статистике, распространенность данного заболевания в нашей стране приблизительно составляет 34-42 ребенка на 10000 новорожденных. Коррекция сенсомоторных нарушений у детей с ДЦП является сложной и актуальной проблемой. Вопрос о системе восстановительных мероприятий в специальных образовательных учреждениях остается важным до сих пор. Основным принципом сенсомоторной коррекции является оптимизация хода психического онтогенеза через определенным образом организованное воздействие на сенсорную и моторную сферы и тем самым активизация развития высших психических функций ребенка: памяти, внимания, мышления, речи. Успешное формирование умственных способностей детей с ДЦП во многом определяется уровнем сформированности сенсомоторных способностей.

Важным фактором для «запуска» сенсомоторного уровня у детей с ДЦП может стать создание коррекционно-развивающей среды для развития сенсомоторики на основе визуального ряда дидактического материала обучающе-развивающего пособия «Пуговколандия и ее жители» для детей с особыми образовательными возможностями. Нами были выделены следующие задачи: развитие познавательных процессов; обучение игровым навыкам, навыкам произвольного поведения; развитие мелкой и общей моторики; снижение эмоционального и мышечного напряжения; развитие коммуникативных навыков, навыков взаимодействия с педагогом и детьми группы; развитие пространственной ориентировки.

Одним из видов коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающих ДЦП является игровая деятельность с использованием дидактических материалов, изготовленных на основе пуговиц. Именно пуговицы становятся инструментом для проведения кинезиологических упражнений, коррекционных игр, а также массажа. Нами используется следующий цикл коррекционно-развивающих игр с пуговицами для детей с ДЦП:

1. **Пуговичный массаж.** Цель: понизить рефлекторную возбудимость мышц, уменьшить синкинезии, стимулировать функцию паретических мышц, предупредить развитие контрактур, улучшить лимфо- и кровообращение, уменьшить трофические расстройства, активировать межполушарное взаимодействие, снятие эмоционального напряжения и создание положительного настроения.

Для этого упражнения потребуется небольшая емкость, наполненная разноцветными пуговицами. Ребенку предлагается опустить руки в данную «ванночку» и немного развлечься: сжимать и разжимать кулачки, достать горсть пуговиц, пересыпать пуговицы из одной руки в другую и т. д.

2. **«Вереницею недель, как велит природа, кружит время-карусель временами года».** Цель: развивать умения детей идентифицировать предметы по форме, величине, цвету и их расположению в плоскости.

Для этого упражнения потребуется связанный из ниток ствол дерева со съёмными листочками разного цвета, символизирующими времена года. Это упражнение направлено на формирование цветоразличения, умения «пристегивать» нужные листочки.

3. **«Яблочко и червяк».** Цель: развитие первоначальных математических представлений: формирование приемов умственной деятельности, развивать мелкую моторику, мышление.

Для этого упражнения потребуется толстая леска, разноцветные пуговицы. Ребенку предлагается сделать разноцветного червячка и яблочко, нанизывая на леску пуговицы, нанизывая которые ребенок называет цвет, форму, а также считает сколько у пуговиц дырочек. Постепенно нанизывая пуговку, за пуговкой, ребенок переходит к счету предметов, нанизанных на леске.

4. **«Пуговичная мозаика».** Это самый креативный вид упражнений. Именно здесь раскрываются творческие способности ребенка. Цель: развитие сенсомоторного уровня психической деятельности, совершенствование знаний детей о форме, цвете, величине, развитие креативного воображения и мышления.

Для этого упражнения потребуется фланель, «липучка», пуговицы разных цветов, размера. Ребенку предлагается выложить из разноцветных пуговиц какой-либо сюжет. Так на обычном фланелеграфе расцветают яркие цветы, строятся города, появляются животные и др. В результате получаются необычные изображения, которыми дети радуют своих родных и близких.

Таким образом, предлагаемый цикл упражнений позволяет обеспечить высокую эффективность развития детей с ДЦП, обладает длительным положительным последствием развития высших психических функций. Методика легко воспроизводима, не вызывает стрессовых реакций. Проведение процедур не требует специальной подготовки. Применение методики не требует дополнительных материальных затрат.

Серавкина М.С., Свистунова Е.В.

ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И ЗНАЧИМЫМ ЛЮДЯМ

ДОШКОЛЬНИКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

В современной литературе широко освещены этиология и картина аллергических заболеваний у детей, возможные методы лечения. Но наряду с этим отмечается недостаток исследований, направленных на выявление особенностей личностного развития таких детей, их отношения к себе и близким людям.

В нашем исследовании приняли участие 90 детей с аллергическими заболеваниями и 90 здоровых детей старшего дошкольного возраста. В экспериментальную группу вошли дети со следующими заболеваниями: пищевая аллергия – 30 детей (33%), атопический дерматит – 34 ребенка (38%), респираторная аллергия – 26 детей (28%). В составе группы 44 девочки и 46 мальчиков. Контрольную группу составили 90 здоровых сверстников. Все дети посещают детский сад с 3 лет, их психологическое развитие соответствует возрастной норме.

Отношение детей к себе и окружающим мы изучали при помощи следующих методик: Цветовой тест отношений (ЦТО) (модификация Е.В. Свистуновой, 2006); Методика "Дерево" (Дайана и Джон Лампен, адаптация Л.П. Пономаренко).

По результатам проведенных методик оказалось, что дети с аллергическими заболеваниями по отношению к себе показывают высокий уровень тревожности (20% экспериментальная группа и 2% - контрольная). Также они считают себя более любознательными (32%), чем дети контрольной группы (23%). Однако у них отсутствует стремление к лидерству (3%), в то время как дети контрольной группы отмечают у себя это качество в 15% случаев. Такие качества, как «установка на преодоление препятствий» (5% и 27%) и «желание добиться успеха без усилий» (2% и 15%) дети с аллергическими заболеваниями отмечали реже, чем дети из контрольной группы.

По результатам методики ЦТО дети экспериментальной группы выбирали для себя предпочитаемые позиции в 63%, а дети контрольной группы в 85% случаях. Также примечательно, что дети экспериментальной группы выбирают для обозначения себя отвергаемые цвета в 19% случаев, а дети контрольной группы не делают этого.

По цветовым ассоциациям дети с аллергическими заболеваниями наделяют себя следующими качествами: любознательность, веселость, стремление к общению, детскость. Кроме этого, дети с аллергическими заболеваниями отмечают для себя спокойствие, нежность, привязанность, но при этом не отмечают такие качества как напористость, стремление к деятельности.

На втором этапе исследования мы изучали отношение дошкольников с аллергическими заболеваниями к значимым людям. К ним мы отнесли родителей (мать, отец) и сверстников (друг и неприятный сверстник).

Дети и экспериментальной, и контрольной групп в равной степени наделяют образ мамы таким качеством, как общительность (7%). Лидерские способности отмечают 18% детей экспериментальной группы и 8% детей контрольной группы, и такое же соотношение определяется при выделении такого качества, как рациональность. Любознательность присуща мамам 37% детей экспериментальной группы и 44% - контрольной. Дети экспериментальной группы значительно реже, чем дети контрольной группы (2% и 13% соответственно), наделяют образ мамы таким качеством, как мотивация на развлечения. Такие качества, как тревожность и утомление, не встречаются в ответах детей экспериментальной группы и отмечаются только в контрольной группе (10% и 2% соответственно).

Образ мамы у детей экспериментальной и контрольной групп почти всегда оказывался на предпочитаемых позициях (61% и 67% соответственно). На отвергаемых позициях мама у 19% детей экспериментальной группы и 10% детей контрольной группы. По цветоассоциациям дети с аллергическими заболеваниями отмечают у мамы самоуверенность, настойчивость в отличие от выборов здоровых сверстников.

Образ отца практически не отличается в контрольной и экспериментальной группах. У детей экспериментальной и контрольной группы папа часто (39% и 42%) находится на отвергаемой позиции и у трети детей - на нейтральной. В образе папы дети экспериментальной группы выделяют такие качества, как стрессовое состояние, но при этом видят его спокойным, внимательным, заботливым.

Образ друга в экспериментальной группе отличается высоким уровнем тревожности (33% - экспериментальная группа и 2% - контрольная) и высокой установкой на преодоление препятствий в общении (7% - контрольная группа и 12% - экспериментальная). Примерно такое же соотношение (5% и 15%) отмечается при определении качества «утомление, общая слабость». Такое качество, как «мотивация на развлечения», отмечают только дети контрольной группы (30%). У детей экспериментальной группы образ друга в 51% случаев находится на предпочитае-

мых позициях и в 30% - на нейтральных. Все дети наделяли его детскими чертами, а так же самоуважением, самоуверенностью.

Для образа неприятного сверстника (недруга) дети экспериментальной группы часто выбирают такую характеристику, как тревожность (33%), в то время как дети контрольной группы выбирают ее лишь в 12% случаев. Дети экспериментальной группы считают своего недруга менее общительным и дружелюбным (13%), чем дети контрольной группы (32%), также они считают его менее утомленным (8% и 18% соответственно). В то же время дети экспериментальной группы выделяют установку на преодоление препятствий в 8% случаев, а дети контрольной группы - в 18%. Образ недруга у детей экспериментальной группы в 55% случаев расположен на отвергаемых позициях и в 24% - на нейтральных. У детей экспериментальной группы данный образ складывается из отвергаемых цветов: коричневого и серого, что символизирует стресс, огорчение.

Анализ полученных результатов позволил нам выявить следующие закономерности:

Дети с аллергическими заболеваниями имеют более низкую самооценку по сравнению со здоровыми сверстниками. Им чаще требуется большая защищенность для достижения комфортного состояния.

Общее отношение к матери у детей и контрольной и экспериментальной групп одинаково положительно. Вместе с тем, дети экспериментальной группы чаще, чем дети контрольной группы, выбирают низкие позиции для матери, т. е. они меньше ценят позицию матери. Такие результаты достоверно показывают гиперопекаемый стиль в воспитании ребенка. Мать в таких семьях может компенсировать своим воспитанием чувство вины, что ведет к эмоциональным, а не действенным реакциям на стрессовую ситуацию.

Отношение к отцу у детей контрольной и экспериментальной группы мало отличается. Обе группы принимают отца, наделяют его сильными качествами, воспринимают его как авторитетного взрослого.

Образ друга дети с аллергическими заболеваниями наделяют высокой тревожностью и утомленностью, что может являться отражением текущего состояния самого ребенка.

Образ неприятного сверстника отвергается детьми с аллергическими заболеваниями. Такое отношение мы считаем адекватными, но разница с детьми контрольной группы может указывать на большую обидчивость и ранимость детей с аллергическими заболеваниями.

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Ходакова Ю.А.
ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ХОДЕ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Кортикостероидные гормоны (преднизолон, триамсинолон, дексаметазон) занимают весьма важное место в арсенале средств, применяемых при лечении детей больных острым лейкозом. Использование кортикостероидов при остром лейкозе основывается на их способности подавлять митотические процессы непосредственно в родоначальных патологических опухолевых клетках и тем самым оказывать цитостатическое действие. Дозировка кортикостероидов зависит от веса и возраста ребенка, тяжести и остроты лейкоемического процесса. В среднем суточ-

ная доза преднизолона составляет 1-2 мг на 1 кг веса (от 10 до 60 мг в сутки). Применение больших доз (2-2,5 мг на 1 кг веса) используется при тяжелых формах острого лейкоза. Психические побочные реакции при использовании кортикостероидных препаратов значительно чаще наблюдаются именно в детской популяции в сравнении с взрослым населением.

При обследовании 36 (22 мальчика и 14 девочек) пациентов, первично стационаризованных в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ РАМН по поводу различных форм онкогематологических заболеваний (лимфома, лейкоз), у 13 (5 девочек и 8 мальчиков) из них обнаруживались нежелательные психические явления, развивающиеся на фоне терапии кортикостероидами. Все эти больные в первые недели госпитализации получали кортикостероидные препараты в высоких дозах (2-2,5 мг на 1 кг веса и выше) согласно стандартным протоколам лечения онкогематологических заболеваний. Провоцированные гормональной терапией экзогенные психические реакции наиболее часто (у 10 чел.) наблюдались в младшей возрастной (3-5 лет) группе. Они развивались в первые дни после начала приема кортикостероидных препаратов, быстро нарастали в своей интенсивности и проходили в течение первых-вторых суток после отмены препаратов.

В большинстве случаев речь шла дисфориоподобных расстройствах настроения, которые почти всегда сопровождались девиациями поведения, агрессивными и аутоагрессивными поступками. Такие состояния характеризовались быстрым изменением настроения с выраженной раздражительностью, угрюмостью, отказом от общения. Появлялись несвойственная детям ранее конфликтность, частое выражение недовольства по незначительному поводу, капризность. Сниженный фон настроения сохранялся в течение дня без заметных изменений в разное время суток. Дети отказывались от любимых ранее занятий и игр, предпочитали уединение, проводили время в постели за просмотром ТВ, игрой в компьютерные игры. Попытки родителей «расшевелить» их провоцировали злобные реплики, крики, швыряние предметов, агрессию: дети могли ударить, оттолкнуть, пнуть ногой. В расстройствах поведения, помимо выраженных агрессивных проявлений с оппозиционностью, грубостью и несоответствием бурных эмоциональных реакций незначительности повода, их вызвавшего, отмечались и аутоагрессивные тенденции: дети царапали, кусали и били себя. В приступе гнева могли укусить мать, персонал, набрасывались с кулаками на «обидчиков», бились головой о стену, громко кричали, были крайне возбуждены, не реагировали на уговоры. Подобные вспышки ярости легко провоцировались мелкими замечаниями или просьбами и, как правило, развивались на фоне субдепрессивно-дисфорического аффекта.

Девиации настроения и поведения, возникшие в период приема кортикостероидов, быстро подвергались редукции в первые дни после отмены препаратов и лишь изредка сохранялись еще непродолжительное (3-4 дня) время. Родители пациентов, а иногда и сами дети указывали на «чуждый», несвойственный им ранее характер реакций и невозможность сдерживать агрессивные вспышки. Как правило, дети легко забывали обходящиеся после отмены гормонов расстройства поведения и настроения.

Наряду с психическими реакциями имевшие место у этих больных соматические побочные эффекты кортикостероидной терапии (усиление аппетита, жажда, потливость, повышение массы тела) также редуцировались после ее отмены, но значительно медленнее. Важно отметить, что нежелательные побочные эффекты в большинстве случаев развивались на фоне негрубой резидуальной органической недостаточности – в анамнезе 84,6% пациентов имелись указания на наличие патологии беременности и родов (токсикоз 1-3 триместров, угроза прерывания бе-

ременности в 1-2- триместре, хроническая внутриутробная гипоксия плода, длительный безводный промежуток, обвитие пуповины в родах).

Следует подчеркнуть, что, помимо нарушений, выявляемых на фоне приема высоких доз гормональных препаратов, у всех детей во время госпитализации в онкологический стационар наблюдались различные психогенно обусловленные состояния, отвечавшие критериям рубрики МКБ-10 F.43.2 «расстройство адаптации». Но, в отличие от описанных выше ятрогенных спровоцированных реакций, психогенные переживания детей воспринимались ими и окружающими как «естественные», «понятные».

Таким образом, сложная природа психических нарушений, наблюдающихся у детей при онкопатологии, возникновение которых обусловлено сочетанием разнообразных (соматических, психологических, стрессовых, личностных, экзогенных, и. т. д.) факторов, требует всестороннего анализа и мультидисциплинарного подхода с участием специалистов разного профиля (онкологов, психиатров, эндокринологов, педиатров). Среди факторов, увеличивающих возможность развития побочных эффектов кортикостероидной терапии, можно выделить младший детский возраст и наличие перинатальной патологии в анамнезе.

Худякова Ю.Ю.

ЧУВСТВО ВИНЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СКРЫТОЙ АГРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Республиканская клиническая психиатрическая больница (Ижевск).

Основой развития гастроэнтерологического расстройства в психологическом аспекте можно назвать симбиоз матери и ребенка, внутри которого происходят попытки сепарации и закладывается способ отношений с различными объектами. Различные нарушения симбиоза матери и ребенка ведут к проблемам установления субъект-объектной границы и образованию психосоматических симптомов, которые в психологическом плане являются попыткой совершить сепарацию. Согласно психоаналитической концепции язвенной болезни, психологический конфликт является результатом амбивалентного отношения к матери. Мать гастроэнтерологического больного часто держит его в ситуации Эдиповой зависимости от себя. В то же самое время, она склонна побуждать своего ребенка к активной социальной жизни. В психодинамике симптоматического поведения выделяются следующие характерные черты: 1) базисное пассивное подчинение интернализированной архаической вездесущей и контролирующей матери; 2) сильное чувство вины и тенденции к самонаказанию при каждой попытке отделения от матери или ее интернализированного образа при каждом агрессивном импульсе. Реактивация образа «злой» матери происходит в ходе регрессивного процесса, главным образом, в пубертатном периоде. Симптомогенез гастроэнтерологических расстройств в пубертатном периоде провоцируется реактивированным эдипальным страхом кастрации, следствием которого является регрессия до орального уровня развития влечений.

Мы предполагаем, что у гастроэнтерологических больных присутствует фиксация на орально-агрессивной (каннибалической) ступени организации либидо. На данной стадии отношения с объектом характеризуются нарциссизмом и тотальным присоединением объекта. На оральной стадии ребенок приходит к осознанию отделения себя от объекта. Одновременно с этим ребенок пытается удер-

жать объект, от которого он зависит. На поздней ступени оральной фазы объектные отношения характеризуются амбивалентностью, сосуществованием либидинозных и деструктивных тенденций. При фиксации на оральной стадии вся агрессивная активность любого рода может чувствоваться как вбирание и переваривание ситуации.

На данной стадии ребенок с матерью находятся в диаде, составляют симбиоз. Диада «мать–ребенок» - это первая группа, в которую попадает индивид. Мы считаем, что в подростковом возрасте актуализируются конфликты, характерные для данной стадии. Так, подросткам свойственна реакция группирования как регрессия к симбиотическим отношениям, «неокрепшее диффузное «Я» нуждается в сильном «МЫ»». Реакция «гиперкомпенсации», то есть настойчивое стремление подростка найти признание и достичь успеха в той области деятельности, к которой он наименее способен, является актуализацией нарциссических конфликтов, свойственных поздней оральной стадии. В генезе гастроэнтерологических расстройств существенную роль играет интроекция образа «плохой матери», которая держит ребенка в ситуации Эдиповой фиксации с запретом на генитальность и самостоятельность. В подростковом возрасте конфликт «зависимости–автономности» в поведении проявляется реакцией оппозиции – активного протеста в ответ на требования, предъявляемые взрослыми, и реакцией эмансипации – стремлением освободиться от покровительства и контроля взрослых, связанной с потребностью самоутверждения себя как личности.

По-видимому, переживание вины у гастроэнтерологических больных вызвано конфликтом между Я и Сверх-Я, то есть между образом собственного Я индивида и фрустрирующей матерью, образ которой интроецируется индивидом вследствие идентификации. Можно предположить, что гастроэнтерологические больные не могут обрести независимость от матери, не испытывая при этом угрызений совести и чувства вины. Для них характерно проявление аутоагрессии, которое может быть вызвано амбивалентным отношением к матери: с одной стороны, индивид желает отделиться от матери, обозначив границу собственного Я, с другой стороны, он боится потерять свою мать как любимый объект и поэтому подавляет открытые формы проявления агрессивности. Вследствие невозможности проработать конфликт «автономности-зависимости» происходит перенаправление вектора агрессии на себя. В телесной сфере это проявляется в виде органического заболевания, в психической – увеличением строгости Супер-Эго в виде депрессивных состояний, саморазрушительных тенденций, чувства вины, угрызений совести.

Ялтонский В.М., Самарина М.А.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОГО УРОВНЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (I ТИПА)

**Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).**

Актуальность исследования. Сахарный диабет I типа (СД) - самое частое эндокринное заболевание, приводящее к многочисленным осложнениям и встречающееся у подростков, пик заболеваемости среди которых приходится на возраст от 11 до 14 лет. Актуальность данного исследования обусловлена важностью определения субъективных мотивационных параметров, таких как типы личност-

ного смысла болезни в качестве компонентов внутренней картины болезни (ВКБ), которые могут отражать разную интенсивность восприятия болезни как выраженной или умеренной угрозы для здоровья. Разные типы личностного реагирования на болезнь могут неоднозначно влиять на выбор стратегий совладания с СД (I типа) и приверженность рекомендованному режиму лечения. В перспективе это может позволить разработать специфические для групп с восприятием СД как умеренной или выраженной угрозы профилактические и психотерапевтические программы, направленные на формирование адекватного восприятия и эмоционального реагирования на свою болезнь, а также приверженности лечению.

Объект исследования: внутренняя картина болезни (ВКБ).

Предмет исследования: особенности мотивационного уровня ВКБ подростков с СД (I типа).

Цель исследования: сравнительное исследование параметров мотивационного уровня ВКБ подростков с СД (I типа) с восприятием болезни как выраженной или умеренной угрозы здоровью и благополучию.

Задачи исследования: 1) выделение двух групп подростков в зависимости от интенсивности субъективного восприятия болезни как выраженной (ВУ) или умеренной угрозы (УУ) своему здоровью и благополучию; 2) сравнительное исследование параметров мотивационного уровня ВКБ в двух сформированных группах подростков.

Методики исследования: 1) Краткий опросник восприятия болезни; 2) «Личностный смысл болезни (сахарный диабет I тип)» на основе классификации Lipowski Z.J. (в адаптации Ялтонского В.М.) Статистическая обработка количественных результатов исследования проведена при помощи компьютерной программы SPSS 16.0.

Характеристика выборки: Исследование проводилось на базе ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава РФ, отделение эндокринологии и диабетологии № 1. Для достижения поставленных задач исследования были обследованы 60 подростков в возрасте от 14 до 16 лет, больных СД I типа (шифр E10 по МКБ-10), находящиеся на стационарном лечении в РДКБ.

Результаты исследования позволили разделить подростков по критерию «уровень восприятия СД как витальной угрозы здоровью» на две группы. Группу № 1 (ВУ) составили 30 подростков с СД (I типа), воспринимавшие болезнь как выраженную угрозу своему здоровью и благополучию, а группу № 2 (УУ) составили 30 подростков с СД (I типа), воспринимавшие болезнь как умеренную угрозу. Сформированные группы были сопоставимы по возрасту, принадлежности к полу и по длительности заболевания.

Исследование показало, что в группе ВУ по сравнению с группой УУ статистически достоверно более выражены показатели таких негативных личностных смыслов болезни, как наказание (то, за что они расплачиваются и за что винят себя) ($0,87 \pm 1,11$ против $0,17 \pm 0,38$, $p < 0,005$), потеря (невосполнимая потеря здоровья, приводящая к потере способности действовать или возможной смерти) ($1,43 \pm 1,01$ против $0,63 \pm 0,81$, $p < 0,002$) и угроза (угроза или враг для них) ($1,30 \pm 1,18$ против $0,40 \pm 0,68$, $p < 0,002$). В то же время в группе УУ по сравнению с группой ВУ статистически достоверно более выражены показатели такого позитивного личностного смысла болезни, как вызов судьбы, который они надеются преодолеть ($2,13 \pm 1,14$ против $1,60 \pm 1,13$, $p < 0,040$). Кроме того, исследование показало, что в группе подростков с ВУ общая выраженность негативных смыслов болезни превышает почти в 3 раза этот показатель в группе подростков с УУ (4,47 против 1,63). В свою оче-

редь, общая выраженность позитивных смыслов болезни в группе подростков с УУ превышает этот показатель в группе подростков с ВУ (6,86 против 5,53).

