

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2014 (14), № 4

Москва. 2014

УДК 616Ю89
ББК 88.37
Ж 15

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

Главный редактор Н.М. Иовчук

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, И.В. Добряков, В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева,
С.А. Игунов, 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»

Ансимова Н.П. СПЕЦИФИКА ИЗМЕНЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ	9
Антропова Е.М. ВЛИЯНИЕ СТИЛЯ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ	10
Башкатова Ю.А. СВЯЗЬ ТИПОВ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ С РАЗВИТИЕМ АГРЕССИВНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ В ОТНОШЕНИЯХ С ОКРУЖАЮЩИМИ	12
Беляева С.И. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАТЕРИ И СТИЛЬ МАТЕРИНСКОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ФАКТОРЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА	13
Варшал А.В., Слободская Е.Р. КАК ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ МАТЕРИ ВЛИЯЮТ НА ПРОБЛЕМЫ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ?	15
Галой Н.Ю. РОЛЬ МАТЕРИ И ОТЦА КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА	16
Глевицкая В.С., Оловаренко Л.В. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РАБОТЫ ПЕДАГОГОВ С СЕМЬЕЙ	18
Гусакова М.П. ВЛИЯНИЕ ОПЫТА И ЗНАНИЙ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ДОШКОЛЬНИКОМ	19
Дьяконов Г.В. ДИАЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПОДРОСТКАМИ И РОДИТЕЛЯМИ	21
Мальцев С.В., Балакер М.А., Давыдова В.М. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ В СЕМЬЕ	23
Ничипорук Е.А. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (НА МАТЕРИАЛЕ НАБЛЮДЕНИЯ)	24
Новикова Е.Г., Новикова Ю.Г., Ивашев С.П. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СЕМЬИ	25
Павленко Н.Г. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЁНКА В СЕМЬЕ «ГРУППЫ РИСКА»	27
Пасечник И.П. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ	

МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ Позднякова О.В., И.В. Смолярчук И.В.	29
ГАРМОНИЧНОЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА ДОШКОЛЬНИКОВ Поспелова Т.Г.	30
САМООПРЕДЕЛЕНИЕ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ СЕМЕЙНОЙ СИТУАЦИИ Русаковская О.А.	31
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СПОРАХ О ВОСПИТАНИИ Семакина Н.В., Михайлов В.А., В.И. Багаев В.И.	33
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Толчинская Л.В., Дробинина О.Ю.	35
ИСТОКИ СОСТОЯНИЯ ФРУСТРАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Храмкова Ю.А.	36
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ Цыганкова Ю.И., Баз Л.Л.	38
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ВОСПИТАНИЯ В СВОЕЙ СЕМЬЕ У ДИЗАДАПТИРОВАННЫХ УЧАЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА Гаврилко Т.И.	39
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО МИРА РЕБЕНКА ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ Гарганеев С.В.	41
ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ, КЛИНИКО-СОЦИЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ Геронимус И.А., Гришина А.Н.	42
УПОТРЕБЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КОНОПЛИ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ МОЛОДЕЖИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ Гильбурд О.А.	44
ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОГО ТОКСИКОНАРКОТИЗМА В КОНТЕКСТЕ ЭВОЛЮЦИОННОЙ БИОЛОГИИ Григорьева А.А., Иванцов О.В.	46
ОЦЕНКА ОБЩИХ ДЛЯ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РИСКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Даниленко О.В., Корнева И.Н., Тихонова Я.Г.	48
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА Евлашкина Н.М.	49
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ШКОЛАХ Злова Т.П., Ишимбаева А.Н., Ахметова В.В.	51

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ В ЗАБАЙКАЛЬЕ	52
Калинина Н.В., Буторин Г.Г.	
ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ	54
Климчук О.В.	
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	55
Колпаков Я.В., Ялтонская А.В.	
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И СЕКСУАЛЬНАЯ КОМПУЛЬСИВНОСТЬ У ДЕВУШЕК	57
Лазарева И.И.	
ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	58
Левковская О.Б.	
ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ/САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ (С/СП)	59
Мазур А.Г., Гусманов Р.М., Петракова И.В., Куршин А.Г., Шубин А.В., Бойко И.Л., Трайнина Е.А.	
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ОСТРОМ ПОДРОСТКОВОМ ОТДЕЛЕНИИ (МАЛЬЧИКИ)	61
Москвитин П.Н., Захаренков В.В.	
ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	63
Панченко Е.А.	
РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	65
Пережогин Л.О., Девятова О.Е., Щедеркина И.О.	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	67
Полевая С.А., Витюгов В.В., Рунова Е.В., Григорьева В.Н., Бахчина А.В., Парин С.Б., Шишалов И.С., Кожевников В.В., Некрасова М.М., Каратушина Д.И., Григорьева К.А.	
РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ТЕЛЕМЕТРИИ ДЛЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА И ДИСТАНЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СТРЕССА И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ	68
Польская Н.А.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ МОДИФИКАЦИЙ ТЕЛА С АМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (НА ОСНОВЕ ШКАЛ САМООТЧЕТА)	69
Рогачева Т.В.	
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМЫХ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ	71
Соборникова Е.А.	
ОПЫТ РАБОТЫ С УНИВЕРСАЛЬНЫМИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	73
Стрижев В.А.	