Выводы:

1. Выделены два типа восприятия болезни у подростков с СД (I типа): восприятие СД (I типа) как выраженной или умеренной угрозы здоровью и благополучию.

2. Характерными особенностями мотивационного уровня ВКБ подростков с СД (I типа) является то, что восприятие диабета подростками как умеренной угрозы способствует нахождению преимущественно позитивных смыслов болезни, оценке ее как вызова судьбы, определенной ценности и жизненного опыта.

3. Восприятие СД подростками как выраженной угрозы здоровью способствует нахождению в болезни не только позитивных смыслов (ценность и вызов), но и значительному увеличению её негативных смыслов (наказание, потеря, угроза).

Азатян К.А., Саарян О.Т., Саакян С.В.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ АСИММЕТРИЧНОГО ВЗАИМОРАСПОЛОЖЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗА МАТЕРИ НА ПОСЛЕДСТВИЯ КОНФИГУРАЦИИ ГОЛОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО

Тверская государственная медицинская академия (Тверь).

С точки зрения остеопатии, нормальное функционирование организма поддерживается четырьмя основными системами – париетальной, висцеральной, краниосакральной, психоэмоциональной. Ключевая роль в регуляции отводится краниосакральной системе. Определённая биомеханика черепа и краниосакральный ритм указываются многими авторами как одна из составляющих нормального функционирования ЦНС. В желудочках головного мозга с определенной ритмичностью происходит выброс внутримозговой жидкости (ликвора) и ее всасывание. При каждом выбросе ликвора происходит расширение черепа, и вибрационная волна последовательно распространяется по всему телу. В этот процесс вовлекаются не только спинной, головной мозг и оболочки нервов, но и межклеточная жидкость. В норме в ответ на выброс ликвора и расширение черепа, фасции тела также разворачиваются. При всасывании ликвора – сжимаются. Искажение данных ритмических процессов происходит, например, при нарушении взаиморасположения костей черепа, приводящем к так называемой рестрикции - ограничению подвижности. Как одну из причин нарушения взаиморасположения костей черепа авторы указывают процесс конфигурации головки ребёнка в процессе родов. Большая голова новорожденного должна пройти через относительно небольшое отверстие малого таза роженицы, вращаясь при этом вокруг своей оси. При этом кости черепа ребенка сдавливаются в швах, находя друг на друга. Если у мамы ровный таз, а по международной статистике, таковой регистрируется только у 8-10% женщин, то рождающийся ребенок получит минимальную травму мозга, которая быстро компенсируется. Если таз неровный, то ребенок получает скрученный череп. У таких детей впоследствии выявляются сколиоз и различные неврологические нарушения (головные боли, астеноневротические состояния, плохая память, плохая успеваемость в школе и т. п.

Цель исследования: определить степень влияния асимметрии таза матери на послеродовое взаиморасположение костей черепа ребёнка и выраженность различных неврологических проявлений у новорожденного.

Материалы и методы. Проведено обследование 34 новорожденных в возрасте 3-4 недель (роды самопроизвольные, течение без особенностей): краниометрия позиций с двух сторон черепа по костным ориентирам – лобный, теменной, затылочный бугор, срединный шов; неврологическое обследование с заключением врача-невролога; ортопедическое обследование взаиморасположения костей таза матери с измерением степени асимметрии в сантиметрах.

Результаты: новорожденные в зависимости от результатов обследования были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли 8 детей с диагнозом ГИП (гипоксическо-ишемическое поражение) ЦНС 1ст. Асимметрия взаиморасположения костей черепа у них составила, в среднем, $4,5 \pm 0,7$ см. Во вторую группу были включены 16 новорожденных с ГИП ЦНС 2ст. в сочетании с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионным синдромом, перинатальной энцефалопатией, судорожным синдромом. Асимметрия взаиморасположения костей черепа в этой группе составила в среднем, $9,6 \pm 0,5$ см ($p < 0,001$). В 3-й группе новорожденных ($n=10$), у которых установлены те же диагнозы, что и во 2-й группе, но в сочетании с НТШОП (натальной травмой шейного отдела позвоночника) асимметрия взаиморасположения костей черепа составила, в среднем, $12,3 \pm 0,9$ см ($p < 0,001$, к 1-й группе). Ортопедическое обследование матерей позволило разделить их также на три группы. В 1-й группе ($n=14$) установлено правильное взаиморасположение костей таза. Во 2-й ($n=8$) асимметрия взаиморасположения костей таза составила $0,5-0,8$ см, а в 3-й ($n=12$) асимметрия взаиморасположения костей таза была более $0,8$ см, установлен диагноз сколиоз. Асимметрия взаиморасположения костей черепа у новорожденных в группах матерей составила: в 1 группе – $6,7 \pm 0,6$ см, во 2 – $7,5 \pm 0,7$ см (недостовверное различие), в 3 – $13,5 \pm 0,7$ ($p < 0,001$, к 1-й группе).

Выводы: степень асимметрии костей черепа определяет тяжесть неврологических нарушений у новорожденных; асимметричное взаиморасположение костей таза матери оказывает прямое влияние на нарушение конфигурации головки новорожденного.

Боднарь Е.В.

К ВОПРОСУ О СУБЪЕКТИВНОМ ВОСПРИЯТИИ БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ СВОЕГО БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова (Украина).

Беременность является особым этапом в жизни женщины. За этот период она выстраивает новые для себя взаимоотношения с окружающими. Также она примеряет на себя новую роль – роль матери. Женщина выстраивает свое отношение к будущему ребенку. Материнское отношение как целостная система разнообразных чувств, поведенческих стереотипов, практикуемых в отношении с ребенком, особенностей восприятия и понимания характера ребенка и его поступков возникает в это время как «проект», поскольку реального взаимодействия с ребенком, как и его самого еще нет. Во время беременности, когда женщина уже осознает существование ребенка, он в определенном смысле «рождается» для нее и является реальным субъектом [2, 3, 4]. И от того, каким она будет его воспринимать, зависят дальнейшие взаимоотношения между матерью и ребенком. Особенно эти переживания актуализируются на третьем триместре беременности.

Одной из целей нашего исследования было изучение субъективного восприятия женщинами с патологией беременности их будущего ребенка, а также выяв-

ление взаимосвязи между восприятием будущего ребенка и социально-демографическими показателями.

В исследовании принимали участие 150 беременных женщин, находящихся на стационарном лечении 5-го роддома г. Одессы. Методикой исследования был цветовой тест отношений Эткинда (ЦТО) [5]. Для изучения личностных свойств женщин применялся компьютерный вариант стандартизированного многофакторного метода исследования личности ММРІ, адаптированный применительно к русскоязычному населению СМІЛ Л. Н. Собчик. Анализ полученных результатов проводился на базе компьютерной программы SPSS statistics 17.0. В ходе математического исследования мы получили следующие результаты по выборке.

Таблица 1. Анализ показателей по методике цветовой тест отношений.

Цвет	n	%
Синий	13	8,7%
Зеленый	25	16,7%
Красный	10	6,7%
Желтый	47	31,3%
Фиолетовый	51	34,0%
Коричневый	0	0,0%
Черный	0	0,0%
Серый	4	2,7%

Большинство женщин ассоциирует со своим будущим ребенком фиолетовый цвет (34%). Женщины, выбравшие фиолетовый цвет, воспринимают своего будущего ребенка, как нечто иррациональное, волшебное, сверхъестественное. Для них характерна высокая степень чувственной близости, которая может приводить к полному слиянию (ребенок воспринимается как часть матери). Существенная часть группы ассоциирует со своим будущим ребенком желтый цвет, что говорит, о надежде или ожидании позитивных перспектив, направленности на будущее, стремлении к чему-то новому (31,3%). Значительная часть выборки ассоциирует со своим будущим ребенком зеленый цвет (16,7%). Испытуемые воспринимают своего будущего ребенка, как вариант самоутверждения, требующий приложения волевых усилий и целеустремленности.

Можно обратить внимание на следующую тенденцию. Женщины разделились в большинстве своем на две численно равнозначные группы. Женщины, воспринимающие своего ребенка как часть себя через механизм идентификации, и женщины, воспринимающие своего будущего ребенка, как часть своего счастливого будущего через механизм регресса. В целом по выборке можно говорить о тенденции иррационального восприятия ребенка в благоприятной перспективе.

В ходе исследования взаимосвязи между социально-демографическими показателями и показателями ЦТО было выявлено определенные корреляции. Женщины, которые иррационально воспринимают своего будущего ребенка, удовлетворены своими отношениями с мужем. А большинство женщин, не довольных отношениями с супругом, воспринимают своего будущего ребенка как субъект, который принесет в будущем много радости и счастья, как замещение не очень сложившихся отношений с супругом.

Таким образом, изучение субъективного восприятия беременной женщиной своего будущего ребенка позволяет выявить подсознательное отношение к нему

(ребенку). При этом установлена статистически достоверная корреляция между восприятием будущего ребенка и отношения к супругу беременной женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
2. Арина Г.А., Айвазян Е.Б., Маклакова М.В. Особенности развития эмоционально-ценностного отношения к ребенку у женщин с отягощенной беременностью // Дефектология. — 2003. № 4. - С. 59-66.
3. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т.: / под ред. Н.Н. Володиной, П.И. Сидорова. – М. : Академия, 2009. – 304 с.
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 234 с.
5. Яньшин П.В. Введение в психосемантику цвета. - СПб.: Речь, 2006.

Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю. ЕСТЬ ЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ЖИЗНИ НЕРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА?

Курский государственный медицинский университет (Курск).

Цель данной работы состоит в выявлении взаимосвязей между психическим, соматическим состоянием матери и функциональными характеристиками фетоплацентарного комплекса, в уточнении их влияния на тяжесть перинатальных ишемически-гипоксических повреждений.

Проведено комплексное обследование и лечение 184 беременных. У всех женщин беременность была одноплодной и завершилась своевременным рождением живых детей без пороков развития. Всем пациенткам проводилось комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование. С целью оценки характера изменений МП и ПП кровотоков в динамике беременности высчитывали процентный прирост интенсивности кровотока в основных сосудах МПП комплекса и отношение ИР МА/ИР АП (патент № 2193864). Диагностику особенностей свойств личности и эмоционального состояния оценивали клинически и с помощью теста Люшера.

Ретроспективно выделены две группы. В *контрольную группу* (КГ) вошли 96 пациенток с неосложненным течением беременности, родившие здоровых доношенных детей. В *основную группу* (ОГ) вошли 88 пациенток с осложненным течением беременности, с нарушениями функционирования фетоплацентарного комплекса, приведшими к развитию антенатального дистресса плода и рождению детей с признаками ишемически-гипоксического поражения ЦНС.

Результаты. У пациенток ОГ выявлено преобладание (70%) дистимического и астенического типа акцентуации личности, что характеризовалось сниженным фоном настроения, пессимизмом, низкой активностью, фиксацией на теневых сторонах жизни; неуверенностью в себе, повышением чувства ответственности, тревоги как в отношении мелких житейских проблем, так и за судьбу близких, выраженной зависимостью от объекта привязанности, снижением порога толерантности к стрессу. Немаловажную роль в формировании чувства страха сыграла ятрогения: настойчивое напоминание о возможных осложнениях во время беременности и в родах, назначение большого количества лекарств, дороговая госпитализация при минимальных факторах перинатального риска. Это приводило к нарушению формирования доминанты как психологического, так и физиологиче-

ского компонентов гестационной доминанты, доминанты родов, сопровождалось активизацией симпатического отдела вегетативной нервной системы перед родами, нарушению суточного ритма выделения катехоламинов с преобладанием адреналина и развитием венозного застоя в мышце матки и развитием тяжёлых форм нарушений сократительной деятельности матки в родах.

У женщин КГ чувство неуправляемого страха практически не встречалось. Как правило, они находились в большем согласии с собой, хотя причины для эмоциональных стрессов встречались и у них: нерешённые личные и семейные проблемы, отсутствие уверенности в прочности брака, проблемы с учёбой и работой.

Результаты анализа анамнестических данных выявили преобладание соматических, акушерско-гинекологических и наследственных факторов риска среди беременных ОГ. Осложненное течение беременности отмечено в 56% наблюдений, оперативное родоразрешение, ведущие показания к которому были со стороны плода, потребовалось почти каждой третьей пациентке (28,2%) из ОГ. Наибольшее количество детей с признаками гипотрофии II (38,2%) и III (6,8%) степени, тяжёлыми отклонениями в течении раннего периода постнатальной адаптации (45%) родилось у матерей, беременность которых протекала на фоне рецидивирующей угрозы прерывания, острых и хронических инфекций, гестозов средней и тяжелой степени и ФПН в стадии суб- и декомпенсации.

Исследование гемодинамических взаимоотношений в системе мать-плацента-плод среди пациенток КГ выявило постоянный прирост интенсивности маточно-плацентарной, плацентарно-плодовой и плодовой гемодинамики (ИР МА/ИР АП – $0,74 \pm 0,03$ отн. ед.).

При осложненном течении беременности снижение интенсивности маточного кровотока менее чем на 20% не приводило к изменениям показателей пуповинного кровотока и плодового кровотока (ИР МА/ИР АП – $0,7-0,75$ отн. ед.). Уменьшение ИР МА на 20-34% от гестационной нормы сопровождалось компенсаторным увеличением интенсивности пуповинного кровотока и сохранением адекватного кровоснабжения плода (ИР МА/ИР АП – $0,9-1,03$ отн. ед.). Увеличение ИР МА выше 35% от гестационной нормы вызывали нарушение компенсаторно-приспособительных возможностей ПП кровотока, его интенсивности и централизацией гемодинамики плода (ИР МА/ИР АП – $1,04-1,09$ отн. ед.).

Таким образом, результаты исследования показали, что при наличии аффективной неустойчивости у беременных женщин необходимо проведение грамотного психологического консультирования не зависимо от наличия или отсутствия признаков нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса. При появлении и нарастании нарушений в функционировании фетоплацентарного комплекса необходимо привлечение к ведению пациентки перинатального психолога или психотерапевта обязательно. Врачи-акушеры совместно с психологом разрабатывают план патогенетической медикаментозной терапии в сочетании с психокоррекцией, при необходимости решают вопрос о целесообразности досрочного родоразрешения.

Дерябина О.М., Портнова А.А., Малкин Д.А.
**ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ ЖЕНЩИН
К БЕРЕМЕННОСТИ И НОВОРОЖДЕННОМУ**
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Москва).

Особенности раннего эмоционального взаимодействия детей с матерью оказывают определяющее влияние на общее психологическое развитие ребенка, включающее личностные особенности, стрессоустойчивость и др. характеристики. Психическое развитие ребенка определяется многими факторами, одним из наиболее важных является качество ранних детско-материнских взаимоотношений. Как показывают многочисленные социологические исследования, беременность и рождение ребенка у многих женщин, совершивших преступления и осужденных на лишение свободы, нежеланны, однако сам факт рождения ребенка в исправительном учреждении становится средством для получения каких-либо преференций, в том числе послабление режима, условно досрочное освобождение и т. п. Ежегодно в местах лишения свободы в России появляются на свет 800–900 детей. Дети, появившиеся в условиях пенитенциарной системы, имеют высокий риск социального и психологического неблагополучия в будущем. Для проверки данной гипотезы был проведен первый этап комплексного исследования материнско-детских отношений в условиях пенитенциарной системы.

Цель работы: изучение особенностей материнского отношения к беременности и новорожденному в условиях заключения в местах лишения свободы.

Материал исследования: 60 осужденных на лишение свободы женщин, родивших ребенка во время отбывания срока наказания. Контрольная группа в количестве 60 человек была набрана среди матерей в 4-х детских садах г. Москвы.

Методы исследования: анкетирование с помощью специально разработанного социально-демографического опросника; тест отношений беременных, тест поликоммуникативной эмпатии Юсупова, торонтская шкала алекситимии, проективные рисуночные тесты.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследуемых составил 29,2 г. Статьи УК, по которым женщины отбывали срок, в 90% случаев были связаны насилием и жестокостью (убийство, нанесение тяжких телесных повреждений и пр.). Треть обследованных имела незаконченное среднее образование. В официальном браке состояли лишь 6,7%, в гражданском – 66,7%. 75% осужденных имели 2 и более детей от разных мужчин. О запланированной и желанной беременности сообщали только 3,3% респондентов.

Поведение женщин во время беременности характеризовалось эйфорическим типом (преимущественно к себе беременной) – средние значения 4,8 баллов ($p < 0,05$) в сочетании с низкими показателями тревоги в системе мать-дитя – средние значения 1,0 балл ($p < 0,01$). Проективные методики показали отсутствие адекватного формирования образа своего ребенка, представлений о своей роли матери и об образе системы мать-дитя.

Уровень эмпатии свидетельствовал о нормативном эмоциональном развитии – средний показатель 52 балла (средний уровень), который был сопоставим с показателями контрольной группы. При этом показатели алекситимии были достаточно высокими – средние значения 70 баллов ($p < 0,01$), что, учитывая уровень эмпатии, говорит скорее о стрессовом ситуативном (связанном с пребыванием в месте заключения) состоянии, чем о характерологической алекситимии.

Т. о. исследование показало значительное повреждение ранних эмпатических материнско-детских отношений у женщин, родивших детей в условиях пенитен-

циарной системы, что делает необходимым проведение углубленного изучения наблюдаемого феномена для разработки профилактических и реабилитационных мероприятий.

Земзюлина И.Н., Дремина Т.Ф.

**ПРИНЯТИЕ МАТЕРИНСКОЙ РОЛИ И ОСОБЕННОСТИ
ЛИЧНОСТНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИНЫ**
Курский государственный медицинский университет (Курск).

Актуальность настоящего исследования продиктована рассмотрением особенностей переживания беременности в контексте жизненного пути личности, особенностей принятия материнской роли, анализом социально-психологических особенностей личностной и социальной идентичности в особой жизненной ситуации – ситуации беременности у женщин, ожидающих первого и второго ребенка во втором и третьем триместрах беременности.

В нашей работе переживание беременности представлено совокупностью двух компонентов – смыслового и эмоционального. **Целью** настоящего исследования явилось выявление влияния переживания беременности в контексте жизненного пути личности на трансформацию Я-концепции беременной женщины. Мы предполагаем, что у женщин, ожидающих первого ребенка, трансформация структуры Я-концепции выражается в обретении новой идентичности, которая, в свою очередь, характеризуется принятием новой социальной роли – роли матери. Структура Я-концепции женщин, ожидающих второго ребенка, трансформируется в связи с уже имеющимся опытом материнства и расширением контекста жизненного пути личности.

Объектом исследования выступает трансформация Я-концепции беременных женщин. **Предмет исследования** – влияние переживания беременности в контексте жизненного пути личности на трансформацию Я-концепции беременных женщин.

Мы проследили динамику переживания беременности у женщин, ожидающих первого и второго ребёнка во втором и третьем триместрах беременности. В результате статистической обработки данных были выявлены значимые различия по типам готовности к материнству у женщин, ожидающих первого и второго ребёнка и находящихся во втором и третьем триместрах беременности.

Следует отметить, что показатели адекватного и тревожного типов готовности к материнству в группе женщин, ожидающих первого ребенка, находящихся во втором триместре беременности, значительно ниже, чем у женщин, ожидающих второго ребенка и находящихся во втором триместре беременности. Это свидетельствует о том, что физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности у женщин, ожидающих второго ребенка, связано с шевелением плода. Женщины данной группы начинают принимать роль матери уже во втором триместре беременности, что является значимым этапом во взаимодействии с ребенком.

В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ значимые различия отмечаются по шкалам «Цели», «Процесс» и по общему показателю «Осмысленности жизни». У женщин, ожидающих первого ребенка и находящихся во втором триместре беременности, показатели наличия целей ниже, чем у женщин, ожидающих второго ребенка и находящихся во втором триместре беременности. Следовательно, построение планов в группе женщин, ожи-

дающих первого ребенка, характеризуется отсутствием реальной опоры в настоящем, так как они только готовятся к принятию новой социальной роли и не в полной мере осознают своё новое социальное положение, а цели пока не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Женщины, ожидающие второго ребенка, живут настоящим и ставят перед собой реализуемые цели, связанные с рождением и воспитанием ребенка. Данные свидетельствуют о том, что у женщин, ожидающих второго ребенка и находящихся в третьем триместре беременности, показатели по шкале «Цели» ниже, чем у женщин, ожидающих второго ребенка и находящихся во втором триместре беременности. Полученные данные свидетельствуют о том, что в момент приближения к родам осмысленность жизни уменьшается, следовательно, они строят свои планы в будущем, а придают смысл событиям настоящего.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что к третьему триместру у женщин, ожидающих второго ребенка, структура Я-концепции становится более сбалансированной. Структура Я-концепции беременных женщин к третьему триместру характеризуется более высоким уровнем осмысленности, но сохраняется высокий уровень напряженности. По показателям ролевого компонента во втором и третьем триместре отмечается несбалансированность: ценность ребенка не представлена, но наблюдается снижение показателей по значимости профессиональной сферы к третьему триместру.

Таким образом, женщины, ожидающие первого ребенка, находящиеся во втором и третьем триместрах беременности, испытывают трудности в обретении новой социальной идентичности, а, следовательно, и в принятии новой социальной роли, которая в свою очередь является критерием готовности к материнству. Женщины, ожидающие второго ребенка, находящиеся во втором и третьем триместрах беременности, на основе уже имеющегося опыта претерпевают изменения в структуре Я-концепции.

Обобщая полученные данные, нами были сформулированы следующие выводы:

1. Контекст жизненного пути личности влияет на переживание особой жизненной ситуации – ситуации беременности.
2. Наличие опыта беременности влияет на переживание беременности, которое представлено эмоциональным и смысловым компонентами.
3. Принятие новой социальной роли матери, критерием которой является готовность к материнству, зависит от срока беременности и наличия опыта материнства.
4. Переживание беременности в контексте жизненного пути является фактором трансформации Я-концепции.

Крысько А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОСПРИЯТИЯ МАТЕРИНСТВА И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ У ДЕВУШЕК СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Научный центр перинатальной психологии, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Ежегодно в России 16-30 тысяч детей рождаются у девушек до 17 лет. Между тем беременность в пубертате чревата конфликтом между задачами подросткового возраста и задачами материнства.

В пилотном исследовании участвовали 114 девушек от 15 до 20 лет, разделенные на три группы: 64 не имели ребенка (П), 16 беременных в III триместре (Б), 34 юные матери (М). Использовались: Опросник представлений о возрастных особенностях детей и материнстве (разработан М.Е. Ланцбург, А.А. Крысько), рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), проективная методика «Материнский ТАТ» (О.А. Копыл, О.В. Баженова, Л.Л. Баз).

Выявлено, что подростки группы П хотели бы иметь больше детей, чем Б и М, которые ограничивались одним ребенком.

В группе П отмечались хорошие знания о подростках и практически отсутствовали знания о детях раннего возраста, у группы Б в равной мере представлены знания о раннем и подростковом возрасте, а у группы М в два раза выше была частота адекватных ответов по раннему возрасту, чем по подростковому. Итак, подростки плохо ориентируются в раннем возрасте, но беременность и рождение ребенка способствуют приобретению таких знаний.

Значимость ребенка и стабильности отношений достоверно чаще отмечали Б, чем П, у Б снижалась значимость постоянных сексуальных отношений по сравнению с двумя другими группами. У М значимость ребенка, а также поддержки, взаимопонимания и заботы встречалась чаще, чем у П и Б.

По рисунку «Я и мой ребенок» наличие конфликта с материнством выявлено у большинства девушек П, трети Б и половины М. Большинство Б изображало себя с животом (признак отсутствия субъективизации ребенка). В половине рисунков трех групп не прорисованы черты лица ребенка (свидетельство затруднений в установлении эмоционального контакта). Специфичным для рисунков М являлось замещение образа ребенка на образы мягких зверушек (мишки, котята), красивые пейзажи, а также замена фигуры матери на образы солнца, сердечка, воды, что свидетельствует о личностной незрелости, неуверенности в себе как матери. Для подавляющего большинства рисунков во всех группах характерно присутствие образа мужчины, что отражает одну из задач возраста - развитие отношений со сверстниками противоположного пола.

По методике «Материнский ТАТ» у девушек из группы П переживания были связаны с взаимодействием со сверстниками, что вписывается в задачи возраста. Беременность влияла на появление переживаний, связанных с абортom как альтернативным решением, а также с ребенком, родами и материнством. Рождение ребенка влияло на появление переживаний о родительстве, установок на создание семьи. По временной перспективе высказываний от бездетных к беременным (от 17,1% к 62,5%) и от беременных к матерям (от 62,5% к 76,4%) усиливалась направленность на будущее.

Луговых Н.А., Малинина Е.В.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ

Южноуральский государственный медицинский университет (Челябинск).

Актуальность. Среди биологических причин психических расстройств у детей наиболее часто рассматриваются генетическая предрасположенность и церебральная predisпозиция. Существенное влияние на психическое развитие ребенка и качество жизни оказывают социальные факторы. Какова роль каждого из факто-

ров в развитии психических расстройств у детей, сказать сложно и требует больших эпидемиологических, клинических и катамнестических исследований. Таким образом, изучение данных вопросов на современном этапе является актуальным и перспективным.

Цель исследования. Изучить биологические и социальные факторы риска психических расстройств у детей дошкольного возраста, перенесших неонатальную реанимацию.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре психиатрии ФПДПО ЮУГМУ, на базе МБУЗ ДГКБ № 8 г. Челябинска. В группу обследования вошли 100 детей дошкольного возраста 5-6 лет, которые в неонатальный период перенесли критическое состояние (реанимационные мероприятия). Использовались клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический, параклинический, статистический (непараметрический критерий Фишера) методы обследования. Междисциплинарный подход к исследованию осуществлялся участием психиатра, невролога, врача лучевой диагностики, логопеда, окулиста, педиатра. Все дети имели психопатологическую симптоматику, отвечающую критериям резидуально-органического психосиндрома детского возраста. В процессе обследования было выделено 3 группы по результатам JQ тестирования методом Цветных прогрессивных матриц Равена. Первая группа детей с нормальным уровнем интеллекта ($n=60$); 2-я группа ($n=21$) - дети с пограничной интеллектуальной недостаточностью (ЗПР); 3-я группа ($n=19$) – дети с умственной отсталостью (УО).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были выделены биологические факторы риска, а именно наследственная отягощенность родителей по соматической патологии во всех трех группах, особенно у детей из 2 и 1 групп ($P<0,05$) и по наркологической патологии у детей из 3 и 2 групп ($P>0,05$). Во всех группах состояние здоровья родителей было очень низким ($P<0,01$). Молодой возраст родителей преобладал у детей 3 группы ($P<0,05$).

При рассмотрении показателей акушерско-родового анамнеза обнаружено, что во всех группах был высокий процент недоношенных, глубоко недоношенных детей было больше в 3 группе ($P<0,05$). Причем у матерей этой группы чаще встречалась экстрагенитальная патология ($P<0,01$), а также высокий процент генитальной и внутриутробной инфекции (ВУИ). Акушерские пособия чаще применялись в 1 и 2 группах - экстренное и плановое оперативное родоразрешение, «выдавливание», стимуляция родовой деятельности ($P<0,05$). Количество тяжелых новорожденных (оценка по шкале Апгар 5-3 баллов) среди детей 3 группы было в 2 раза больше ($P<0,01$), чем у детей 1 группы. Новорожденные с низкой массой тела при рождении (1500-1000 гр.) преобладали во 2 группе детей ($P<0,05$).

Сравнительный анализ показал, что тяжесть состояния новорожденных определялась степенью недоношенности, обусловленной сочетанием экстрагенитальной патологии, урогенитальной и ВУИ у матерей, преимущественно среди детей 3 группы, наличием у них родовых травм с последующим формированием тяжелых психических расстройств.

В ходе изучения данных реанимационных карт новорожденных у 64% детей верифицирована ВУИ. Из них, у 46,9% новорожденных диагностированы врожденные вирусные инфекции – цитомегаловирусная (ЦМВ), вирус простого герпеса (ВПГ), вирус краснухи и их сочетание, а также сочетание ЦМВ и ВПГ с хламидийной и уроплазменной инфекцией и у 12% детей – инфекция неустановленной этиологии. Необходимо отметить, что ВУИ преобладали у недоношенных и особенно глубоко недоношенных детей. Можно полагать, что ВУИ сыграли суще-

ственную роль в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода, что могло стать причиной невынашивания беременности, преждевременных родов.

По результатам сравнительного анализа этиологии поражения ЦНС между группами у детей первого года жизни, перенесших критические состояния в неонатальный период, при изучении медицинской документации и данных анамнеза, выявлено, что поражения ЦНС у детей первого года жизни гипоксически-ишемического, дисметаболического генеза преобладали у детей с сохранным интеллектом ($P<0,01$), гипоксического генеза - у детей с ЗПР ($P<0,05$). Отмечался высокий процент поражений ЦНС травматического и особенно инфекционного генеза у детей всех групп, но статистической разницы между группами не выявлено.

В ходе исследования статистически значимыми были выявлены следующие социальные факторы риска, а именно неблагоприятные материально-бытовые условия жизни преобладали у детей 3 группы ($P<0,05$). Высшее образование имели преимущественно матери детей 1 группы ($P<0,05$) и отцы детей 3 группы ($P<0,01$). Среднее специальное образование преобладало у отцов среди детей 2 группы ($P<0,05$), а среднее образование у матерей среди детей 3 группы ($P<0,05$).

Выводы. Изучение биологических и социальных факторов риска психических расстройств у детей дошкольного возраста, перенесших неонатальную реанимацию, позволило определить, что на степень тяжести психической патологии (уровень когнитивного развития) повлияли: неблагоприятные материально-бытовые условия жизни, низкий уровень образования и наркологические заболевания родителей, низкие показатели здоровья матери, генитальные и внутриутробные инфекции, глубокая недоношенность, гестационный возраст 28-33 недели, низкие показатели по шкале Апгар и родовая травма. Допустимо полагать, что совокупность данных биологических и социальных факторов, вероятно, послужила причиной развития критических состояний, приведших к реанимационным мероприятиям.

Маленова А.Ю.

ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР ОТНОШЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ К СОБСТВЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Современные реалии вносят значительные коррективы в сферу брачно-семейных отношений. Одной из устойчивых тенденций можно считать увеличение возраста вступления в брак и, как следствие, рождения первого ребенка. Данную зависимость между возрастом женщины и деторождением трудно трактовать однозначно, так как существуют и преимущества, и ограничения каждой позиции. В частности, рождение первенца в зрелом возрасте, как правило, происходит осознанно, более зрелая социально и личностно женщина имеет необходимый багаж знаний и опыта, эмоционально включена в процесс вынашивания ребенка, демонстрируя оптимальные стратегии поведения в период беременности и после появления новорожденного. С другой стороны, активное вовлечение в производство, стремление к профессиональной самореализации и экономической независимости занимает достаточно длительный период жизни, зачастую отодвигая решение семейных задач или игнорирование их вовсе. Достигнув запланированного в деловой сфере, многие женщины сталкиваются с противоречием: создав необходимые

условия для рождения и воспитания потомства, они оказываются бессильны перед собственным возрастом, который становится в данном случае препятствием, несмотря на достаточно высокий уровень медицинского обслуживания. Другими словами, такие женщины прикладывают значительно больше усилий для реализации еще одной роли – матери, которая становится особенно желаемой на фоне закономерно возникающих трудностей ее достижения в зрелом возрасте. Логично предположить, что наступление беременности в данном случае может сопровождаться повышенной тревожностью, беспокойством, напряжением, приводя к выбору неадекватных копинг-реакций.

Для проверки данной гипотезы нами совместно с И.Г. Кытковой было организовано поисковое исследование, в котором приняли участие 30 беременных женщин в возрасте от 20 до 33 лет, состоящих в браке не более 5 лет и ожидающих первенца. Согласно замыслу, испытуемые были разделены на две группы (по 15 человек каждая), относящиеся к периоду ранней (до 24 лет) и средней (от 27 до 33 лет) взрослости. Основными показателями для сравнения выступили уровень тревожности, тип отношения к беременности и стратегии совладающего поведения в данный период жизни женщины. Решение поставленных задач осуществлялось с помощью соответствующего методического («Диагностика самооценки уровня тревожности» Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина, «Тест отношения беременной» Э.Г. Эйдемиллера, И.В. Добрякова, И.М. Никольской, «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» – С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер в адаптации Т.Л. Крюковой) и статистического (U-критерий Манна-Уитни) инструментария.

Полученные результаты на нашей выборке испытуемых по всем методикам скорее имеют сходство, чем различия (при этом последние также были установлены). Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что ожидание первого ребенка в любом возрасте имеет в целом сходную эмоциональную картину. А именно, у женщин средний и высокий уровень ситуативной тревожности преобладает над низким. То есть будущие матери испытывают определенную степень напряжения, беспокойства, ожидая ребенка. Несмотря на то, что женщины зрелого возраста реагируют на беременность более спокойно: низкий уровень тревожности демонстрируют 27% против 13%, статистически данные различия не имеют значимости, что дает нам основание утверждать об отсутствии прямой связи между возрастом и эмоциональной стабильностью беременных женщин. При этом, даже на нашей небольшой выборке доказано: чем моложе женщина, ожидающая ребенка, тем более эйфорически окрашено ее отношение к собственной беременности ($U_{\text{эмп.}}=51$ при $p=0,01$). В целом же опрошенным женщинам, независимо от возраста, свойствен оптимальный тип переживания беременности на фоне редко встречающихся депрессивных и равнодушных реакций.

Изучение копинг-стратегий, предпочитаемых женщинами для разрешения трудностей, сопровождающих их беременность, в свою очередь, показало, что иерархия копинг-реакций у женщин ранней и средней взрослости схожа: первую позицию занимают стратегии, ориентированные на решение задач (ср. значение 57,3 и 66,3 баллов), вторую – на избегание (48,1 и 43,8 баллов), третью – на эмоции (31,2 и 28,8 баллов). На наш взгляд, такую приоритетность можно объяснить тем, что будущие матери обеспокоены, в первую очередь, здоровьем собственного ребенка, зная, что их состояние непосредственно влияет на его самочувствие и развитие. В связи с этим любые возникающие трудности требуют оперативного рационального разрешения при контроле своих переживаний, а если они незначительные – игнорируются вовсе, что также способствует сохранению эмоциональ-

ного равновесия. Что касается отличий в копинг-реакциях, то они были обнаружены при применении дополнительных шкал методики, связанных с отвлечением, которое оказалось более свойственно молодым женщинам ($U_{\text{эмп.}}=26$ при $p=0,01$). Таким образом, женщины периода средней зрелости менее склонны к следующим формам избегания травмирующей ситуации: бесцельные или предметные прогулки по магазинам, увеличение времени сна, частые телевизионные или кино-просмотры, пищевые увлечения, то есть к действиям, отвлекающим или замещающим решение конкретной проблемы.

Подводя общий итог нашим размышлениям, в том числе подтвержденным эмпирическими данными, хочется констатировать необходимость и целесообразность масштабных исследований в области семейных отношений через призму возраста матери. На наш взгляд, увеличение выборочной совокупности, расширение методического арсенала и собственно предмета изучения, позволит обнаружить закономерности, позволяющие более детально осветить и дать адекватную оценку актуальной для современного общества проблеме позднего материнства.

Малькова И.Н.

МЕЖПОКОЛЕННАЯ ТРАНСЛЯЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

**Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д.
Ушинского (Ярославль).**

Как показывают многочисленные исследования, период беременности является определяющим этапом в формировании материнского отношения, лежащего в основе становления и реализации материнско-детского взаимодействия и всего материнского поведения [1]. Поэтому актуальным остается вопрос, какие факторы оказывают влияние на формирование новой системы отношений в период беременности?

Наша работа направлена на исследование роли межпоколенной трансляции в формировании материнского отношения в период беременности. Существующие доказательства преемственности стилей переживания беременности и стилей материнского отношения позволяют нам уже на этапе беременности выделять женщин с адекватным и потенциально девиантным материнским отношением. Надо отметить, что в нашей работе девиантное материнство мы понимаем достаточно широко: от малоосознаваемых или неосознаваемых негативных тенденций по отношению к ребенку до отказа от ребенка на любом из этапов его развития.

В исследовании приняли участие 122 женщины в возрасте от 18 до 42 лет в третьем триместре беременности. Исследованы семейная история (история семейных отношений в трех поколениях), эмоциональное состояние и система отношений женщины, сложившаяся к моменту рождения ребенка (семейные отношения, самоотношение, материнское отношение). Проведена математическая обработка результатов, включающая в себя корреляционный анализ Спирмена, факторный анализ, сравнительный анализ по критерию Хи-квадрат Пирсона и U-критерию Манна-Уитни, структурографический анализ.

В ходе анализа результатов выборка была разделена на две группы. В первую группу вошли женщины с адекватным типом материнского отношения (37 человек), во вторую – с отклоняющимся (тревожно-амбивалентным и эмоционально-отстраненным) типом материнского отношения (84 человека). Основанием для выделения групп послужили уже имеющиеся критерии и характеристики, описан-

ные в работах Филипповой Г.Г., Брутмана В.И., Хамитовой И.Ю. Был проведен структурографический анализ системы семейной истории (геносоциогамма) и системы отношений беременной (методика ТООБ (6)).

Согласно результатам вычисления степени организованности структур, система семейной истории женщин с адекватным типом материнского отношения является значимо более интегрированной и согласованной структурой, чем система семейной истории женщин с отклоняющимся от адекватного типом материнского отношения (таблица 1). В то время как структура системы отношений беременной более интегрирована и согласованна в группе женщин с отклоняющимся от адекватного типом материнского отношением (таблица 1).

Таблица 1.

Группы	Структура семейной истории			Структура отношений беременной		
	ИКС	ИДС	ИОС	ИКС	ИДС	ИОС
Адекватное материнское отношение	165	36	201	56	86	142
Отклоняющееся от адекватного материнское отношение	80	29	109	136	111	247

В исследовании системы семейной истории большое внимание уделено фактам нарушенных отношений, таким как физическое насилие, эмоциональный разрыв, алкоголизм в поколении прародителей и родителей. При этом в случае нашего исследования информация о наличии нарушенных отношений является известной испытуемой, «про это знают».

Высокая степень согласованности структуры семейной истории в нескольких поколениях говорит о том, что в семье существуют тесные связи между ее членами, что семья является неким «единством» и «целостностью», которые и транслируются последующим поколениям.

Интеграция женщиной подобной целостной системы семейных отношений позволяет ей в сложный период беременности быть более устойчивой при формировании системы отношений в новой роли матери. Это подтверждает меньшая согласованность структуры и большая зрелость отношений беременной в группе женщин с адекватным материнским отношением, где компоненты структуры менее взаимозависимы, более устойчивы. И, наоборот, меньшая согласованность структуры семейных отношений в нескольких поколениях ведет к невозможности формирования зрелой системы отношений в новой роли, в которой ее компоненты были бы более независимы к изменениям.

Например, в структуре отношений беременной в группе с адекватным материнским отношением параметр отношения к своему ребенку не имеет корреляционных связей с другими компонентами системы, в то время как в группе женщин с отклоняющимся от адекватного материнским отношением тот же параметр имеет связи с отношением к образу жизни в период беременности, отношением к кормлению и с отношением к себе как к матери.

Выявленные нами различия структур семейной истории у женщин с разным типом материнского отношения позволяет делать вывод о существовании механизмов межпоколенной трансляции, которые являются глубинной основой для формирования системы отношений женщины в период беременности, а следовательно, и материнского отношения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. – М.: Класс, 1997. – 98 с.

ПРОРАБОТКА СЕПАРАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ В АНАЛИТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Центр диагностики и консультирования «Развитие» (Ярославль).

О. Ранк в фундаментальной работе «Травма рождения» [3] рассматривал сепарационную тревогу как попытку отреагировать травму рождения. В работе «Подавление, симптомы и тревога» (1926), явившейся ответом на идеи О. Ранка, З. Фрейд описал тревогу как проявление страха сепарации или потери объекта. М. Кляйн считала, что базальная тревога по поводу потери объекта может переживаться в двух видах или в их комбинации: в форме «параноидной» тревоги, или в виде «депрессивной» тревоги.

Особая роль в понимании значения сепарационной тревоги в развитии ребенка и в жизни взрослого принадлежит М. Малер [1]. Она разделяла момент биологического рождения от психологического рождения и называла последний процессом сепарации-индивидуации. Этот процесс происходит между 4-5 месяцами и 30-36 месяцами жизни ребенка, включает приобретение чувства отдельности и связанности, что в дальнейшем и позволяет иметь отношения с другими людьми. В случае нарушений в прохождении сепарации-индивидуации в раннем детстве соответствующий конфликт всю в течение всей последующей жизни актуализируется на каждом новом жизненном цикле, вызывая тревогу восприятия реальности и подвергая испытанию чувство идентичности.

Джеймс Мастерсон считал, что основная цель нарциссического и пограничного пациента – избежать депрессии покинутости и сепарационной тревоги. Особо уязвимыми местами пациентов с нарциссическими и пограничными расстройствами являются неудачи в течение прохождения подфазы репрошман (воссоединения) в процессе сепарации-индивидуации [2]. При этом большая потребность в материнской поддержке и ее фрустрация порождают чувство покинутости, вызывающее задержку процесса сепарации и приводящее к депрессии. Объектные отношения такого пациента характеризуются патологическими блоками, попеременно вознаграждающими (интернализированная защита) и покидающими (экстернализованная защита). Интернализированная защита клинически проявляется переносным отыгрыванием через очевидное или утонченное цепляние, уступчивым или соглашательским поведением. Это подпитывает отрицание отдельности и дает возможность отыгрывать фантазии о воссоединении, снижая сепарационную тревогу. Пациент «чувствует себя хорошо», но под давлением патологического Эго обнаруживает регрессивное, самодеструктивное поведение. Экстернализованная защита наблюдается в виде дистанцирования. «Дистантными» образцами поведения являются: молчание, интеллектуализация без аффектов, «параноидная» позиция по поводу мотивации терапевта. Основным терапевтическим приемом при этом является терапевтическая конфронтация. Конфронтация, исходящая из нейтральной, объективной, эмоциональной позиции, сводит пациента лицом к лицу с отрицаемыми деструктивными аспектами его поведения и эмоциональными состояниями. Содержание конфронтации зависит от типа переноса.

Принятая и интегрированная пациентом конфронтация преодолевает избегание и отрицание, создает конфликт, прежде не существовавший и прерывает действие пограничной триады. Процесс проработки носит циклический характер. При активировании блока покинутости, фокус терапии концентрируется на депрессии пациента по поводу сепарации от матери через фантазии, сновидения, воспоминания и болезненные аффекты.

Терапевтический сеттинг при проработке сепарационной тревоги является важнейшим инструментом, позволяющим терапевту отслеживать и преодолевать проявления переносного и контрпереносного отыгрывания.

Выводы:

1. При работе с нарциссическими и пограничными пациентами сепарационной тревоге необходимо уделять особое внимание.
2. Основные терапевтические приемы при работе с сепарационной тревогой: конфронтация, терапевтический сеттинг, диадность отношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. М. Малер, Ф. Пайн, А. Бергман. Психологическое рождение человеческого младенца. – М.: Когито-центр, 2011. -413 с.
2. Мастерсон Дж. Психотерапия нарциссического и пограничного пациента // Ж. Психоанализ №1(8), Киев, 2006.
3. Ранк О. (Rank O., 1924) Травма рождения / пер. с англ. – М.: Аграф, 2004. – 400 с.

Прохоров В.Н.

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург).

Состояние беременных, находящихся под наблюдением акушера-гинеколога женской консультации, определяется не только соматическими показателями, но и процессами в их психической сфере. Известно, что у беременных имеет место определенная лабильность психики, наблюдается частая смена настроения от благодушно-эйфорического до негативно-тревожного и даже панического. Нередко как значимая, так и совершенно малозначимая информация может вызвать у беременной эмоциональный всплеск негативного характера с погружением в состояние страха и паники. Развившийся в результате этого патологический стресс приводит к изменению личности на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях. При этом психическое состояние женщины может негативно влиять на физиологические механизмы развития беременности или на процессы выздоровления. В этих случаях беременной требуется неотложная психологическая помощь. По длительности проведения психотерапевтических мероприятий выделяется краткосрочная помощь в виде осуществления нескольких консультаций, нацеленную на решение конкретной проблемы, и долгосрочная помощь, ориентированная на позитивные личностные изменения пациента. Существует и экстренная психологическая помощь, которая оказывается в неотложных ситуациях при кризисных состояниях психики пациентки. Вопросы кризисных состояний психики при беременности, их причины, виды, клинические проявления, методы оказания неотложной психотерапевтической помощи, дальнейшего психологического сопровождения и реабилитации пациенток изучены недостаточно, хотя потребность в оказании данного вида помощи чрезвычайно большая.

Для беременной женщины остро травмирующим фактором не обязательно должно быть событие чрезвычайного характера, но и события, не имеющие особого социального или бытового значения и тем более не предполагающие значимых негативных последствий. Наиболее частыми причинами стресса являются: 1) сообщение о том, что она не может вынашивать беременность, и предложение прервать ее; 2) информация о неблагоприятном состоянии здоровья самой беремен-

ной, что может отразиться на состоянии ребенка; 3) данные о резком ухудшении состояния плода или наличии у него порока развития; 4) необходимость досрочного прерывания беременности; 5) изменение плана родоразрешения: вместо естественного – оперативные роды или, наоборот, когда женщине, которая готовилась к кесареву сечению, сообщают, что она может рожать самостоятельно.

Экстренная психологическая помощь (ЭПП) должна быть оказана немедленно после получения информации об остром стрессе у беременной. Местом оказания помощи может быть любое помещение. Категорически нежелательно присутствие при этом кого-либо, кроме специалиста-психолога.

Первый контакт психолога с пациенткой очень важен, практически всегда он является определяющим. Перинатальный психолог должен предстать перед беременной: 1) доброжелательным и неформально заинтересованным в успехе человеком; 2) уверенным профессионалом, хорошо владеющим конкретной клинической информацией и навыками помощи в данной ситуации; 3) специалистом, который обязательно доводит дело до положительно результата.

Следует учитывать особенности общения с беременной: 1) спокойный, абсолютно уверенный и доброжелательно-деловой тон, не должно быть проявлений выраженного сочувствия (это вызывает усиление жалости к себе); 2) говорить необходимо, практически не прерываясь, постепенно втягивая женщину в беседу, задавая простые вопросы по существу имеющейся ситуации; 3) желательно использовать изменения тембра голоса, умеренную позитивную эмоциональность, внутреннюю оптимистичность тона.

В начале беседы задаются общие вопросы о самочувствии, далее - об образовании, работе, семье, течении беременности с постепенным переходом к разговору о стрессовой ситуации. В процессе беседы происходит обсуждение всех обстоятельств ситуации и получение беременной ответов на наиболее волнующие ее вопросы: 1) каковы клинические и лабораторные данные, отражающие состояние здоровья самой женщины и ребенка; 2) являются ли имеющиеся отклонения в течении беременности, состоянии здоровья обоих значимыми и что можно сделать для их оптимизации; 3) что можно сделать для успешного завершения беременности и рождения здорового ребенка; 4) что ей предстоит в дальнейшем (обследование, подготовка к родам, вид родоразрешения); 5) как ей правильно относиться к данной ситуации.

В дальнейшем необходимо объяснить беременной, какова ее собственная роль в подготовке к родам и родоразрешении, а также после выписки из стационара. Следует также рассказать о подобных случаях из прошлой практики, постараться привести положительные примеры и дать рекомендации по общению с мужем, родителями, другими родственниками, знакомыми и сослуживцами. В конце беседы постараться создать у женщины позитивный настрой и полную уверенность в возможности обрести в будущем ребенка. Последующие встречи с беременной должны осуществляться ежедневно вплоть до выписки из стационара, а в дальнейшем – в режиме реабилитации. Для создания психологически спокойной атмосферы необходимо обеспечить максимально корректное отношение со стороны медицинского персонала и решить вопросы о встрече с мужем и родителями.

При оказании экстренной психологической помощи наиболее эффективными являются психотехники: 1) рациональная психотерапия с элементами суггестии; 2) эриксоновский гипноз и 3) психосоматическая релаксация. В дальнейшем используются аутогенная тренировка; телесно-ориентированная психотерапия; музыкотерапия; библиотерапия; ландшафтная терапия.

ПРОБЛЕМЫ И ОШИБКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург).

В настоящее время психологическая или точнее психофизиологическая подготовка беременных к родам является обязательной составной частью комплексных мероприятий по медико-психологической помощи беременным, без которой она не будет считаться полноценной. Основными целями подготовки являются: 1) выработка сознательного и позитивного отношения женщины к беременности, формирование актуальной и эффективной триады “мать–ребенок–отец”; 2) создание у беременной оптимального эмоционального фона и стойкой уверенности в благоприятном течении беременности и исходе родов для женщины и ребенка, то есть формировании адекватной “доминанты беременности” и “родовой доминанты”, основанных на восприятии беременности и родов как сугубо физиологических процессов; 3) формирование беременной как активной и волевой личности, не испытывающей страха перед родами, полностью ответственной за своего ребенка и в основном определяющей исход родов; 4) получение беременной основных знаний и навыков медицинского и гигиенического характера, способствующих оптимальному вынашиванию беременности и полностью адекватному поведению в родах.

Психологическая подготовка к родам обычно осуществляется на курсах, проводимых при женских консультациях или при специализированных частных центрах по индивидуально разработанным программам, включающим лекции и занятия по овладению практическими навыками, а также тренинги, методики релаксации, различные дыхательные техники. Посещение курсов подготовки к родам в целом положительно влияет на течение беременности и родов, улучшает акушерские и перинатальные показатели и повышает качество оказания медицинской помощи. С другой стороны, в процессе подготовки беременных к родам возникают серьезные проблемы и имеют место ошибки, которые снижают эффективность и даже могут иметь негативные последствия.

К проблемам дородовой подготовки следует отнести: 1) организационные трудности (несоответствие целям подготовки имеющихся помещений; недостаточная квалификация перинатальных психологов, акушеров-гинекологов, педиатров, специалистов по физкультуре, музыкальных работников); 2) недостаток полноценной специальной литературы и видеоматериалов, муляжей, плакатов; 3) выходящее за рамки целесообразности стремление частных центров значительно увеличить количество занятий по подготовке к родам для получения максимальной коммерческой выгоды; 4) активное стремление ряда центров психологически “привязать” к себе беременных, чтобы их сотрудники осуществляли сопровождение родов или даже принимали роды на дому.

Наиболее значимыми ошибками психологической подготовки к родам, пришими и государственным, и частным курсам, являются:

1. Использование устаревших методик по самообезболиванию родов, в частности, прижатие точек в области таза в момент схватки, техника самомассажа.

2. Отсутствие четкой стратегии в отношении вида и техники дыхания в родах. Так, иногда даются рекомендации женщине использовать на протяжении родов от 5 до 10 различных видов дыхательных техник, соответствующих различным этапам родов. Данная рекомендация является совершенно нереальной, так как сама роженица не в состоянии определить, на каком этапе какой именно вид

дыхания осуществлять. Кроме того, дыхательные техники, которые женщина легко выполняла при беременности, на фоне сильных схваток и болевых ощущений она выполнить уже не в состоянии. Без советов и указаний медицинских сотрудников выполнение дыхательных техник чаще всего нереально. Следует отметить, что и присутствие сотрудников часто не улучшает ситуацию, так как из-за сильных болевых ощущений и усталости женщина нередко теряет способность адекватно воспринимать советы и полноценно реагировать на них.

3. Проведение партнерских родов без грамотной подготовки супружеской пары и, главное, мужчины к родам. В ряде случаев муж оказывается неспособным быть помощником своей жене в родах и может даже вести себя неадекватно, негативно влияя на состояние роженицы. Иногда в процессе родов выясняется, что решение о проведении партнерских родов было принято под давлением женщины, муж не хочет этого. В этих случаях итогом является разрушение позитивной психологической атмосферы родов.

4. Тенденции у преподавателей-психологов при проведении занятий по дородовой подготовке преувеличивать значение психологических факторов на влияние течения беременности и родов, а у врачей-акушеров – их игнорирование. Для проведения успешной подготовки необходимо, чтобы психолог знал основы акушерской физиологии и патологии, а акушер-гинеколог знал основы перинатальной психологии, чтобы в итоге изложение материала было сбалансированным в единстве соматического и психического. При этом у преподавателей должны быть единые взгляды на различные, в том числе клинически и психологически сложные ситуации.

5. Некорректная критика, обвинительные высказывания в адрес специалистов других профессий при проведении занятий. Это является нарушением профессиональной этики и может вызывать у беременных чувство недоверия к специалистам.

6. Создание в процессе дородовой подготовки образа легких, радостных, необременительных родов, являющееся в настоящее время основой многих программ. Беременным это очень нравится, и они с удовольствием обсуждают долгожданные моменты рождения чудесного ребенка. Однако при этом в подготовке отсутствует формирование таких совершенно необходимых качеств для роженицы, как ответственность, психологическая устойчивость. Женщин не готовят к длительной, тяжелой, изнурительной работе, которой являются роды, и не объясняют, что в родах именно она является главным действующим лицом.

Таким образом, в большинстве случаев (до 80%) при подготовке беременных к родам отсутствует индивидуальный подход с проведением при необходимости психокорректирующих мероприятий и не достигается формирование полноценной родовой доминанты. Стремление учитывать все вышеизложенное, несомненно, будет способствовать оптимизации течения и завершения исходов родов.

Редих Н.И., Трубецкая Т.Е.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЮНЫМ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

**Детская городская поликлиника № 68, женская консультация № 8
(Санкт-Петербург).**

За последние годы имеется отчетливое снижение количества беременных среди несовершеннолетних. Однако актуальность создания комплексного подхода

к ведению юных беременных сохраняется, так как каждый случай подростковой беременности требует особого подхода, продиктованного необычностью ситуации в психологическом и деонтологическом плане.

Женская консультация № 8 расположена в микрорайоне Ржевка-Пороховые Красногвардейского района Санкт-Петербурга. На 1.01.13 в районе обслуживания проживают 96677 женщин репродуктивного возраста, среди них 3814 девушек 15–17 лет. Учреждение имеет в своём составе Молодёжную консультацию (акушер-гинеколог, уролог-андролог, педагог-психолог) и кабинет медико-социальной помощи женщинам (медицинский психолог, социальный работник, юрист).

За 2,5 года наблюдения (2011-2013 гг.) была выявлена беременность у 100 несовершеннолетних. Из них 61 человек направлен на учёт по беременности. В кабинете медико-социальной помощи наблюдались 38 человек. Половина из них обратилась в возрасте 17 лет, 31% в возрасте 16, 16% в возрасте 15, и 3% (1) – 14 лет. 34% школьницы, 37% учащиеся ССУЗов, 29% не учатся, не работают. Большинство девушек проживает в неполных семьях (74%) и 1 девочка сирота. 28 (74%) девушек курят, 23 (60%) употребляют алкоголь, 12 (32%) имели опыт употребления различных наркотических веществ. 12 девушек (32%) состояли на учёте в отделах полиции. 2/3 пациенток указали, что имеют партнёра старше 18 лет, работают из них 40%, учатся 20%, остальные не работают и не учатся. Только 8 девушек проживают совместно с партнёром, который обеспечивает их проживание. Остальные 30 девушек проживают с родителями на их средства. Собственных заработков ни у одной из них нет. Средний возраст начала половой жизни составил 14,3 (11-16 лет). Девушки имели от 1 до 5 партнёров. 14 юных женщин (36%) считали беременность желанной и с самого начала планировали ее сохранить. 24 обследованных пациенток (63%) указали, что беременность для них явилась нежеланной. Только половина девушек встала на учет своевременно, 14 (37%) человек пришли к врачу во втором триместре, и 5 человек в третьем. Не было отмечено ни одного случая отказа от ребёнка, хотя зачастую беременная девушка, обратившаяся во втором-третьем триместре, и её родственники настаивали на прерывании беременности и планировали отказ от принятия будущего ребёнка.

Всегда встаёт вопрос, почему наступила ранняя беременность? Здесь можно выделить ряд факторов, вытекающих из психологических особенностей подростков. Подростки еще не знают «Что такое хорошо, что такое плохо». Хотят всё попробовать. У них есть желание быть кому-то нужным. Всех юных беременных, обратившихся в кабинет медико-социальной помощи, характеризует раннее начало сексуальных отношений, что обусловлено интенсивным подростковым либидинозным напором, определяющим для них важность принадлежности к группе, повышая собственный престиж. В этом можно выделить определённую «компенсацию», когда подросток претендует на высокий статус в группе, получая его, если осуществляется связь «взрослая» с лицом противоположного пола. Характерны отсутствие заинтересованности родителей, дефицит положительного эмоционального контакта и контроля по отношению к подростку. Подросток ищет заполнения внутренней пустоты в употреблении запрещённых веществ и стремлении к ранним половым контактам, не осознавая, что за этим кроется. У большинства подростков из неполных семей с низким социальным статусом один или оба родителя злоупотребляют алкоголем. Воспитательная роль в семье отведена бабушке или другим родственникам.

Работа выстроена на принципе комплексного подхода ведения юной беременной, включая медико-социальную и психологическую помощь. Как правило, работа проводится не только с девушкой, но и с её законными представителями, а

по возможности и с отцом ребёнка. При оказании помощи принимает участие психолог, который помогает семье снизить агрессию, принять будущего ребёнка, помочь преодолеть ступень перехода подростка в статус мамы, повысить ответственность юной беременной за собственное здоровье и будущего малыша. Осуществлялась помощь в решении социально-бытовых проблем семьи при участии Центра социальной помощи. В отдельных случаях направлялось сообщение в правоохранительные органы (в соответствии с законом). Так трое из анализируемых случаев предполагали отказ от ребёнка. Благодаря комплексному, бережному подходу ведения юной беременной удалось сохранить ребёнка в семье, в которой новорожденные получают достаточный уход, любовь и заботу успешно развиваясь. Тщательное наблюдение за такими беременными в условиях женской консультации, своевременная и целенаправленная коррекция замеченных отклонений, а также бережное ведение родов закономерно обеспечивают снижение числа осложнений.

Таким образом, исходы беременности у юных женщин не отличаются от средне-статистических показателей у женщин среднего репродуктивного возраста. Грамотное консультирование психолога, направленное на сохранение биологической семьи, помощь в социальной адаптации, реализация законных прав матери способствуют благоприятному течению беременности и возможности создать устойчивые семейные отношения.

Смирнов А.Г.

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К
БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ
ЕЕ ПРОТЕКАНИЯ**

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

В последнее время отмечается существенный прогресс в развитии перинатальной психологии и перинатальной медицины. Однако, беременность, это не только изменения в организме женщины, а и, прежде всего, изменения в деятельности центральных регулирующих структур, обеспечивающих адаптацию организма к ее протеканию. Даже в норме эти структуры испытывают значительное напряжение, обусловленное дополнительной нагрузкой на их деятельность, что вызывает изменение как психоэмоционального статуса женщины, так и эффективности адаптационных механизмов.

Исследования были проведены на 400 беременных в возрасте 26.5 ± 5.01 лет. Из них 80% были первородящими. У всех обследуемых определяли уровень тревожности по Спилбергеру-Ханину и регистрировали ЭЭГ для последующего клинического и спектрального анализа.

Было выявлено, что при физиологической беременности у женщин (10% от общего количества) теменно-затылочный альфа-ритм существенно не отличается от клинической нормы, а неизбежные диэнцефальные изменения (увеличение высокочастотной активности в передних отделах, генерализованное распространение альфа-ритма) носят функциональный характер. Уровень личностной тревожности в целом был повышенным, что и свойственно беременности (42.34 ± 0.98), а уровень ситуативной тревожности был в средних пределах (39.82 ± 0.97 баллов). Ближе к родам отмечается постепенное увеличение мощности альфа-ритма. Возможно, это связано с тем, что у женщин изменяется гормональный фон в сторону увеличения концентрации, прежде всего, кортизола и окситоцина. После родов также

происходит изменение гормонального фона, обусловленного не только процессом центральной регуляции лактации, но и резким уменьшением концентрации гормонов, ранее обеспечивающих нормальное протекание беременности. Это проявляется в ЭЭГ женщин с нормально протекавшей беременностью снижением мощности альфа-ритма в задних областях с некоторым увеличением ее в передних. Мы полагаем, что такие умеренные функциональные колебания ЭЭГ картины связаны с тем, что адаптационный ресурс организма у этих женщин значительный. Такой тип адаптации в системе «мать-дитя» можно назвать «облегченным».

У большинства обследованных женщин исходное здоровье не было благополучным, а социально-психологический фон был неблагоприятным. Это существенно уменьшало адаптационный ресурс. Дополнительная нагрузка на центральные регулирующие структуры, обусловленная жизнедеятельностью системы «мать-дитя», могла оказаться чрезмерной. Образовалось устойчивое состояние мозга, формирующее другую функциональную систему, которая будучи обусловлена протекающей беременностью, направлена на сохранение жизни собственно женщины как носителя системы.

При легких типах угрозы прерывания беременности адаптация хотя и происходит с большим напряжением, чем при нормально протекающей беременности, но используется механизм защитного («охранного») типа адаптации, проявляющийся в снижении уровня бодрствования, что отчетливо проявляется в ЭЭГ картиной медленноволнового NREM-сна. В таких случаях формирование гестационной доминанты также происходит успешно. В послеродовый период функциональное состояние головного мозга у этих женщин устойчиво и адаптация происходит сходным образом, как и в группе нормы.

В более тяжелых случаях угрозы прерывания беременности отмечаются более существенные изменения в активности гипоталамо-гипофизарных структур. Эти изменения в картине ЭЭГ проявляются либо усилением медленноволновой активности и редукцией альфа-ритма с преобладанием высокочастотной ритмики, либо увеличением синхронизирующих влияний и появлением других диэнцефальных источников генеза альфа-ритма с более медленной частотой. Последнее проявляется двойственностью пиков на кривой спектральной плотности мощности в диапазоне альфа-ритма, а также увеличением дисперсии частоты структурного альфа-ритма. Отмечаются и более специфические признаки ЭЭГ, характеризующие диэнцефальный источник своего генеза, например, высокоамплитудные острые волны или вспышки альфа- и тета-активности в лобно-центральных областях. Личностная тревожность у таких женщин очень высокая (46.21 ± 1.45), а формирование гестационной доминанты приобретает по отношению к системе «мать-дитя» патологический характер. В этом случае адаптационные механизмы работают на пределе своих возможностей, и срыв адаптации может произойти в любой момент, при воздействии малейшего стимула, который часто бывает психогенной природы. У таких женщин могут произойти преждевременные роды.

У незначительной части женщин (около 4%) возникает несовместимость существования системы «мать-дитя» с жизнеспособностью ведущего звена этой системы - с жизнью женщины. Адекватное формирование гестационной доминанты нарушается и возникает функциональное состояние, нацеленное не на сохранение системы «мать-дитя», а на ее разрушение. Плод уже начинает выступать не как стабилизирующий элемент системы «мать-дитя», а как деструктурирующий элемент, угрожающий жизни беременной женщине. В конечном итоге организм стремится избавиться от этого элемента и происходит прерывание беременности. Происходит срыв адаптации – дизадаптация.

Конечная «сверхзадача» доминанты беременности – это сохранение жизнеспособности ребенка при его внутриутробном развитии и сохранение жизни матери как внешней среды для ребенка. Изменения, происходящие в организме женщины, неизбежно сказываются и на жизнедеятельности плода. Но возможно и обратное взаимодействие: патологические изменения в развитии плода могут сказаться и на матери, что, опять же, приводит к прерыванию беременности.

В любом случае, при беременности мы отмечаем изменение функционального состояния головного мозга, зависящее от особенностей протекания гестационного процесса. В этом плане ЭЭГ является мощным средством прогнозирования риска неблагоприятного протекания беременности, так как именно ЭЭГ отражает те пограничные изменения в центральных структурах, которые напрямую связаны с нарушением регуляции беременности и которые с высокой вероятностью могут привести к срыву адаптации.

Филиппова Г.Г.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ФАКТОРЫ РИСКА В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

**Институт Перинатальной Психологии и Психологии Репродуктивной
Сферы (Москва).**

В последние десятилетия катастрофически растет количество искусственных зачатий. Первый в мире ребенок, зачатый методом ЭКО, родился в 1978 г., в России – в 1986 г. В 1995 г. таких детей было 5 000, а в 2010 г. людей, рожденных методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), уже 5 000 000. В высокоразвитых странах все чаще возникают проблемы, связанные с наступлением и вынашиванием беременности (в некоторых европейских странах ЭКО составляет от 5 до 10% зачатий). В России в настоящее время более 115 клиник ВРТ. На медицинских конгрессах обсуждается проблема здоровья детей, рожденных в результате различных методов ВРТ. Однако до сих пор практически нет данных об особенностях психического развития этих детей. В частности потому, что в родители обычно скрывают статус рождения ребенка, особенно если используются донорство или суррогатное материнство.

Опыт работы с семьями при подготовке к процедурам ВРТ, ведения беременности и консультации семей после рождения детей позволили выделить ряд особенностей, которые, по моему мнению, являются факторами риска в психическом развитии ребенка, рожденного в результате использования ВРТ. Эти факторы можно разделить на три группы: отягощенность здоровья матери и отца и течения беременности; психологическая неготовность женщины и мужчины к родительству; искажение родительского отношения в результате отношения родителей к ребенку и процедуре ВРТ.

1. Отягощенность здоровья матери и отца обычно связаны с длительным лечением нарушений репродуктивной сферы, а также с возрастом родителей: к ВРТ обращаются после ряда лет лечения, возраст родителей обычно после 35 лет. Течение беременности также отягощено массивной медикаментозной поддержкой, чаще наблюдается различная патология беременности, родов и послеродового периода.

2. Психологическая неготовность женщины и мужчины к родительству. Исследования последних лет свидетельствуют, что нарушения репродуктивного здоровья являются определенной формой соматизации внутреннего конфликта,

связанного с социально обусловленным запросом на рождение ребенка и одновременно психологической неготовностью к осуществлению родительской роли. Последнее выражается в незрелости мотивации рождения ребенка, несформированности образа ребенка и себя как родителя (матери или отца), недостаточной родительской компетентности, в страхах, связанных с беременностью и родами. Это подтверждается диагностикой психологической готовности к материнству и отношения к ребенку во время беременности (в сравнении беременных с естественно возникшей беременностью и беременностью после лечения бесплодия и невынашивания). Эти женщины обычно не мотивированы на посещение курсов подготовки к родам и родительству. После рождения ребенка у них больше нарушений в тактильных и эмоциональных контактах с ребенком, в воспитательных стратегиях и установках, а главное – в понимании состояний ребенка и способности своевременно и качественно удовлетворять его потребности и осуществлять защиту и поддержку, что считается основным содержанием материнской функции с позиции современных подходов к психологии раннего развития.

3. Искажение родительского отношения в результате отношения родителей к ребенку и процедуре ВРТ. Такое искажение имеет два источника. Во-первых, у женщин во время беременности и после родов появляется излишняя тревожность в отношении ребенка. Длительное бесплодие приводит к формированию сверхценности ребенка, гиперопеки, причем обычно ориентированной на тревогу за здоровье ребенка, в результате чего у родителей возникает представление о его слабости, недостаточной адаптивности. Повышенная тревожность матери во время беременности, особенно в первом триместре, создает для ребенка ситуацию пренатального стресса. Это усугубляется более частыми в этих случаях кесаревыми сечениями. Во-вторых, у родителей нередко присутствует представление о «ненормальности» самой процедуры ВРТ, особенно при использовании криоконсервации эмбрионов, процедур ИКСИ (интроекция одного сперматозоида в яйцеклетку) или донорских половых клеток. В последнее время появилась еще одна причина для такой тревоги: новые методы позволяют получить эмбрион от спермы такого качества, которая еще недавно считалась абсолютно нефертильной. Все это формирует определенную родительскую установку по отношению к будущему ребенку.

Такое положение свидетельствует о том, что беременность при вспомогательных репродуктивных технологиях является фактором риска для психического и физического развития ребенка и требует не только медицинского, но и психологического сопровождения. Необходима организация и осуществление систематической психологической помощи на всех этапах репродуктивного цикла семьи с нарушением репродуктивной функции: в процессе лечения бесплодия и невынашивания, подготовки к процедурам ВРТ, сопровождении беременности, психологической помощи и сопровождении после родов и на этапе установления диадических отношений и раннего развития ребенка. Такую помощь возможно осуществлять только в случае организации эффективной психологической работы внутри всех звеньев медицинского сопровождения, лечения и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья семьи. Однако, до сих пор при использовании ВРТ практически нет психологического сопровождения или оно ограничивается лишь коррекцией негативных психических состояний женщины. Необходимо мотивировать пациентов ВРТ не только на работу с психологом для повышения эффективности зачатия и вынашивания беременности, но и для подготовки к родительству и сопровождения раннего развития ребенка.

**ОПЫТ РАБОТЫ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОК С ОТЯГОЩЕННЫМ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ МЕТОДОМ
ГЕНОГРАММЫ**

Новомосковский родильный дом (Тулльская обл.).

В функционировании семьи эмоциональные процессы играют очень важную роль, т.к. интеллект у человека появляется позже, а эмоциональные реакции автоматические. Они примитивны, но управляют нашим поведением гораздо больше, чем разум [1]. Мы предположили, что семейная система может избавляться от «балласта» не только с помощью психических заболеваний (неадаптированный человек вряд ли создаст семью и его род прервется), но и соматическим путем (бесплодие, невынашивание).

Для проверки гипотезы с каждой из пациенток, состоящих на учете в женской консультации с такими диагнозами, предварительно была проведена двухчасовая беседа, собран психологический анамнез и получено согласие на работу в группе. Женщины были мотивированы на создание генограммы и поиск ресурсов к решению проблем не только в своей семье, но и в семье партнера.

Из 10 пациенток, наблюдавшихся в женской консультации в течение 3–7 лет, 2 имели диагноз «первичное бесплодие» (эндокринных нарушений не обнаружено), остальные имели выкидыши или неоднократно замершую беременность с момента постановки на учет.

В ходе предварительной беседы выявлено, что **7 из 10 женщин имеют низкий уровень дифференциации «Я» - до 25%**, по Боуэну. Они импульсивны, ищут одобрения, т. к. их самооценка очень уязвима. У остальных пациенток – средний уровень дифференциации Я – до 50% (критика расстраивает, но не отвергает в беспомощное состояние, открыто предъявляют чувства в общении). Хотя имеют свое мнение по ряду вопросов, но предъявляют в основном чувства, считая свою импульсивность достоинством. В ситуации супружеского конфликта зовут на помощь родителей не только жены, но и мужа (60%). У них внешний локус контроля, и мотивация беременности чаще всего социальная – «у всех дети», «родители давно хотят внуков». Со слов пациенток, их мужа тоже достаточно инфантильные личности, живущие по родительским установкам или согласно стандартам своей референтной группы. На наш взгляд, инфантилизация молодежи – это общая тенденция нашей детоцентрированной культуры, с которой может быть связан рост количества замерших беременностей (по данным родильного дома, на 15% за последние 5 лет).

На поиски информации о своем роде им было отпущено 4 недели. Все это время 1 раз в неделю проводились групповые занятия по развитию уровня дифференциации Я («что я думаю по поводу...», «что я чувствую по поводу?»), эмпатии, телесно-ориентированные техники, арт-терапия, метафорические ассоциативные карты. Целями занятий были: сближение группы, поддержание баланса между эмоциональными и когнитивными процессами, развитие инициативы женщин в разрешении собственных проблем. На каждом из последующих занятий в группе проводилась работа с одной из генограмм пациенток. В качестве домашнего задания было: «Мои мысли по поводу генограммы» (чувства высказывались на занятии в виде обратной связи автору генограммы).

Все женщины серьезно подошли к сбору информации о своих предках. Каждая генограмма содержала не менее 4-х поколений. В половине случаев пациентка представила еще и генограмму супруга. По женской линии материала у всех было

в несколько раз больше, иногда после разрыва информация о мужской половине рода отсутствовала. Выявлены следующие закономерности:

1. Предполагаемые даты зачатия выкидышей и замерших беременностей пациенток совпадали у каждой женщины в промежутке до 10 дней (эта закономерность выделена 4-м по счету членом группы, что явилось потрясением для остальных, во время работы над домашним заданием обнаруживших то же самое). Причина таких совпадений может быть предметом дополнительного исследования [4].

2. Сверхвовлеченные пары мать-дочь в нескольких поколениях по женской линии – от гиперопеки до полного эмоционального разрыва с передачей воспитания бабушке. Здесь причиной снижения уровня дифференциации «Я» пациенток является триангуляция их в детско-родительские или супружеские отношения.

3. Хронические тревога и стресс как причины низкого уровня дифференциации «Я» у членов группы были вызваны:

а) эмоциональными разрывами с партнерами их матерей и бабушек. Причинами «вычеркивания» мужчины из истории рода чаще всего являлся уход к другой женщине или социально неодобряемая кончина, например, суицид.

б) алкоголизация отцов и дедушек пациенток способствовала их триангуляции в отношении родителей в 60% случаев,

в) в 50% случаев в семьях прослеживались частые переезды, смены видов деятельности, вызванные социальными причинами. Например, у четырех женщин прадеды погибли на войне, что вызвало переезд их прабабушек с детьми из деревни в город. Как следствие, возникает миф «дружная семья» с многочисленными табуированными темами внутри семьи (запрет на «вынос сора из избы», на жалобы и личную инициативу). У двух пациенток и трех из их супругов в семьях предков укоренился миф о героях и, как следствие, потребность в адреналине, острых ощущениях («вечные подростки»). В трех случаях результатом Великой Отечественной войны было возникновение в роду мифа о спасателе – когда муж возвращался израненным и жена до конца его дней опекала его и детей. Такой миф порождает зависимое поведение в семье.

Пациенткам на завершающем этапе группы была дана информация о различных семейных мифах, и они получили другие ракурсы оценок собственной семейной истории от членов группы. Например, женщина, пережившая 2 развода после выкидышей, сказала: «в моей семье женщины достаточно уже нянчили мужчин. Видно, моего запаса терпения и на мужа и на ребенка не хватает. Надо сосредоточиться на чем-то одном». На заключительном занятии им была представлена концепция баланса как условия сохранения здоровья и психической стабильности из позитивной психотерапии [3] и другие рекомендации

ЛИТЕРАТУРА

1. М. Боуэн: Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / под ред. К. Брейкер, А.Я. Варги. -М.: Когито-Центр, 2012.

2. А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова. Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Московский психотерапевтический журнал, 2005, № 1.

3. И.С. Чеботарева. Лучше быть здоровым и богатым... - М.: изд-во Института позитивной психотерапии, 2005.

4. Шутценбергер АА Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2005.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ФАЗЫ
ПЕРВИЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ МАТЕРИ**

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Роды всегда сопровождаются высокой степенью эмоционального и физического напряжения. При этом включаются выработанные в процессе эволюции механизмы напряжения функций нейроэндокринных систем матери и плода, что дает основание именовать этот процесс, в соответствии с концепцией Н. Selye, стрессом. Стресс вызывает рассогласование между реальной ситуацией и привычными когнитивными схемами. Это влияет на физиологические и психологические показатели жизнедеятельности. Физиологические показатели плода традиционно оцениваются при рождении (шкала Апгар, функции внешнего дыхания). Психологическим показателям, отражающим особенности поведенческих реакций матери и ребенка на контакт кожа к коже, на первое прикладывание к груди и т. п., как правило, уделяется недостаточно внимания.

Стадия первичного взаимодействия матери и ребенка начинается с момента рождения (ранний последовый период), выкладывания ребенка на живот матери. Первые 20 мин. после родов оценкой реакций отражающих процесс приспособления (адаптации) ребенка к новым условиям жизни производится неонатологом. Клинический осмотр включает в себя оценку его поведенческих реакций; коммуникабельности; мышечного тонуса; безусловных рефлексов; спонтанной двигательной активности; исследование рефлексов; выявление источника возможных болевых ощущений. Коммуникабельность ребенка оценивается с учетом комплекса поведенческих реакций новорожденного на голос, лицо, прикосновения врача, смены выражения лица, изменение характера крика при появлении постороннего звука, яркого света. Коммуникабельность новорожденного является важным показателем прогноза его дальнейшего психомоторного развития.

В своем исследовании мы использовали шкалу оценки поведения новорожденного, созданную Th.B. Brazelton: глубокий сон – 1 балл; поверхностный сон – 0 баллов; дремотное состояние – 0 баллов; спокойное бодрствование – 1 балл; активное бодрствование – 1 балл; крик – 1 балл. Оценка поведенческих реакций матери при первых контактах с новорожденным осуществлялась перинатальным психологом: нормальное состояние – 1 балл; возбужденное – 1 балл; слишком спокойное – 0 баллов; угнетенное – 0 баллов.

В процессе наблюдения за поведенческими реакциями матери и ребенка в раннем послеродовом периоде были выделены 4 фазы первичного взаимодействия.

1. Фаза релаксации (контакт кожа к коже) первые минуты жизни ребенка.
2. Фаза пробуждения (поисковый рефлекс, первые 10-15 мин. после рождения).
3. Активная фаза (15-40 мин. после рождения).
4. Фаза отдыха, сон (2-3 часа после родов).

Каждой фазе соответствуют определенные поведенческие реакции матери и ребенка, составляющих постнатальную диаду. Плавные изменения в поведении, наблюдаемые во время осмотра, являются одним из отличительных критериев здоровых новорожденных. Первичное взаимодействие можно считать состоявшимся, если мать и новорожденный получили в суммарную оценку 5 баллов, не состоявшимся, если менее 5 баллов.

Нами были исследованы особенности фаз первичного взаимодействия постнатальных диад, разделенных на 2 группы. В первую вошли 38 диад, отличающихся высокими показателями алекситимии у матерей. Кроме того, у них выявлялись высокая личностная тревожность, преобладание тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты в отношении к себе как к матери и депрессивного типа в отношении к грудному вскармливанию. У женщин, входивших в состав 65 диад второй группы, показателями алекситимии были низкими.

Анализ поведенческих реакций, представляющих собой постнатальную диadu матери и ребенка в группах сравнения показал, что общий балл диады «мать-дитя» в первой группе составил – 100 баллов, во второй группе – 390.

Таким образом, можно сделать вывод: выраженная алекситимия у матери может негативно сказываться на формировании как типа психологического компонента гестационной доминанты, так и течения фазы первичного взаимодействия постнатальной диады.

Голубева Н.И.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Депрессии, перенесенные детьми в раннем возрасте, согласно литературным данным, ассоциируются с психическими расстройствами, возникающими в дальнейшем, причем у детей с наследственной отягощенностью эндогенными психическими заболеваниями возможно развитие шизофренического процесса.

Клиническая картина депрессии раннего детского возраста характеризуется следующим симптомокомплексом: пониженным настроением в течение дня более двух недель, нарушениями поведения в диаде «мать–дитя» и моторики, идеаторной заторможенностью, проявляющейся замедлением психического реагирования и снижением интереса к окружающему, задержкой психического развития и соматовегетативными дисфункциями. Структура депрессии, сочетание и качество ее симптомов зависят от факторов риска, под воздействием которых они развивались: последствия перинатального поражения ЦНС, условия материнской депривации или наследственная отягощенность эндогенными психическими заболеваниями.

Депрессивные состояния у детей раннего возраста с последствиями перинатальной энцефалопатии характеризуются кратковременностью, лабильностью и повторяемостью проявлений. Депрессиям, реактивным по механизму возникновения, свойственны яркость аффекта, выраженное недовольство, аффективная возбудимость и агрессивность с разрушительными тенденциями (ломают игрушки).

Особенностями депрессий, развивающихся в условиях материнской депривации у детей-сирот с рождения, являются признаки недоразвития как положительных, так и отрицательных эмоций при сохраняющейся эмоциональной лабильности. Характерно отсутствие интереса к игре и общению с взрослым, а также формирование задержки психоречевого развития. Все эти симптомы проявляются на фоне развития двигательных стереотипий, которые у детей данной группы замещают игру и удовольствие от общения с любящим взрослым.

Депрессивные состояния, развивающиеся у детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям, характеризуются аутохтонным началом, иногда матери могут отметить день и час начала депрессии. У детей с эндо-

генной депрессией отмечаются циркадность биологического ритма: ухудшение самочувствия после сна с длительными периодами плача после пробуждения как в дневное, так и в ночное время, а также стойко сниженное настроение в течение дня, ангедония, отказ от еды и игры, склонность к затяжным простудным заболеваниям.

Горюнов А.В., Лобачева М.В.

**К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧНОСТИ
ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
У ДЕТЕЙ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва)**

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет исключительно актуальную проблему в связи с высокой распространенностью среди детского населения, достигающей, по данным отечественных и зарубежных исследований, 10%, и высокой социальной значимостью, которая определяется социальной дизадаптацией и нарушениями поведения у детей этой группы, особенно нарастающих к пубертатному возрасту. Несмотря на многочисленные исследования, сохраняются концептуальные разногласия в подходах к диагностике, нозологической квалификации и соответственно терапевтической тактике этих нарушений. Объединенная по феноменологическому принципу, эта группа расстройств не имеет надежных диагностических маркеров и четко определенных границ. Диагноз ставится на основании качественных характеристик (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность), которые носят описательный характер либо базируются на наличии ряда стандартных поведенческих стереотипов приводящих к нарушению социального функционирования. Учитывать это тем более важно, что в последние годы получило распространение заблуждение в том, что диагностика СДВГ не представляет собой значительных трудностей, и обогналась тенденция к необоснованно частой постановке диагноза СДВГ. Это обусловлено тем, что на инициальных этапах различных психических заболеваний, когда основная симптоматика находится на субклиническом уровне, признаки СДВГ могут определять клиническую картину, наблюдаясь как изолированно, так и в сочетании с симптомами основного заболевания. Факультативные и облигатные признаки СДВГ как ведущая или сопутствующая симптоматика встречаются при многих заболеваниях и состояниях. Гипердинамические расстройства с нарушениями концентрации внимания нередко наблюдаются у детей при тревожных расстройствах, при депрессивных расстройствах, а в случаях преобладания маниакального аффекта могут определять клиническую картину. Признаки, характерные для СДВГ, часто являются одними из ведущих нарушений у детей при формировании расстройства личности по истеро-возбудимому, эмоционально-неустойчивому, органическому, гипертимному типам. Гипердинамические и когнитивные нарушения, сходные с СДВГ часто встречаются в преморбиде и на инициальном этапе шизофрении или в структуре шизотипического расстройства у детей. Следует отметить, что наибольшие дифференциально-диагностические трудности возникают в случаях именно вялотекущих форм шизофрении, которые нередко ограничиваются внешне только поведенческими нарушениями (психопатоподобная форма шизотипического расстройства). Гипердинамические нарушения частое явление при различных формах аутизма. Неврологами отмечается, что резидуальные явления органического поражения ЦНС различного генеза, включая

перинатальные поражения, последствия перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции и т. п., проявляются, а в легких случаях исчерпываются признаками СДВГ. Педиатры при описании астенического синдрома при соматических заболеваниях, особенно его затяжных форм, обнаруживают сходство с диагностическими критериями для СДВГ. Т. о., нельзя исключить, что имеются общие этиологические факторы для развития СДВГ у детей, но в основе психопатологических изменений и клинической динамики СДВГ лежат определенные патогенетические механизмы, зависящие от нозологической принадлежности указанной патологии.

С целью нозологической квалификации проведен анализ клинической картины детей, которые наблюдались у психиатра или невропатолога с диагнозами СДВГ, Гипердинамический синдром с дефицитом внимания или Гиперкинетическое расстройство.

Материалом для исследования послужила группа, состоящая из 50 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Все они были обследованы и получали лечение стационарно в отделе по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ РАМН.

Результаты: Из 50 пациентов в процессе обследования у 17 (34%) было диагностировано шизотипическое расстройство (F21), психопатоподобная форма (F21.3) установлена у 12 и неврозоподобная (F21.4) - у 5 пациентов. У 15 пациентов (30%) установлен диагноз из рубрики (F91) Расстройства поведения, из них у 10 можно было уже говорить о формировании расстройства личности истеро-возбудимого типа - у 5 пациентов, из них у 3 чел. – диссоциального и у 2 - других расстройств личности). У 6 пациентов (12%) в клинической картине ведущими были признаки органического поражения ЦНС перинатального (4 чел.) и постнатального (2 чел.) генеза (F07.8). Диагноз из рубрики аффективные расстройства (F3) был выставлен в 5 случаях (10%). У 4 пациентов (8%) младшего возраста (от 3 до 5 лет) гипердинамические расстройства отмечались в структуре аутистических расстройств без грубого интеллектуального снижения (F84). Только у 3 чел. (6%) был выставлен диагноз из подрубрики Гиперкинетические расстройства (F90).

Выводы. Гипердинамические нарушения и дефицит внимания встречаются как синдром в структуре различных нозологически очерченных заболеваний. Предполагается, что в основе синдрома лежат нарушения в сфере волевого контроля, которые могут быть обусловлены как задержанным или дисгармоничным развитием при органических поражениях ЦНС и личностных расстройствах, так и диссоциацией психического развития, характерной для шизотипических и аутистических расстройств. Отмечаемая в последнее время замена нозологического диагноза на синдромальный уводит клиническую мысль врача от поиска истинной причины нарушений. Для выбора этиопатогенетического лечения в каждом конкретном случае недостаточно ограничиваться синдромальной оценкой состояния.

Емельянцева Т.А., Игумнов С.А.

**СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА
ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
ДЕТЕЙ****Белорусский государственный медицинский университет (Беларусь).**

Цель исследования. Проведено скрининговое популяционное исследование с целью определения распространенности, структуры, динамики клинических проявлений и гендерных различий синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в белорусской популяции детей.

Материал и методы. Исследуемая выборка составила 2000 детей в возрасте 3-15 лет, посещающих детские дошкольные учреждения и средние школы г. Минска: мальчиков – 988, девочек – 1012. Клиническая оценка проводилась с использованием психометрических диагностических шкал VADTRS, заполняемых педагогами (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale).

Результаты исследования. Установлено, что распространенность СДВГ среди белорусских детей в возрасте 3-15 лет составляет около 6%. При этом у мальчиков диагностическим критериям СДВГ в белорусской популяции соответствуют 9,2%, у девочек – 3%. С вероятностью 95% можно утверждать, что СДВГ встречается в 3 раза чаще у мальчиков. Диагностические пороги дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности у девочек достоверно ниже, чем у мальчиков ($p=0,01$). У мальчиков достоверно преобладают смешанные формы СДВГ, у девочек – преимущественно дефицит внимания ($p=0,05$). Симптомы гиперактивности у мальчиков и девочек снижаются к 9-11 годам, проявления протестного поведения нарастает у девочек ввиду увеличения импульсивности в период полового созревания ($p=0,05$). Среди клинических факторов, определяющих проблемы социальной дизадаптации детей с СДВГ, ведущим является дефицит внимания ($r=0,7$; $p=0,01$).

Заключение. Среди клинических факторов, определяющих проблемы социальной дизадаптации детей с СДВГ, как мальчиков, так и девочек, ведущим является дефицит внимания, поэтому смешанные формы расстройства и формы с преимущественным дефицитом внимания имеют больший риск развития социальной дизадаптации, нежели формы гиперкинетические. Несмотря на более низкие диагностические пороги СДВГ у девочек, гендерные различия требуют дальнейшего комплексного изучения ввиду нарастания проблем импульсивности, протестного поведения и социальной дизадаптации в периоде полового созревания.

Иванов М.В.

**НОЗОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ
ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ****НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

Пространственные представления являются стержневыми структурами психического развития детей, они лежат в основе базовых алгоритмов формирования познавательной деятельности. Пространственные представления начинают развиваться с рождения, проходя ряд этапов, приобретают относительную завершенность к 11-12 годам. У ребенка с ante- и постнатального периода в первую очередь развиваются зрение и слух и позже телесные движения. Эта характерная осо-

бенность отличает ребенка от детенышей животных, у которых первостепенно развиваются движения. Процесс овладения пространством контролируется глазом, который следит за движением руки, начинает замечать приближение и удаление от цели и вносит в движение соответствующие коррективы.

Важную роль в формировании пространственных представлений на ранних этапах онтогенеза приобретает игра, способствующая развитию у детей двигательной сферы, совершенствованию координации движений и развитию межполушарного взаимодействия. К 3-4 годам ребенку становится доступно установление конкретных представлений направлениях («вперед-назад», «вверх-вниз», «лево-право»), которые формируются непосредственно с движениями самого ребенка. Развитие пространственных представлений у ребенка тесно связано с появлением в его словаре специальных слов, вербализующих пространственные отношения и взаиморасположения предметов, таким образом начинают образовываться пространственные понятия.

Формирование пространственных представлений в раннем возрасте играет большое значения для полноценного развития всей психической деятельности ребенка. От степени сформированности пространственных представлений зависит то, как ребенок будет усваивать школьные знания, насколько точно овладеет счетными операциями, чтением и письмом, изобразительной деятельностью. В то же время пространственные представлений являют собой сложную многоуровневую структуру, формирующуюся поэтапно в онтогенезе, изучение которой предполагает обращение к разным видам психической деятельности.

Цель исследования: установить специфические (для рассматриваемой нозологии) нарушения пространственных представлений у детей с расстройствами шизофренического спектра.

Выборка исследования: дети в возрасте от 6 до 11 лет. Экспериментальную группу составили 75 пациентов, страдающих шизофренией (F20.8) и шизотипическими расстройствами (диатез) (F21.x). Контрольную группу составили 40 испытуемых, обучающиеся в массовых школах и не имеющих проблем в обучении. Исследуемые выборки сопоставимы по полу и возрасту.

В исследовании экспериментально рассмотрена многоуровневая структура пространственных представлений у детей с расстройствами шизофренического спектра: представления о схеме собственного тела, оптико-пространственная деятельность, отражение пространственных представлений на вербальном уровне (квазипространственные представления).

Исследование выявило у испытуемых экспериментальной группы несформированность, искаженность и расщепленность образа тела как целого. У этих испытуемых возникали трудности по определению лево-правосторонней ориентации и осознанию взаимного расположения частей тела относительно друг друга. Кроме того, в экспериментальной группе отмечены деперсонализационные феномены нарушения восприятия образа тела (а именно, искажения восприятия телесного облика, отсутствие или наличие дополнительных частей тела в рисуночных пробах). У ряда пациентов отмечались идеи физического недостатка, квалифицируемые, как начальные проявления дисморфофобии. Оптико-пространственная деятельность характеризовалась наличием ошибок по типу структурно-топологического и проекционного дефицитов с выраженным нарушением целостности восприятия и «расщепленным» построением предлагаемых экспериментатором образцов (в зрительно-конструктивной и графической деятельности). «Квазипространственные» представления (пространственные предлоги) в детстве имеют черты несформированности. Данный уровень пространственных представле-

ний наиболее сложен и окончательное его формирование происходит лишь в подростковом возрасте.

Таким образом, нарушения структуры пространственных представлений у детей с расстройствами шизофренического спектра имеют черты искаженного дигенетического развития в виде трудностей в осознании образа тела как целого, трудностей при построении целостной формы объекта и нарушений последовательного сканирования перцептивного поля.

Козловская Г.В.

**ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В НАРУШЕНИЯХ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У
ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Психическая депривация касается недостаточности удовлетворения основных психических потребностей. К таковым относятся: недостаток удовлетворения эмоциональных потребностей, раздражителей органов чувств, в детском возрасте лишение материнской заботы в прямом (сиротство) и «маскированном» виде, когда детско-материнские отношения не отсутствуют, но обеднены. Сюда же отнесены педагогический и игровой дефицит, дефицит общения, а также недостаток изменчивости (монотонность) средовых стимулов и условий для самовыражения и целевой социальной самореализации и др. Психическая депривация, особенно в детском возрасте, оказывает патогенное воздействие на психофизическое развитие и вызывает необратимые последствия, вплоть до смертельного исхода. В то же время, несмотря на многолетние усилия отечественных и зарубежных исследователей, многие вопросы проблемы психической депривации остаются нерешенными.

Целью работы было проследить влияние некоторых видов психической депривации на психический онтогенез детей раннего и дошкольного возраста, начиная с первого года жизни. В основу исследования была положена **гипотеза** о патогенном влиянии психической депривации на развитие ребенка. За пусковой фактор механизма патогенного воздействия психической депривации на психику взят психобиологический феномен – система мать–дитя – и ее нарушение, приводящее к искажению формирования эмоциональных, когнитивных, коммуникативных и других психических функций ребенка.

В процессе исследования было изучено более 500 детей раннего и дошкольного возраста: в том числе дети-сироты из детских домов, дети с глубокими нарушениями зрения (абсолютно и практически слепые), дети из условий педагогической запущенности и перманентного физического (в том числе сексуального) насилия в семье. Была изучена и группа контроля здоровых детей того же возраста из типовой городской популяции.

Дети всех групп прослежены проспективно и ретроспективно с первого года жизни в катамнезе 5 лет. Средний возраст обследованных 3 года, в том числе 300 мальчиков и 200 девочек. Дети обследованы комплексно – психологом, психиатром, невропатологом, педиатром, а в ряде случаев окулистом (слепые дети), хирургом и травматологом (дети из ситуации физического насилия), гинекологом и проктологом (в случаях сексуального насилия).

Итогом исследования были выделены основные положения изучаемого явления, сформулировано определение понятия – психическая депривация – обозначение

ны наиболее значимые ее виды, выявлены и клинически описаны основные психопатологические проявления.

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ – недостаточность, лишение экзогенной стимуляции психических функций человека.

Наиболее распространен ряд видов психической депривации: **ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ** – скрытое сиротство в семье при искажении функционирования психобиологической системы мать-дитя; **СОЦИАЛЬНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ** – истинное сиротство, брошенные дети, беспризорники; **СЕНСОРНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ** – слепота, глухота, гипокинезия; **КОГНИТИВНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ** – информационный голод – дети, воспитанные животными или при минимальном общении (безречевое, бестактильное воспитание); **ПЕРМАНЕНТНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ** (в т. ч. сексуальное) и **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ**; **МОНОТОНИЯ** – однообразная, ригидная, монотематическая деятельность или среда, сужающая общий кругозор, инициативу, аналогичная сверхценному психологическому образованию.

Следует отметить, что изолированно отмеченные виды психической депривации наблюдаются редко, чаще имеет место их сочетание,

В результате проведенной работы были получены следующие **результаты**: у всех детей из условий ранней психической депривации (независимо от вида депривации) отмечены сходные отклонения в психическом развитии. Среди типичных депривационных нарушений – **задержка формирования основных психических функций** – познавательных, эмоциональных, общения, а также моторики и социальных навыков поведения. Общий тип психического развития в условиях депривации – **дефицитарный**, с обеднением всех психических проявлений. На этом фоне отмечалось **компенсаторное**, аутостимулирующее, нередко патологическое, **фантазирование** (у детей старшего дошкольного возраста) с воображаемыми представлениями об уменьшении депривационной ситуации или имевшего место факта насилия. У этих же детей проявляется **задержка физического развития** в виде общей гипотрофии, различные соматовегетативные дисфункции, отдельные психопатологические и психосоматические отклонения. Среди таковых – **депривационная депрессия**, двигательные расстройства в виде двигательного беспокойства малого размаха и разнообразных **двигательных стереотипий**. Характерным психопатологическим феноменом депривационных расстройств является **парааутизм** или психогенное нарушение коммуникативных функций, в основе которых лежат скрытая тревога, неуверенность в себе и окружающем мире. Помимо общих депривационных психопатологических проявлений, при каждом отдельном виде депривации были выявлены определенные клинические комплексы, которые были выделены в отдельные типы нарушений, такие как – *синдром сиротства, синдром насилия, синдром сексуального насилия, синдром слепого ребенка, синдром психофизической монотонии..* Клиническая картина выделенных симптомокомплексов была в некоторой степени специфичной для определенного вида депривации.

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ, ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ФОРМ
ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ООО «АТКОМЕД» (Москва).**

Цель: оценка действия новых препаратов для лечения детей с СДВГ.

Материал и методы: были разработаны составы, содержащие как прямые, так и не прямые агонисты, воздействующие на рецепторы отдельных нейромедиаторных систем мозга: глутаматергической, ГАМК-ергической и системы оксида азота (NO).

Было обследовано 123 ребенка в возрасте от 5 до 12 лет (104 мальчика и 19 девочек). Перед началом терапии проводилось нейропсихологическое исследование, неврологический осмотр, ЭЭГ, иммунологическое исследование (антитела к белкам головного мозга и нейромедиаторным системам ЦНС). Причинами обращения к специалистам являлись жалобы на невнимательность детей, низкую успеваемость и нарушения поведения в школе. До начала терапии у детей (психологическое тестирование) отмечались: повышенная отвлекаемость, утомляемость при выполнении заданий, требующих концентрации внимания, потеря инструкций, инертность и замедленный темп выполнения всех заданий, трудности в переключаемости внимания (даже при хорошем интеллекте), импульсивность. При неврологическом осмотре отчетливой очаговой симптоматики не выявлялось, но обнаруживались: двигательная неуклюжесть, легкие нарушения мелкой моторики, моторные асимметрии, плохая двигательная память, нарушения координации, легкая атактическая симптоматика. ЭЭГ-исследование в большинстве случаев (свыше 73%) указывало на признаки дисфункции со стороны подкорковых структур. Иммунологическое исследование (ИФА-метод) выявило изменения со стороны АТ (антител) – их увеличение (выше нормы) к ГАМК-ергической и серотониновой системам на 27% и 46% соответственно, которые в ряде случаев сочетались с увеличением АТ (антител) к отдельным белкам головного мозга (белка S-100 на 34%, белка GFAP на 23% и белка МР-65 на 27% случаев). Со стороны дофаминовой системы нарушений не было выявлено. Курс терапии длился 4-6 нед.

Результаты. Проводимая терапия с воздействием на глутаматергическую, ГАМК-ергическую и систему оксида азота оказала отчетливую и выраженную положительную динамику в состоянии детей, которая оставалась на протяжении катмнеза (2 года). Она заключалась в улучшении успеваемости и поведения, значительном повышении работоспособности и концентрации внимания, активизации познавательной деятельности.

Заключение: проводимая терапия с воздействием на указанные нейромедиаторные системы ЦНС позволила добиться значительного улучшения со стороны когнитивных функций и нарушений поведения у детей с СДВГ.

РОЛЬ ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРИ В РАННЕМ ПСИХИЧЕСКОМ ДИЗОНТОГЕНЕЗЕ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Установлено, что только адекватная реакция матери на нужды ребенка определяет формирование у ребенка безопасной привязанности к ней, а также выявлена значительная степень обусловленности раннего постнатального развития взаимоотношениями в динамической системе мать-дитя, складывающимися еще в период гестации.

Нами проведено исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста, обратившихся в один из центров психолого-медико-социального сопровождения детей г. Москвы. Дети направлялись к детскому психиатру детскими психологами. Всего за год направлены 249 детей (42%) от общего потока, обратившихся в центр. Дети в возрасте от 6 мес. до 8 лет. Основная группа от 1 г. до 4 лет. Депривационный тип воспитания отмечался в 83 случаях, а в 20 наблюдениях матери отличались повышенной тревожностью. Большинство матерей было с высшим образованием, у 25 матерей — 2 высших образования. Тем не менее, обращает на себя внимание вопиющая некомпетентность матерей в вопросах воспитания детей, непонимание значения роли материнской любви (в частности, в ее воплощении на поведенческом уровне) в жизни младенца и маленького ребенка и долгосрочных последствий ее недостатка.

Так, некоторые матери (9 набл.) до года вообще не разговаривали с ребенком, мотивируя это тем, что он еще ничего не понимает, молча выполняли действия по уходу за ним и кормлению. Многие (17 набл.) не понимали причин поведения ребенка, сигналов, посылаемых им, не чувствовали ребенка и, следовательно, не могли адекватно удовлетворять его потребности. Эти матери в основном были сосредоточены на себе, своих занятиях, то есть обычно «следовали за ребенком», пытаясь его успокоить, а не направляли его, не взаимодействовали с ним.

Отвергающие (явно или неявно) ребенка матери (9 набл.), беременность у которых была нежеланной, физически наказывали детей, порицали их. Эти матери в еще большей мере, чем другие, стремились сделать ребенка «удобным» для себя, то есть требующим меньше внимания, поэтому требовали от него умений и навыков без учета возраста, как от более старшего ребенка, тяготились тем, что ребенок требует так много внимания, даже возмущались этим, раздражались, если он долго не успокаивался, не мог долго уснуть, настаивали на назначении лекарств.

Чрезмерно занятые матери (26 набл.) получали дополнительное образование или активно работали, некоторые приступали к работе сразу после выписки из роддома, «делали карьеру». Многие из них гордились тем, что «так много успевают», перепоручали уход за ребенком близким или няням. Рано прекращали грудное вскармливание или короткое время кормили сцеженным молоком. Обычно они не могли ничего сообщить о сроках развития ребенка, особенностях его поведения. Одна мама искренне возмутилась по поводу таких вопросов: «Как я могу знать эти подробности, если учусь в аспирантуре и одновременно заканчиваю второй ВУЗ?!».

Следует, однако, отметить, что отдельные матери из этой группы «деловых женщин» все же проявляли некоторое беспокойство о ребенке, нежелание полностью передать заботу о нем другим людям. И в этой ситуации они в той или иной степени испытывали чувство вины перед ребенком или (и) недоверие к людям, ко-

торым поручена забота о ребенке или (и) ревность к ним, что провоцировало развитие невроза у матерей.

Очень характерна для всех матерей, осуществлявших депривационный тип воспитания, непоследовательность требований к ребенку. Матери позволяли ребенку то, что только что запрещали, даже после незначительного выражения им недовольства по поводу запрета. У них не было четко определенных правил поведения для ребенка: могли сегодня поощрять то поведение, которое вчера категорически запрещали. В 11 наблюдениях непоследовательность требований была выражена особенно ярко. Кроме того, эти матери требовали, чтобы ребенок не мешал, умел занять себя, моментально засыпал, желали минимизировать усилия по уходу, полагая, что ребенок нуждается только в удовлетворении физиологических потребностей. Стремились пораньше завершить грудное вскармливание, предъявляли чрезмерные требования к ребенку, возмущались тем, что он требует внимания и тоже просили назначения «успокоительных лекарств» для него.

11 матерей находились в состоянии депрессии, реактивно спровоцированной, (из них в 5 наблюдениях ситуация развода). Эти матери плохо чувствовали потребности ребенка, были погружены в собственные переживания, формально выполняли действия по уходу. Какая бы то ни было реальная эмоциональная связь с ребенком отсутствовала. Когда состояние матерей утяжелялось настолько, что становилось очевидным для окружающих, обычно заботу о ребенке брали на себя близкие и тогда благополучие ребенка целиком определялось тем, насколько качественно они ее осуществляли.

Помимо «депривирующей» группы матерей, большую группу (20) составляли матери с выраженной тревожностью. Они очень волновались по поводу состояния здоровья и особенно психического развития ребенка: подозревали, что он уже отстаёт или ему это грозит в будущем. Старались неукоснительно выполнять рекомендации специалистов, сосредотачиваясь в основном на этом, а не на состоянии и поведении ребенка. Сковывали инициативу ребенка, часто призывая его: «не делай без меня сам!», то есть осуществляли суперопекающее воспитание.

Характеризуя психическое состояние и развитие детей, следует отметить, что, несмотря на разнообразные варианты нарушения поведения матерей в рамках депривационного типа воспитания, а также при наличии у матерей повышенной тревожности, дети раннего возраста отвечали достаточно узким спектром болезненных проявлений: задержками развития (психического, речевого, физического), нарушениями поведения, психосоматическими заболеваниями, невротическими реакциями и состояниями, проявлениями формирования патологических типов привязанности, однако в последующие годы болезненные проявления усугублялись и круг их расширялся.

Марголина И.А.

ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКЕ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

С целью изучения клинических проявлений, возникающих под влиянием физического насилия, было проведено исследование отклонений психического развития в условиях длительного физического насилия в семье с раннего возраста в возрастной динамике - с первого года жизни до 14 лет. Основную группу состави-

ли 72 ребенка в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. В качестве группы контроля была взята группа детей-сирот с рождения, которые не подвергались физическому насилию. Изучение проводилось ретроспективно и проспективно.

Помимо традиционных **методов** обследования ребенка был использован ряд специальных методик, разработанных сотрудниками отдела по изучению раннего детского возраста НЦПЗ РАМН: методика исследования вегетативного тонуса у детей раннего возраста (Горюнова А.В. Шимонова Г.Н., 2002), клинико-психологическая методика ГНОМ (Козловская Г.В., Горюнова А.В. и др., 1997). Для целенаправленного исследования детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия была разработана оригинальная шкала оценки психических нарушений (ШОПН) (Марголина И.А. и др., 2005). Также нами были модифицированы шкала оценки степени выраженности депрессии Монтгомери-Асберга и фрагмент опросника К- SADS-PL.

У всех детей основной группы отмечались нарушения различной степени тяжести как в соматовегетативном, так и в психическом состоянии. Соматовегетативные расстройства были отмечены у 92% детей. Они проявлялись в виде соматической ослабленности, низких показателей массы и роста, нарушений сна и аппетита, аллергических проявлениях, висцеро-вегетативной дисфункции и преобладания симпатикотонии. У всех детей отмечались той или иной степени выраженности астенические расстройства в виде повышенной утомляемости, истощаемости. Во всех возрастных группах обследованных детей отмечалась задержка психического развития, проявлявшаяся с первого года жизни и отмечавшаяся во всех возрастных группах в виде недостаточной познавательной активности, ограниченного запаса сведений и представлений об окружающем, недостаточной способности усвоения отвлеченных понятий при наличии зрелых суждений в бытовых вопросах. В подростковом возрасте обращало на себя внимание отсутствие познавательных интересов и узость кругозора при сохранных предпосылках интеллекта.

На основании анализа психического состояния основной группы детей были выделены основные (облигатные расстройства), характерные для хронического внутрисемейного физического насилия. Первым облигатным расстройством были аффективные нарушения, в раннем возрасте проявлявшиеся тревожной депрессией. После 2 лет у большинства детей на фоне тревожной депрессии отмечались диффузные страхи темноты, одиночества, а также страх наказывающих их окружающих взрослых. У детей младшего школьного и подросткового возраста тревожные расстройства подвергались относительной редукции, а на первый план выходили аффективные нарушения в виде дисфорических вспышек со злобой, двигательным возбуждением, драчливостью на общем дистимическом фоне.

Вторым облигатным расстройством у детей из условий физического насилия являлось расторможение влечений. У детей первого года жизни это были патологические привычные действия (сосание пальца, яктация), в совершении которых наблюдались охваченность и трудность переключения. С 2,5–3 лет патология влечений у детей становилась более выраженной и проявлялась нарушениями поведения в виде особой агрессивности с жестокостью и разрушительными действиями по отношению к детям и игрушкам и их малой мотивированностью. В младшем школьном возрасте к вышеописанным расстройствам присоединялись склонность к воровству, лживость, оговоры, а также самооговоры с провокацией наказания, склонность к уходам и бродяжничеству, в части случаев пиромания. В подростковом возрасте присоединялись табакокурение, токсикомания, в ряде случаев употребление алкоголя и наркотиков.

Последним облигатным расстройством было нарушение формирования личности, которое складывалось из искажения формирования феномена привязанности и коммуникативных функций и формирования асоциальных черт. Искажение формирования привязанности, в раннем возрасте проявлялось в виде оппозиции и страха перед жестоко обращающимся родителем, которое в дальнейшем трансформировалось в виктимное поведение, провоцирующее насилие, характеризовавшееся стремлением к обидчику. В подростковом возрасте дети из условий жестокого обращения оказывались не способными к равным, партнерским отношениям. Они подчинялись сильным и унижали слабых.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что у всех детей из условий физического насилия обнаруживаются психические расстройства, которые имеют характерное для данной психогении содержание и складываются из облигатных (аффективные нарушения, нарушения в сфере влечений и нарушения формирования личности) и факультативных (задержка психического развития, астенические и соматовегетативные расстройства) нарушений.

Никишина В.Б.

КРИТЕРИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Курский государственный медицинский университет (Курск).

Согласно современным статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый десятый ребенок, проживающий в развитых странах, подвержен риску девиантного модуса развития. Научно-практический контекст проблемы психического здоровья детей реализуется в следующих смыслах: во-первых, определение критериев и системы оценки распространенности явления, во-вторых, дифференциации и систематизации нарушений психического развития на уровне международных стандартов и на этом основании построение системы психокоррекционных и реабилитационных стратегий. Обозначенная логика дает возможность формирования обоснованных популяционно-демографических прогнозов в отношении психического здоровья населения страны. Однако очевидность этих смыслов входит в противоречие с социальной реальностью, в которой они преобразуются в причудливые формы. Конкретным примером критериально-диагностических противоречий в системе дифференциации нарушений развития является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) как один из распространенных видов нарушений психического развития. Сегодня только ленивый не ставит диагноз СДВГ представителям подрастающего поколения, и, как правило, за его постановкой трудно определить объективную систему критериев, а иногда даже просто увидеть таковую.

Исследовательская активность в изучении проявлений СДВГ в отечественной реальности сопряжена с рядом противоречий. Противоречие обозначается в связи с попыткой унифицировать критерии диагностики СДВГ по двум основным международным классификациям: DSM-IV и МКБ-10. Принципиальных различий в подходах обозначенные классификации не имеют. Но заключение по СДВГ делается на основании качественных критериев, которые носят описательный характер и базируются на возрастных поведенческих стереотипах, приводящих к нарушению социальной адаптации.

Логическим следствием противоречий в изучении и оценке проявлений СДВГ в отечественных исследованиях является высокий уровень неопределенно-

сти в решении задач, связанных с верификацией данного нарушения. Результаты критериально-диагностического анализа авторских исследований следует представить в следующих тенденциях: 1) полностью отсутствует единая критериально-диагностическая основа по оценке проявлений СДВГ; 2) в методах преобладает опосредованная оценка проявлений СДВГ по анкетам и опросам родителей и учителей; 3) используются международные классификационные системы как критериальные основания для оценки проявлений СДВГ без согласования с диагностическими методами; 4) авторские системы критериально-диагностических оснований исследований проявлений СДВГ либо не представлены в публикуемом материале, либо представлены противоречиво; 5) критериально-диагностическая неопределенность в оценке проявлений СДВГ является устойчивой и сохраняется на протяжении более 10 лет.

Следовательно, на основании проведенного анализа, достаточно трудно обобщать и систематизировать полученные на российской популяции выводы и оценки по проявлениям СДВГ.

Цель исследования: создание критериально-диагностической методической системы с высокой дискриминативностью и сопоставимой с нейропсихологическими методами по теоретическому базису для выявления детей с проявлениями СДВГ в результате фронтального обследования.

Этапы исследования: 1) разработка теоретически обоснованной и эмпирически экспертированной модели оценки проявлений СДВГ; 2) эмпирическое выявление и верификация критериальных оснований в определении проявлений СДВГ на дифференцированной по возрастным группам выборке.

В результате процедуры эмпирического моделирования сформирована диагностическая схема для оценки проявлений СДВГ, включающая методы оценки свойств внимания, нейропсихологические и неврологические пробы. Определены основные критерии проявлений СДВГ: критерий регуляторной разбалансированности свойств внимания (высокая скорость и низкая точность), критерии нейропсихологической и неврологической разбалансированности реакций. Также осуществлено распределение основных критериев проявлений СДВГ по возрастным группам.

Никольская И.М., Цыганкова Н.И.

ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ СИМПТОМОВ НЕВНИМАТЕЛЬНОСТИ И ИМПУЛЬСИВНОСТИ В СНИЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ НАПРЯЖЕННОСТИ ДЕТЕЙ

**Северо-западный государственный университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербургская академия последипломного педагогического образова-
ния (Санкт-Петербург).**

Введение. Согласно положениям о детском защитном поведении, развиваемым И.М. Никольской, в совладании со стрессом каждый ребенок опирается на присущие ему половозрастные и индивидуально-типологические особенности, выступающие своеобразными «психологическими орудиями» защиты. В одних случаях эти особенности обуславливают дизадаптацию ребенка, в других – служат важным инструментом снятия внутреннего напряжения и дискомфорта. Исходя из этого можно предположить, что характерные для детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) и синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

невнимательность, импульсивность и гиперактивность также можно рассматривать как защитные проявления.

Цель исследования – проверить гипотезу о том, что характерные для ММД и СДВГ симптомы невнимательности и импульсивности могут выполнять защитную функцию, создавая условия для внешнего отреагирования ребенком внутреннего напряжения и дискомфорта.

Дизайн исследования. Проведено сравнение трех групп детей 9-10 лет: 1) 40 детей с диагнозом «ММД и СДВГ». 2) 40 детей с симптомами невнимательности и импульсивности, выявленные на основе анкетирования учителей. 3) 30 детей, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, выявленные на основе анкетирования учителей.

Методики психологического исследования: детский личностный вопросник Р. Кеттелла, опросник копинг-стратегий школьного возраста.

Статистический анализ результатов осуществлялся с помощью лицензионного пакета программ SPSS

Основные результаты. 1. Доказано, что наличие у ребенка ММД и СДВГ взаимосвязано с меньшей степенью сформированности его интеллектуальных функций, меньшей личностной напряженностью и фрустрированностью, более высоким самоконтролем, большим числом используемых (в том числе, социально неодобряемых) и помогающих копинг-стратегий. Детей с ММД и СДВГ от детей групп сравнения также отличает меньшее послушание и большее число проблем в межличностных отношениях.

2. Чем больше копинг-стратегий использует ребенок с ММД и СДВГ и чем большее число копинг-стратегий ему помогает, тем меньше он лично напряжен и фрустрирован.

3. Сопоставление психологических характеристик детей с ММД и СДВГ, детей с симптомами невнимательности и импульсивности и детей, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, установило:

3.1. Общие признаки детей с ММД-СДВГ и с симптомами невнимательности и импульсивности – большое число используемых и помогающих копинг-стратегий (в том числе направленных на внешнее отреагирование аффекта). По сравнению детьми с ММД и СДВГ, детей 2 группы отличают более высокая степень сформированности интеллектуальных функций, открытость, послушание, социально одобряемое копинг-поведение.

3.2. Детей, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, по сравнению с двумя другими группами детей, отличают меньшее число используемых и помогающих копинг-стратегий, большие личностная напряженность и фрустрированность. От детей с ММД и СДВГ их также отличают более высокая тревожность и меньшая степень самоконтроля.

Обсуждение результатов. Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что проявления невнимательности и импульсивности посредством их реализации в защитно-совладающем поведении снижают напряженность детей. Однако, если при диагнозе «ММД и СДВГ» проявление этих симптомов прямо связано с социально неодобряемым копинг-поведением ребенка, то у детей с отдельными симптомами невнимательности и импульсивности, имеющими более высокую степень интеллектуального развития, - с социально одобряемым копинг-поведением, направленным на внешнее отреагирование аффекта.

Эти данные позволяют акцентировать три важных момента.

1. Часто используемое на практике выявление СДВГ у ребенка на основе анкетирования учителей и родителей ведет не только к гипердиагностике данного

расстройства, но также к стигматизации детей, когда ребенка активного, интеллектуально-одаренного, хотя и моторно расторможенного, награждают ярлыком «гиперактивного», «неуправляемого», а часто и «больного». Мы считаем, что клинический диагноз «СДВГ» следует устанавливать только на основе клинко-патопсихологических исследований.

2. Можно предположить, что дети с ММД и СДВГ не обучаются вести себя социально одобряемым образом не только в связи с более низкой степенью сформированностью интеллектуальных функций и меньшим послушанием. Их отличительная особенность - легкое отреагирование аффекта в действия, благодаря чему негативные эмоции не становятся для них важным регулятором поведения. Отсюда следует, что детям с ММД-СДВГ необходима психологическая коррекция копинг-поведения.

3. Наиболее «удобные» для учителей дети третьей группы, не имеющие симптомов невнимательности и импульсивности, отличались от двух других групп школьников наибольшей напряженностью и тревожностью, меньшим числом используемых и помогающих копинг-стратегий. Это показывает, что для них характерны свои специфические особенности, связанные с трудностями внешнего отреагирования аффекта через действие и общение. Это предполагает высокий риск возникновения у них невротических расстройств и обуславливает необходимость психологической коррекции патогенных эмоциональных состояний и расширение репертуара копинг-поведения, в том числе направленного на внешнее отреагирование аффекта.

**Петренко Т.С.¹, Ретюнский, К.Ю.¹, Кубланов В.С.²
МЕТОД СИМПАТОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ**

¹Уральская государственная медицинская академия, ²Уральский федеральный университет (Екатеринбург).

Актуальность проблемы гиперкинетического расстройства определяется его высокой частотой в детской популяции и большой социальной значимостью. Распространенность гиперкинетического расстройства, по мнению исследователей, варьирует в широком диапазоне от 1 до 30%. Расстройство чаще формируется в дошкольном возрасте и сохраняется на протяжении всей жизни, ограничивая адаптационные возможности. Такие люди имеют трудности обучения в школе, более низкий профессиональный статус, склонны к правонарушениям и злоупотреблению психоактивными веществами. Биологический подход к пониманию патогенеза гиперкинетического расстройства рассматривает нарушение как локальное повреждение лобно-стриарно-мозжечковых структур, обеспечивающее нарушения нейротрансмиттерного баланса. Синдромологический подход к терапии предполагает использование фармакологических средств (психостимуляторы и антидепрессанты - селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина), восполняющих дефицит нейротрансмиттеров в лобной доле (преимущественно дофамина и норадреналина). Но медикаментозное лечение требуется проводить в течение длительного срока. Очевидно, что в ходе лекарственной терапии могут сформироваться лекарственная зависимость и проявиться нежелательные побочные эффекты и осложнения.

Поиск новых эффективных немедикаментозных методов лечения гиперкинетического расстройства сулит немало очевидных выгод. Одним из таких подходов

является метод симпатокоррекции, разработанный В.С. Кублановым. Его суть заключается в управлении характеристиками вегетативной нервной системы при воздействии на вегетативные ганглии фокусированным вращающимся полем электрических импульсов. Эффект заключается в нейрогенной регуляции мозгового кровотока за счет изменения тонуса мозговых сосудов самых различных калибров: от магистральных артерий до микроциркуляторного русла. Констрикторное влияние на сосудистый тонус осуществляется через симпатический отдел вегетативной нервной системы, причем ведущая роль в этом процессе принадлежит верхнему шейному и звездчатому ганглиям.

Цель исследования заключалась в разработке эффективного неинвазивного метода лечения гиперкинетического расстройства у детей. В настоящее исследование были включены 63 ребенка в возрасте от 3 до 8 лет с установленным диагнозом гиперкинетического расстройства (по МКБ-10). Клиническая оценка проявлений гиперкинетического расстройства дополнялась нейропсихологической диагностикой, психометрическим исследованием по шкале ADHD-RS-IV, электрофизиологической диагностикой методами электроэнцефалографии. Из исследования исключались нарушения поведения вследствие иных психических расстройств.

Для лечебного воздействия применялись аппарат «СИМПАТОКОР-01» и методика динамической коррекции активности симпатической нервной системы. Биотропные параметры формируемого в аппарате поля импульсов тока (амплитуда импульсов и частота их повторения) в этом случае выбирались индивидуально для каждого пациента такими, чтобы обеспечивать стимуляцию активности симпатической нервной системы. Количество процедур было строго ограничено пятью сеансами

Результаты. В ходе одномесячного мониторинга симптомов гиперкинетического расстройства была выявлена устойчивая положительная динамика по психометрической шкале ADHD-RS-IV (см. табл., рис.).

Таблица. Распределение пациентов по выраженности симптомов гиперкинетического расстройства (общий балл по психометрической шкале ADHD-RS-IV) до и после лечения

ADHD-RS-IV (общий балл)	До лечения (n=63)	После лечения (n=63)
>2,0	15	-
1,5-2,0	37	7
1,5-1,0	11	29
<1,0	-	27

Как следует из таблицы, общий балл по шкале ADHD-RS-IV до лечения у большинства детей находился в пределах 1,5-2,0 балла (37 детей – 58,7%), что соответствует средней и средне-тяжелой степени выраженности симптомов гиперкинетического расстройства. У 15 детей (23,8%) отмечалась тяжелая степень выраженности расстройства, что соответствует оценке более 2,0 баллов. Легкая выраженность симптомов была отмечена у 11 детей исследуемой группы (17,5%), что соответствует оценке от 1,5 до 1,0 балла. Повторная оценка по психометрической шкале показывает значительную редукцию симптомов гиперкинетического расстройства через четыре недели после лечения. Количество детей со средней степенью выраженностью симптомов уменьшилось до 7 человек (11,1%). У большинства детей после лечения редукция симптомов достигла общей оценки от 1,5 до 1,0 балла (29 детей – 46,0%). У 27 детей (42,9%) суммарный балла по шкале

ADHD-RS-IV в конце исследования укладывался в границы условной нормы (менее 1,0 балла).

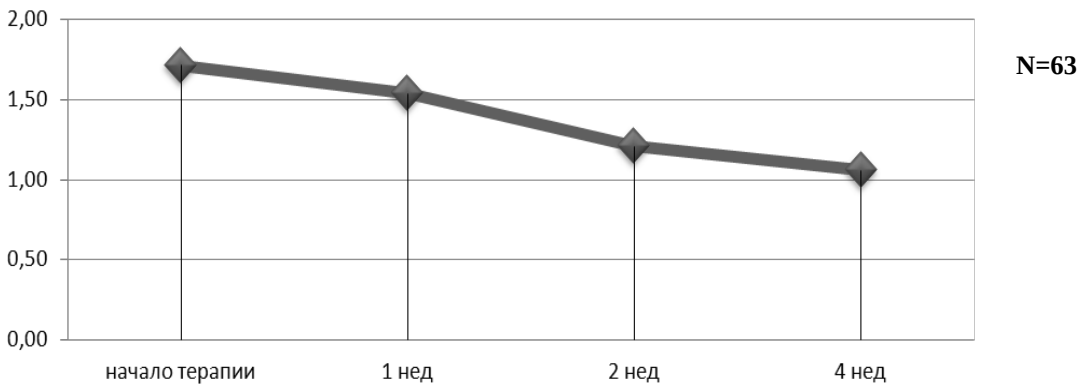


Рисунок 1. Динамика суммарного балла по шкале ADHD-RS-IV на протяжении 4-х недель. * $p < 0,05$ – достоверность различий по сравнению с показателем до лечения

Как видно на рисунке, через четыре недели после лечебного воздействия методикой «симпатокоррекции» происходит значимое уменьшение выраженности основных симптомов гиперкинетического расстройства.

Закключение. Полученные в работе результаты лечения детей с гиперкинетическим расстройством с помощью аппарата «СИМПАТОКОР-01» и методики динамической коррекции активности симпатической нервной системы следует признать достаточно эффективными. Тем не менее, механизм влияния изменений вегетативной нервной системы на поведенческие функции пациентов остается недостаточно изученным. Можно предположить, что предложенный метод лечения гиперкинетического расстройства обуславливает нормализацию мозгового кровотока, повышение порога судорожной готовности за счет изменения нейрометаболизма и нейротрансмиссерного баланса, подавления гипергенераторных характеристик нейронов, но эта гипотеза требует экспериментального подтверждения.

Платонова Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ ПРИ ПЕРМАНЕНТНОМ СЕКСУАЛЬНОМ НАСИЛИИ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Чем в более раннем периоде онтогенеза началось влияние депривационного фактора и чем продолжительнее это воздействие, тем большей деструкции подвергается психическое развитие, которое в ряде случаев носит необратимый характер. Особенно эта тенденция свойственна для таких форм психической депривации, как сексуальное насилие в детском возрасте. В нашей стране не существует достоверных статистических данных о частоте случаев сексуального насилия над детьми. Однако, по оценкам ГН ЦССП им. Сербского, органы внутренних дел в России ежегодно регистрируют 7-8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела. Но в реальности эти показатели значительно выше. В отечественной психиатрической практике проблема клини-

ческих расстройств и особенностей психического развития у детей-жертв сексуального насилия специальному исследованию не подвергалась.

Целью проводимой работы было комплексное исследование детей раннего и дошкольного возраста, обратившихся в специализированный реабилитационный медико-психологический центр по поводу сексуального насилия в течение последних 5 лет. Дети (200 чел. в возрасте от 0 до 3 л. и от 3 до 6 л. и группа контроля того же возраста – 100 чел.) обследованы ретроспективно, проспективно и в пятилетнем катамнезе клинически и параклинически.

В результате проделанной работы и проанализированной научной литературы по теме проблемы были получены важные результаты: сформулировано определение понятия – «сексуальное насилие», выделены наиболее значимые формы насилия и характерные психопатологические отклонения психогенного воздействия насилия и его разных форм. Прослежены отдаленные психопатологические их последствия и др.

Сексуальное насилие – это вовлечение ребенка с его согласия или без такового в действия сексуального характера с взрослым с целью получения последним удовлетворения или выгоды.

Различают внесемейное (*неожиданные*, однократные случаи изнасилования) и внутрисемейное (*хроническое*, растянутое во времени вовлечение детей в сексуальную деятельность, которая представлена разнообразием сексуальных ласк, игр, сексуальным просвещением - просмотром порножурналов, фильмов, присутствием при сексуальных контактах взрослых и т. д.). Чаще всего в такой вид насилия (внутрисемейного пролонгированного) оказываются вовлеченными дети младшего и старшего дошкольного возрастов.

Глубина и стойкость психологической травмы может колебаться в зависимости от внезапности, интенсивности и длительности насилия.

При *внутрисемейном насилии* насильник - обычно хороший знакомый ребенка или его родственник. При этом вовлечение им ребенка в сексуальную деятельность имеет множество разновидностей: эмоционально-обедненное, поверхностное, формальное отношение к ребенку, запугивание, обман. Дети младшего возраста не осознают специфического содержания сексуальных действий и первоначально не воспринимают их как травмирующие.

Психические и поведенческие нарушения у детей, перенесших сексуальное насилие, в значительной мере зависят от возраста. Так, у детей 3-5 лет они проявляются капризностью и плаксивостью, у детей 6-9 лет - недоверием к взрослым, а у детей старше 10 лет — нарушением взаимоотношений со сверстниками, отсутствием друзей.

Наиболее остро психические расстройства возникали *при внезапном неожиданном изнасиловании*. В таких случаях чаще всего диагностировались острая реакция на стресс (F43,0) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР - F43,1) с характерной симптоматикой: повышенный уровень тревоги, страхи, чувство вины, депрессия, отчужденность от окружающих, эмоциональное обеднение (в зарубежной литературе "сужение спектра чувств"), ухудшение когнитивных процессов. ПТСР характеризовалось повторным переживанием травмы в виде навязчивых мыслей, ночных кошмаров, реминисценций; активным избеганием ситуаций, напоминающих травму. Выявлены особенности нарушений вегетативной сферы: снижение аппетита, головные боли, боли внизу живота, плохой сон, повышенная температура, учащенное сердцебиение, повышенная потливость, а также стойкие расстройства адаптации.

Отдаленные последствия перенесенного в детстве внезапного сексуального насилия развиваются через несколько лет и могут сохраняться как в подростковом, так и в зрелом возрасте. Среди таковых: нарушения сексуального поведения; психические расстройства; асоциальное поведение.

Наиболее разнообразны отдаленные нарушения сексуального поведения: расторможенность сексуального влечения, не свойственная возрасту; нарушения полового влечения по объекту (гомосексуализм, педофилия) или способу удовлетворения (садизм, мазохизм); неспособность к стабильным и длительным сексуальным отношениям (промискуитет или проституция); настороженное отношение к представителям противоположного пола, страх близких отношений, отвращение к сексуальным контактам, фригидность, аноргазмия; виктимизация (предрасположенность при определенных обстоятельствах вновь стать жертвой насилия); социальная дизадаптация (низкая когнитивная продукция, склонность к бродяжничеству, правонарушения). В структуре последствий хронического внутрисемейного сексуального насилия острая реакция на насилие чаще всего отсутствовала. Для жертв острого внесемейного насилия сексуализированное поведение не характерно.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что сексуальное насилие как один из видов психической депривации является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические психические нарушения в зависимости от типа насилия, возраста ребенка, продолжительности воздействия психогении и ряда других повреждающих психическое здоровье факторов. Обратимость возникшего психического дизонтогенеза относительна. Как показывает катамнез обследованных случаев сексуального насилия, отдаленные последствия сексуальной психотравмы, перенесенной в раннем детстве, сохраняются в виде специфических и неспецифических личностных отклонений.

Проселкова М.О.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ДЕПРИВАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Нарушения во внешних условиях, социальном окружении вызывает у младенца отклонения, специфичные для определенных причин, будь то сексуальное насилие, физическое насилие или депривация. Изучение раннего психического онтогенеза детей-сирот из условий домов ребенка выявило ряд депривационных отклонений в развитие типичных для ранней сепарации младенцев от матерей, клиническая насыщенность или выраженность которых зависела от возраста младенца и длительности действия фактора сиротства. Все депривационные симптомы объединялись в специфический синдром «сиротства», который был представлен дефицитарностью эмоционального развития, депрессивным расстройством от субклинических до клинических степеней выраженности, нарушением коммуникативных функций, квалифицированных как своеобразный аутистический синдром и обозначенных как «депривационный парааутизм», обилием стереотипных движений и действий, задержкой психического развития.

Причины названных нарушений становятся понятными, если проанализировать этапы развития младенца. Так, в первые 3 мес. жизни поведение младенца

контролируется в основном нервной системой на уровне подкорковых образований мозга. Понятно, что он реагирует на раздражители, действующие на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные, а затем и другие рецепторы. Поэтому первые поведенческие формы относятся к безусловно и условно рефлекторным, которые повторяются в сложившемся ритме. Развитие младенца происходит под влиянием внешнего окружения, раздражающего все органы чувств, будь то запах, свет, цвет, звуки, модуляции голоса, обращенного к нему, и т. д. Начиная с 4-го и до 12-го месяца жизни формируется моторное развитие. Ребенок начинает управлять своим телом: сидеть в 6 мес., стоять в 7-8 мес., ходить в 8-12 мес. С каждым месяцем движения становятся разнообразнее и сложнее. В 3-4 мес. у ребенка сформирован ладонный захват, затем движения становятся более дифференцированными – захват щепотью и далее пинцетом. К 10-11 мес. ребенок может использовать руку и пальцы в указательном жесте. В 12-м мес. формируется стремление малыша познать окружающие. Его движения становятся более дифференцированными и координированными. Речь начинает развиваться с первых месяцев жизни с подражания. Ребенок реагирует на голоса, пытается повторить. Артикуляция слов (предречевой этап) и слогов совершенствуется постоянной практикой и стимуляцией взрослым окружением. С 5-го мес. жизни малыш начинает наиболее активно реагировать на голоса людей, гораздо больше, чем на другие раздражители. Важнейшую роль в развитии младенца первых месяцев жизни играет всестороннее стимулирование – и тактильное, и речевое, и коммуникативное.

Ребенок нуждается в стабильном и постоянном общении с матерью или лицом, её заменяющим. Если такого общения нет, то младенец не может создать связь с другими людьми, не научится контактированию с ними. Монотонная жизнь закрытых учреждений для сирот, создавая стабильность и постоянство в повседневной жизни, в уходе, так необходимые для физического развития, тормозят психическое развитие отсутствием перемен. Монотонная жизнь и изоляция от внешнего мира замедляют психическое развитие младенца, задерживают развитие дифференцированной познавательной активности. Ребенок становится апатичным, со стереотипным поведением.

Следует особо выделить эмоциональное развитие младенца. Эмоции тем сильнее, чем ребенок младше. Речь идет о проявлении радости, печали, страхе, ужасе, гневе и т. д. Положительные эмоции активизируют поведенческие реакции. Отрицательные эмоции ослабевают, дезорганизуют их. Но самое негативное влияние оказывает отсутствие, ослабление, или монотонность окружения. В этом случае психическое развитие младенца задерживается, как это мы увидели в детских государственных учреждениях у детей-сирот раннего возраста, лишенных материнской опеки с рождения. Таким образом, активность младенца зависит от эмоциональной сферы, которая персональна для каждого ребенка и от которой зависят познавательные процессы и, следовательно, его творческая деятельность.

Условия, в которых ребенок получает недостаточное стимулирование формируют депривационные отклонения. Эти условия благоприятны для формирования синдрома сиротства.

Проанализировав появление депривационных расстройств у младенцев-сирот, мы попытались создать программу минимизации депривационных отклонений у них. В программу вошло обучение персонала домов ребенка – ознакомление их с проблемами развития детей в депривационных условиях; обучение детей играм с игрушками; играм, развивающим моторику, речь, представление о себе. Были написаны «Методические рекомендации по реабилитации нарушений пси-

хического развития у детей раннего возраста, находящихся в условиях домов ребенка» с комплексом игр для детей первого года жизни. Дальнейшее наблюдение за детьми, включенными нами в эту программу, показало уменьшение, ослабление депривационных нарушений. Это еще раз доказало возможность реабилитации депривационных нарушений развития, если включить реабилитационные мероприятия с первых дней поступления младенца в дом ребенка.

Сахаров Е.А.

**ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИЗАДАПТИВНОГО
ВАРИАНТА ВОЗРАСТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КРИЗИСА 1 ГОДА
ЖИЗНИ РЕБЕНКА С ПОЗИЦИИ КОНЦЕПЦИИ НЕРАВНОВЕСНЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ**

Казанский государственный медицинский университет (Казань).

В ходе многолетнего исследования (1992-200 гг.), в котором были обследованы 267 детей в возрасте от 9 мес. до 1 г. 3 мес., удалось выявить и описать дизадаптивные варианты кризисов (астенический, дистимический и шизофреноподобный), а также проследить их влияние на формирование и развитие психических расстройств у детей и подростков. В своем развитии в период около одного года ребенок проходит несколько этапов, характерных для адаптивного варианта кризиса: появление у ребенка устойчиво привлекательных предметов и ситуаций; фокусирование внимания ребенка на новом способе передвижения (прямохождение) как таковом; появление гипобулических реакций в ответ на запрет или отсрочку удовлетворения желания (в поведении) и появление стремления как характеристики психической жизни; использование слова для удержания аффекта.

Дизадаптивные варианты (астенический и дистимический) наблюдались в 17% случаев и характеризовались превалированием этапа гипобулических реакций, сопровождаясь повышенной утомляемостью, плаксивостью, нарушениями сна и аппетита. Этап словесного удержания аффекта существенно запаздывал (от 2 нед. до 1,5 мес.), что в целом приводило к торможению развития предметной деятельности. Шизофреноподобный вариант был выявлен в 8% случаев и характеризовался пассивно-оборонительными реакциями в ответ на запрет или отсрочку удовлетворения желания в виде регрессивного поведения (отказ от прямохождения, снижение вербальной активности вплоть до развития мутизма), при этом подобные реакции были непродолжительными (несколько дней), носили нестойкий, мерцающий характер и не сопровождались неврологическими маркерами предрасположенности к шизофрении.

Лонгитюдный анализ позволил выявить статистически значимое влияние у дизадаптивных вариантов кризиса первого года на манифестацию психических расстройств (патохарактерологические реакции истеро-возбудимого и шизоидного типов, аддиктивные формы девиантного поведения, шизофрения) в подростковом возрасте. Таким образом, дизадаптивные варианты кризиса первого года можно с достаточным основанием рассматривать в качестве предикторов психических нарушений у детей и подростков.

С другой стороны, учитывая активно развивающиеся исследования в области психических состояний, вполне возможно обосновать вышеописанные дизадаптивные варианты психологического кризиса первого года жизни, используя концепцию неравновесных психических состояний. Как известно, системообразующим фактором для психологических состояний можно считать актуальную по-

требность, которая инициирует то или иное состояние как таковое. Если условия внешней среды (в нашем случае – ситуация социального развития) способствуют быстрому и легкому удовлетворению потребности, то возникает позитивное состояние и кризис при этом протекает практически незаметно, а если вероятность удовлетворения низкая, то кризис приобретает дизадаптивный характер с негативной эмоциональной окраской.

Актуальной потребностью ребенка, переживающего кризис первого года жизни, является потребность перехода к новому виду деятельности (переход от непосредственного эмоционального общения со взрослыми к предметной деятельности), однако, этот переход затрудняется не до конца усвоенными ресурсами (прямохождение и коммуникативная речь), в результате чего в ряде случаев формируются дизадаптивные варианты кризиса первого года жизни, представляющие собой яркие примеры неравновесных психологических состояний. В соответствие с классификацией состояний Ю.В. Щербатых, астенический вариант дизадаптивного кризиса первого года жизни можно определить формулой 0.1; 1.1; 2.3; 3.3; 4.2; 5.2; 6.1; 7.2. Дистимический вариант определяется формулой 0.1; 1.1; 2.3; 3.3; 4.2; 5.2; 6.2; 7.2. Шизофреноподобному варианту соответствуют 0.2; 1.1; 2.3; 3.3; 4.2; 5.2; 6.1; 7.2. Таким образом, по признаку формирования неравновесные психические состояния, возникающие у ребенка в течение кризиса первого года жизни, можно считать ситуативно обусловленными (астенический, дистимический варианты) и ситуативно-эндогенно обусловленными (шизофреноподобный вариант). По степени выраженности все варианты носят поверхностный характер, по эмоциональному знаку воздействия – отрицательный характер, достаточно продолжительны во времени (от нескольких месяцев до года), неосознаваемы. По признаку преобладания рассудочного или эмоционального компонента все три варианта являются комбинированными. По степени активации организма бывают как астеническими, так и стеничными. По главному уровню системного проявления все варианты являются психофизиологическими.

Таким образом, рассмотрение дизадаптивных вариантов кризиса первого года жизни в рамках концепции неравновесных психических состояний, позволяет провести более глубокий, поливариантный анализ вышеописанных феноменов, что в дальнейшем будет способствовать разработке оптимальных методов коррекции дизадаптивных вариантов кризиса первого года жизни.

Соловьева Е.В.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ЗАЧАТЫХ СПОНТАННО И ПРИ ПОМОЩИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр перинатальной психологии (Москва).

Цель исследования. Сравнение уровня познавательного развития детей раннего возраста, зачатых спонтанно и при помощи ЭКО.

Описание выборки. Сбор эмпирических данных проводился в 2010-2012 гг. в рамках проекта «Исследование потребности в психолого-педагогической помощи детям, наблюдающимся в отделении катамнеза Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы». Всего в исследовании приняло участие более 300 детей младенческого и раннего возраста. Из всей совокупности участников была составлена выборка, состоящая из 260 детей, зачатых спонтанно или при помощи ЭКО.

Далее участники были поделены на 2 группы. Первую группу (**группа ЭКО**) составили 135 детей, зачатых с помощью ЭКО. Вторая группа (**группа СБ**) состояла из 135 детей, зачатых спонтанно. Границы возраста детей обеих групп – от 11 до 37 месяцев. Все дети на момент исследования наблюдались в отделении катамнеза Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы. Группы ЭКО и СБ не различались по среднему возрасту детей, соотношению мальчиков и девочек, а также по представленности детей первого, второго и третьего года жизни. Семьи, в которых растут дети, не различались также по основным социально-демографическим характеристикам (семейное положение, жилищные условия, уровень образования матерей, уровень доходов в семьях).

Методы исследования. Были использованы: методика диагностики нервно-психического развития детей 1 года жизни Э.Л. Фрухт и методика психолого-педагогической диагностики детей раннего возраста Е.А. Стребелевой. Полученные результаты были сопоставлены с данными медицинского анамнеза.

Результаты и выводы. Исследование показало, что у детей, зачатых в результате 1-3 попыток ЭКО, не выявлено достоверных различий в познавательном развитии в сравнении со спонтанно зачатыми детьми. У детей, зачатых в результате 4-9 попыток ЭКО, достоверно реже диагностирован уровень познавательного развития, соответствующий возрастной норме, чем у детей, зачатых в результате 1-3 попыток ЭКО и у спонтанно зачатых детей.

В группе спонтанно зачатых дети с нормативным уровнем познавательного развития во всех трех возрастных категориях (на 1, 2 и 3 годах жизни) составили треть и более, в то время как в группе детей, зачатых в результате 1-3 попыток ЭКО, доля детей с нормативным развитием на первом году жизни была несущественной, на втором году составила четверть, а на третьем достигла половины; в группе детей, зачатых в результате 4-9 попыток ЭКО, доля детей с нормативным уровнем познавательного развития была незначительна во всех трех возрастных категориях. При этом на основании анализа данных медицинского анамнеза было получено, что в нашем исследовании ситуация родов и послеродового периода у детей, зачатых при помощи ЭКО, складывалась более благоприятно, чем у спонтанно зачатых детей, по следующим факторам: доношенность, плановость операции кесарева сечения, отсутствие необходимости в реанимационных мероприятиях после рождения.

Таким образом, наша работа показала, что у детей, рожденных в результате применения ЭКО, независимо от номера удачной попытки, на первом году жизни существенно реже, чем у спонтанно зачатых детей того же возраста, выявлен уровень познавательного развития, соответствующий возрастной норме; к третьему году жизни доли детей с нормальным познавательным развитием среди зачатых спонтанно и в результате 1-3 попыток ЭКО выравниваются, а в группе детей, зачатых после 4-9 попыток ЭКО, нормативное познавательное развитие на 1, 2 и 3 годах жизни диагностировано существенно реже, чем у зачатых спонтанно и в результате 1-3 попыток ЭКО.

Чубарова С.А. Козловская Г.В.

ОН И ОНА, А НЕ ПРОСТО ДЕТИ: ОПЫТ РАЗДЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ
Средняя образовательная школа № 3 (Тула), НЦ психического здоровья
РАМН (Москва).

Современное общество в целом и современное образование в частности претерпевают глубокие изменения, касающиеся как их мировоззренческих установок, так и конкретных технологий и направлений работы. Традиционная образовательная система, сложившаяся еще в 19 в., целиком направлена на подготовку человека **знающего**, тогда как сегодня, общество особенно нуждается в человеке **понимающем**, осознающем себя во взаимосвязи с обществом, культурой и с самим собой. Во всем мире основной тенденцией в образовании и воспитании является развитие индивидуальности, одним из направлений которого является **гендерный подход** в обучении и воспитании мальчиков и девочек, как наиболее отвечающий принципу **природосообразности**. В последнее время **гендерные аспекты детства** привлекают все большее внимание специалистов различных областей гуманитарного знания, в частности психологов. Наиболее часто в литературе подчеркиваются различия между мальчиками и девочками (мужчинами и женщинами) в интеллектуальном, мотивационном, поведенческом и нейрофизиологическом аспектах. Специальные психологические исследования пытаются найти ответ на вопрос, **какова природа этих различий**, являются ли они универсально-биологическими или отражают совокупность социальных влияний на личность человека.

В настоящее время установлено, что особенности познавательной и личностной сфер мальчиков и девочек обусловлены функциональной специализацией полушарий и асимметрией работы головного мозга, базирующиеся на генетических, врожденных – **биологических факторах**. В то же время известно, что врожденные корковые поля мозга формируются в динамике и **прижизненно**, не одновременно **и при определенных социальных условиях и воздействиях на мозг**. По мнению Л.С. Выготского, расхождение этих двух планов развития – биологического и социального – лежит в основе «дефектного развития психики».

В числе **социально-психологических факторов**, влияющих на развитие личности мальчиков и девочек и, в частности, на их познавательные способности, можно выделить следующие. Это определенные этнические и культурные традиции, влияющие на мотивацию, систему ценностей, личностные особенности человека. Это поведение родителей и педагогов, связанное с внушением детям представлений о стереотипных половых ролях, о «мужском» и «женском» поведении и др. Таким образом, биологическое и социальное тесно связаны между собой и разделение их невозможно. Гендерный подход в образовании сегодня – это по существу учет многовариативного влияния фактора пола.

Задачей проводимого исследования было учесть в обучении детей психофизиологические особенности мальчиков и девочек, создав тем самым условия для более активного познавательного развития учащихся.

Работа проводилась в течение 12 лет на базе массовой типовой городской школы г. Тулы с периода подготовки к школе (с 6-7 лет) в возрастной динамике до 16-17 лет, с 1 по 11 класс. В исследование вошли 670 детей, в том числе основная группа 170 детей, прослеженных с первого класса до одиннадцатого. В составе изучаемого контингента были дети из классов с раздельным обучением - 60 детей и 45 детей из смешанных классов одной школы. Для сравнения были изучены 75 детей из другой типовой массовой школы г. Тулы с обычным смешанным обучением. В процессе десятилетнего катамнеза количество детей увеличилось за

счет ежегодного обследования первых классов и затем также наблюдаемых в динамике.

Методы исследования включали подробное психологическое обследование (батарея тестов на готовность к школьному обучению, тесты Векслера, тест школьной тревожности, анкета школьной мотивации, рисуночный тест, тест Люшера и др.), анализ школьной успешности и социальной адаптации, а также состояние психофизического здоровья (учет заболеваемости, эмоциональное состояние, поведение и др.)

В результате проведенного исследования полученные результаты убедительно показали благоприятное влияние раздельно-гендерного типа образования по сравнению с теми же показателями школы сравнения.

Наиболее значимыми положительными результатами были: большая успешность в обучении, отсутствие неуспевающих, 85% обучающихся учились на «хорошо» и «отлично»; высокий уровень учебной мотивации, более высокая сопротивляемость к психологическому стрессу, низкий уровень тревожности, доброжелательные взаимоотношения со сверстниками, вовлеченность во внешкольные формы работы, широта внеучебных интересов.

В старших классах определялась высокая социальная зрелость у большинства учащихся. Более 80% из них поступили в высшие и средние учебные заведения, мальчики выразили готовность служить в армии, и девочки и мальчики сознательно намерены совмещать продолжение учебы с работой. Психофизическое здоровье также признано удовлетворительным. Никто из подростков не состоит на учете по отклонениям в здоровье, нет также тенденций к асоциальному поведению, привлечений в полицию, агрессивности, ранней наркотизации и т. п.

Шевченко Ю.С., Шевченко М.Ю.

МНОГОУРОВНЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)

Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).

Все «здание души» гиперактивного ребенка можно сравнить с Пизанской башней, не изначально благополучно построенной, а затем покосившейся из-за просевшей почвы, а с самого начала строящейся на ущербном фундаменте. В связи с этим любая попытка изолированного (биологического, воспитательного, коррекционно-педагогического, психотерапевтического) влияния отдельно на тот или иной клинико-патогенетический «этаж» имеет большой шанс оказаться недостаточно эффективной. Исходя из принципов «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции» (Шевченко Ю.С., 1999-2012), предлагается следующая схема комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям и подросткам с гиперактивностью.

Первый уровень – метаболический. Медикаментозные воздействия на этом уровне направлены на энцефалопатические и диснейроонтогенетические механизмы патогенеза синдрома и его психопатологические проявления. Структура поведенческого симптомокомплекса определяет выбор психотропных препаратов, диапазон которых может быть достаточно широким - от психостимуляторов (метилфенидат, декстрамфетамин, пемолин, сиднокарб-мезокарб), атомоксетин (страттера) при неосложненном гипердинамическом синдроме, антидепрессантов и транквилизаторов при дисфориях и других расстройствах настроения до седа-

тивных нейролептиков при эксплозивности и извращении влечений. Неспецифическое базовое лечение – ноотропы различных классов.

Второй уровень – нейрофизиологический. Работа на этом уровне включает нейропсихологическую диагностику и комплексную сенсомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации психической деятельности ребенка. Позитивный регресс в процессе нейропсихологической коррекции заключается в возврате (без редукции уже достигнутого общего уровня актуального функционирования) к экстериоризированным, внешним по форме и опосредованным по структуре ВПФ психическим проявлениям и развернутому характеру их протекания в предметной деятельности. Это обеспечивает обоснованную возможность заново сконструировать и построить несформированную, ущербную или нарушенную психическую функцию сначала во внешней, материальной форме («на рабочем столе»), а затем постепенно сократить ее, автоматизировать и перевести на уровень «в уме».

Третий уровень – синдромальный. Психокоррекционная и коррекционно-педагогическая работа здесь представляет собой комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные составляющие синдрома гиперактивности.

Четвертый уровень – поведенческий. Различные виды бихевиоральной терапии в сочетании с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии имеют своей целью формирование и закрепление желательных моделей поведения и подавление нежелательных – агрессивных, деструктивных, архаичных. В зависимости от возраста ребенка и содержания поведенческой мишени модифицирующие воздействия (в форме поощрения, наказания, принуждения и вдохновения) реализуются либо непосредственно родителями и воспитателями, либо их роль предоставляется самим реалиям жизни в тех случаях, когда взрослые передают ребенку ответственность за принятое решение.

Пятый уровень – социально-личностный. Здесь различные виды индивидуальной и групповой психотерапии направлены на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост и гармонизацию межперсональных отношений. Как и при других пограничных состояниях у детей и подростков, обязательным условием успешности данной работы является семейный характер психотерапии.

Конкретной организационно-методической формой, позволяющей решать актуальные проблемы ребенка за счет позитивного регресса и одновременного активного освоения его зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому) в сферах потребностей, социальных связей и отношений, самосознания и опыта является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем (1998; 2004).

Шимонова Г.Н.¹, Калинина М.А.¹, Горюнова А.В.²
ЭНДОГЕННЫЕ И ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ ИЗ
ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ШИЗОФРЕНИИ И У ДЕТЕЙ
С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС
НЦ психического здоровья РАМН¹, Российская медицинская академия
последипломного образования² (Москва).

Возникновение симптомокомплекса вегетативных расстройств у детей раннего возраста, как правило, свидетельствует о соматической или нервно-психической патологии. Среди причин нарушения вегетативной регуляции у детей раннего возраста известны два основных биологических фактора: перинатальная патология ЦНС и конституционально-генетическая предрасположенность, а нередко отмечается их сочетанное действие.

Материалы и методы. Цель исследования - поиск клинических предикторов расстройств шизофренического спектра. Проведен клинико-анамнестический анализ динамики вегетативных расстройств и особенностей нервно-психического развития в раннем возрасте (от 0 до 3 лет) у 60 детей из группы высокого риска по шизофрении (ГВР) и 40 детей с гипоксически-ишемическим поражением (ГИП) ЦНС, находившихся в 2006-2012 гг. под наблюдением в отделе раннего детского возраста НЦПЗ РАМН.

Все дети были обследованы клинически: использовались педиатрический, неврологический, вегетологический, клинико-психопатологический методы. С помощью специально разработанной таблицы проводилась оценка исходного вегетативного тонуса (ИВТ).

Результаты. У детей из ГВР генетическая отягощенность расстройствами шизофренического спектра по линии матери была установлена в 73,4% случаев, по линии отца - в 20% случаев, по обоим линиям отмечалась в 6,6%. У трети матерей во время беременности возникали обострения психического заболевания. У родителей детей с ГИП психической патологии выявлено не было, вместе с тем 35% матерей во время беременности имели обострения соматических заболеваний и ВСД. Значительно чаще, чем в ГВР (65%,0), у матерей детей с ГИП (85,0%) встречались гестозы, соматические заболевания, анемия, угроза преждевременного прерывания беременности.

Профиль перинатальных факторов у всех пациентов был аналогичен, но частота встречаемости их был различной. Патологическое течение родов в виде длительного безводного периода, стремительных или затяжных родов, слабости родовой деятельности, угрожающей асфиксии плода, оперативных родов отмечались у 50% детей с ГИП, и у 25% детей ГВР. В ГВР при рождении 35% детей имели низкую массу тела и морфофункциональную незрелость. У детей с ГИП эти показатели были в 2 раза ниже. Все дети с ГИП перенесли перинатальную гипоксию и имели результат по шкале Апгар от 5 до 7 баллов, тогда как в ГВР оценка была 7-9 баллов.

На отклонение внутриутробного развития детей ГВР указывает увеличение дизэмбриогенетических стигм - от 7 до 14 стигм у ребенка. Среди них преобладали стигмы в области головы: брахицефальная и долихоцефальная форма черепа, эпикантус, готическое небо, оттопыренные, мягкие уши, неправильный рост зубов. Также у детей ГВР выявлялась дисплазия соединительной ткани: гиперэластичность кожи, гиперподвижность суставов, диастаз прямых мышц живота, грыжи и др. В группе сравнения количество стигм не превышало 6.

При обследовании в первые месяцы жизни у детей обеих подгрупп были выявлены синдромы гипоксической энцефалопатии, которые обнаруживались с различной частотой и имели разную динамику. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (СПНРВ) у детей с ГИП в возрасте до 3 мес. диагностирован в 65% случаев, к возрасту 1 года сохранялся у 15% детей, а затем полностью исчезал. Напротив, в ГВР симптомы СПНРВ появлялись позже 3 месяцев жизни и трансформировались в выраженные нарушения сна и биологических ритмов.

Синдром вегетативно-висцеральных нарушений (СВВН) у детей обеих подгрупп обнаруживался практически одинаково часто. В группе ГИП этот синдром был наиболее выражен в первые 3-4 мес. жизни, к 6-8 мес. вегетативные нарушения нивелировались. У части детей ГВР вегетативно-инстинктивные расстройства возникали к 2-3 мес. жизни и сохранялись в более старшем возрасте.

Гидроцефальный синдром до 1 года отмечался в 35,0% случаев ГИП и 30% случаев ГВР с последующей редукцией патологических симптомов, что свидетельствовало о функциональном характере внутричерепной гипертензии.

Синдром двигательных нарушений (СДН) в группе детей с ГИП включал расстройства мышечного тонуса в виде мышечной гипотонии или гипертонии, угнетения безусловных рефлексов, рассеянные неврологические симптомы в системе черепно-мозговых нервов, свидетельствующие о недостаточности пирамидной и экстрапирамидной систем. В возрасте 1 года у 20% детей сохранялась гармоничная задержка моторного развития.

У детей ГВР нарушения локомоторного развития проявлялись прежде всего задержкой редукции безусловных рефлексов, формирования установочных и цепных рефлексов, реакций выпрямления, ползания, ходьбы, трудностями фиксации позы, особенностями мышечного тонуса в виде мышечной гипотонии и дистонии. В 20% встречалась преходящая пирамидная недостаточность, в 80% случаев - «нелокализованные» неврологические знаки (ННЗ), выраженность которых смягчалась после 1-2 лет жизни.

Заключение. Таким образом, среди перинатальных факторов риска возникновения вегетативных расстройств гипоксия составила в ГИП 100% случаев и тяжесть нарушений была более выраженной, чем в ГВР, где факторы перинатального риска отмечались лишь в 65% случаев. Динамика вегетативных нарушений в ГВР не была связана напрямую с тяжестью перинатальных нарушений, что свидетельствует о ведущей роли в их возникновении конституционально-генетических и в меньшей степени антенатальных и перинатальных факторов.

Ясюкова Л.А.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СДВГ

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)..

Сегодня большинство отечественных специалистов придерживается мульти-модального подхода, в котором предлагается комплексная многоуровневая лечебно-коррекционная помощь детям с СДВГ, а именно: медикаментозная терапия, бихевиоральная коррекция и психотерапевтическая поддержка, нацеленные на поведенческую и эмоциональную стабилизацию. Родителей предупреждают, что коррекционная работа с ребенком будет носить длительный характер (годы), и обучаться ему следует в школе 7-го вида, а не общеобразовательной. При данном

подходе, естественно, не устраняется причина заболевания, при лечении вынужденно увеличиваются дозировки лекарств, меняются препараты.

Установлено, что СДВГ сочетается с незрелостью мозговых структур (височных – осложняется речевое развитие, теменных – трудности зрительно-моторной координации, передне-лобных – не формируются произвольное внимание, самоконтроль, торможение, избирательность реагирования и пр.). Общая незрелость также снижает энергетические возможности функционирования мозга до 5-10 минут продуктивной деятельности. Причин, по которым происходит торможение в созревании мозговых структур, действительно, может быть много. Грубо их можно разделить на три группы: 1) химические отравления мозга ребенка в период беременности, родов, первые годы жизни (экология, асфиксия, лекарства); 2) отравляющие и осложняющие функционирование мозга хронические заболевания (почек, печени, легких и пр.); 3) разнообразные травмы позвоночника, при которых пережимается позвоночная артерия и мозг постоянно недополучает кислорода и питательных веществ, что тормозит его созревание и ограничивает работоспособность.

Основной причиной незрелости мозговых структур и дальнейших проблем поведения и обучения (около 90% случаев) являются травмы, повреждения позвоночника (обычно получаемые во время родов и первые годы жизни). Травмы позвоночника не исчезают сами собой, темпы развития перестают соответствовать возрастным нормам, восьмилетний ребенок ведет себя как пятилетний.

Нами разработана медико-психологическая реабилитационная технология, которая позволяет полностью восстанавливать здоровье детей в течение 0,5-1,5 лет так, что они могут успешно обучаться не только по общеобразовательным, но и гимнастическим программам. Она включает групповую психологическую экспресс-диагностику, позволяющую в течение 15 минут выявлять детей с дефицитом внимания, комплексную медицинскую диагностику для выявления причин заболевания, реабилитационное лечение (в большинстве случаев состоящее в выправлении и укреплении позвоночника) и психологическое сопровождение для оптимизации развития. На весь период реабилитации во избежание случайных травм дети получают освобождение от физкультуры, на это время запрещаются любые занятия спортом. Обеспечение энергосберегающего образа жизни, размеренный режим дня, снижение внешкольных нагрузок и минимизация группового общения оптимизируют лечение и приводят к стабилизации положительного эффекта.

Психологическая помощь заключается в развитии речевого понятийного, зрительно-графического и абстрактного мышления, укреплении навыка чтения и произвольной функции речи, становлении грамотного письма и оптимизации счетных навыков. Эмоциональное состояние и поведение стабилизируются по мере лечения и достижения положительного прогресса в учебе («твердые четверки» по основным предметам). Эффективность реабилитационной технологии доказана более чем 15-летним применением.

РОДИТЕЛЬСКИЙ МАКИАВЕЛЛИЗМ И СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Московский педагогический государственный университет (Москва).

Становление Я и самоподтверждение Я происходят первоначально в семье, где родители демонстрируют самопрезентационные модели и становятся референтной группой, которой ребенок предъявляет свои первые самопрезентации. Социальное пространство семьи представляет собой значимое, бытийное системное пространство отношений, взаимодействий, ценностных ориентиров развития личности, но именно здесь разворачивается базовое противоречие общепсихологической реальности между индивидуализацией и социализацией.

С одной стороны, семья пропагандируется как наиболее консервативный источник сохранения и поддержания социальных ценностей, институт социального, культурного развития личности. С другой стороны, именно перед семьей встает задача введения ребенка в новую социальную реальность отношений и помощь в обретении себя в условиях глобализации, культурных трансформаций, меняющихся социальных ориентиров. Социальное пространство семьи задает условия развития и присвоения идентичности как в ее персональной модели, так и в модели социальной репрезентации, то есть в социализационной динамике.

Социализация и автономизация личности разворачиваются в новых условиях тесного переплетения, а зачастую и конкурентного влияния пространства семьи, социального пространства, информационного пространства. Социализация современного ребенка происходит в условиях неопределенности и вариативности традиционных социальных институтов, где категоризация социального пространства происходит в условиях недостаточной информации и еще не сложившегося субъективного опыта. Это ведет к тому, что с одной стороны развивающаяся личность приобретает опыт «быстрых решений» и гибкого взаимодействия с реальностью, однако с другой стороны отсутствие процесса выработки и присвоения социальных категорий осложняет, если не редуцирует процесс социального и нравственного развития личности.

Взаимосвязь с социальным окружением и построение социального пространства личностью преломляется всей системой индивидуальности и дополняется третьей осью – осью активности, личностного выбора. Включаясь в процесс социального познания, ребенок обязательно взаимодействует с социальным окружением, действует в социальном пространстве и познает его. Взаимодействуя с социальной средой, дифференцируя и координируя свою точку зрения и позиции окружающих, ребенок социализируется, принимает социальную организованность мира.

Родители становятся для ребенка сначала источником категоризации социального пространства, а затем контекстом оценки значений тех или иных социальных категорий. Категоризация социальной информации как способ ее осознания и присвоения через родительские значения позволяет ребенку моделировать широкую ориентировку в социальном пространстве и присваивать определенные социальные смыслы.

В нашем исследовании удалось доказать влияние позиции родителя в отношении окружения на особенности межличностных отношений дошкольников. В частности, значимо положительно связаны уровень макиавеллизма отцов и уровень развития общения дошкольников. Этот результат представляется важным, так как задает некоторую основу будущим социальным представлениям детей, ко-

гда успешность в общении ориентируется на манипулятивную стратегию отношений и презентацию «эффективного» образца взаимодействия с окружением.

Среди отцов 50% обладают высоким мак-коэффициентом. Что означает спокойствие и отсутствие эмоциональности, направленность на достижение цели, холодную рациональную инициативу, более частые, но менее короткие контакты с окружающими, готовность манипулировать окружающими. Эмоции окружающих, собственные желания, давление со стороны оставляют «макиавеллиста» невозмутимым. Среди матерей не был обнаружен высокий уровень макиавеллизма. А именно высокий показатель макиавеллизма оказался значимым фактором, связанным с особенностями развития общения дошкольников.

Кроме того, были обнаружены различия в восприятии дошкольниками понятий справедливости и честности, различия в понимании смысла и практического воплощения этих понятий. Если дети отцов «не макиавеллистов» понимали справедливость преимущественно как «правило общежития», ориентацию на Другого («не обижать других», «хорошо дружить», «делиться друг с другом»), то дети отцов «макиавеллистов» понимали справедливость как хорошее поведение, послушание, ориентацию на внешние социальные требования.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы в алфавитном порядке.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи

Подписано в печать 05.08.2014 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.