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕВУШЕК– СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Урусова В.С.	75
СУИЦИД И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА Усачёва Е.Л., Панкова О.Ф., Смирнов И.И.	76
СУИЦИДАЛЬНОЕ (АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ) ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЯВИВШЕЕСЯ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР Фомушкина М.Г.	77
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ Худяков А.В., Урсу А.В., Хватков А.А.	79
ОТНОШЕНИЕ УЧИТЕЛЕЙ СРЕДНИХ ШКОЛ К ТЕСТИРОВАНИЮ УЧАЩИХСЯ НА НАРКОТИКИ Чернобровкина Т.В.	81
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРУПП АДДИКТИВНОГО РИСКА ПО ДАННЫМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ Александрова Н.В.	82
СЕМЕЙНЫЙ КОНТЕКСТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ Беккер О.Ю.	85
НАРРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ В РАМКАХ ППМС-ЦЕНТРА Богомолов В.А.	87
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Захаров Н.П.	89
КОГНИТИВНЫЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ СТИЛЬ ПРИ ФОБИЯХ, ПАНИЧЕСКИХ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ Корень Е.В., Степунина Н.Е.	90
К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Корнеева В.А., Шевченко Ю.С.	92
ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ: ЭТОЛОГО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ Крыжановская Л.М.	94
КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА Куприянова Т.А., Корень Е.В.	96
ВЛИЯНИЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С РОДИТЕЛЯМИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Лошинская Е.А.	97
ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ДЕТСКИХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ (МНЕНИЕ	

ПРАКТИКУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА)	100
Лункина Н.И., Денисова Е. А.	
ФОРМИРОВАНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО СПЕКТРА	102
Неженская А.В.	
СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ПРОЦЕССЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЕ СЛУХА	104
Паклёва М.В., Иванова Е.С., Стрельбина Е.А.	
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОМАТОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРАВИЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗМА ДЕВОЧКИ/ДЕВУШКИ. ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ЗДОРОВАЯ И СЧАСТЛИВАЯ»	106
Панкратова Н. А., Серебровская О.В.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ В РАМКАХ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	107
Поляков А.М.	
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЦЕЛЕОБРАЗОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ РАЗВИТИИ	109
Простомолотов В.Ф.	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ СИСТЕМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	110
Соловьева Е.В., Ивашев С.П.	
СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ РИСУНКОВ: К ВОПРОСУ ОБ ОПОСРЕДОВАНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РЕБЕНКОМ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ	112
Сущинская Т.С.	
ТАНЕЦ В СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	114
Тетерина М.Н., Арефьев И.М.	
ИГРОВОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ	115
Шадура А.Ф.	
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С НЕМОТИВИРОВАННЫМ КЛИЕНТОМ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ С ДЕТЬМИ	117
Бенилова С.Ю.	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ (ОПЫТ РАБОТЫ С НЕГОВОРЯЩИМИ ДЕТЬМИ)	119
Бойко Е.О., Вакула И.Н., Никифорова Е.Ю., Мальфина И.Ю., Никифорова Д., Шелудько М.В.	
ЗНАЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЕНСАЦИИ ДЕФИЦИТА В ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СФЕРАХ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	121
Горбачевская Н.Л., Пороховник Л.Н, Козловская Г.В., Сорокин А.Б., Ка- линина М.А., Коровина Н.Ю. ,Прус Ю.А., Голубева Н.И., Ляпунова Н.А., Сухотина Н.К.	

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	123
Горюнова А.В., Баздырев Е.И., Кузьмич Г.В., Смирнов И.И. КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	125
Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Горбачевская Н.Л. ОЦЕНКА УРОВНЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) И СИНДРОМОМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, СЦЕПЛЕННОЙ С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X (FRAXA)	127
Дробинская А.О., Корень Е.В., Косолапова Д.С. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	129
Душка А.Л. ИГРА КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ АУТИЗМА)	130
Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Сединкин А.А. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	132
Малинина Е.В., Саблина Т.Н. АУТИЗМ И ЭПИЛЕПСИЯ	134
Пашковский В.Э., Бердышев И.С. ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ АУТИЗМОМ	135
Рубан О.В. КОРРЕКЦИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА МЕТОДОМ «ХОРОВОДНЫЕ ИГРЫ»	137
Усачёва Е.Л., Карнаухова Е.Н., Серебровская О.В., Семенихина Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО РЕСУРСА МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ СРЕДЫ	139
Хайретдинов О.З., Носачев Г.Н. ДИАГНОСТИКА ОРГАНИЧЕСКОГО АУТИЗМА СРЕДИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ	140
Чуприков А.П., Чуприкова Е.Г. МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ МОЗГА И ЯЗЫКА ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ	141
Шевченко Ю.С., Каримов В.В. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ НА РЕЗИДУАЛЬНОМ ОРГАНИЧЕСКОМ ФОНЕ	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»****Ансимова Н.П.****СПЕЦИФИКА ИЗМЕНЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ
ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ****Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д.
Ушинского (Ярославль).**

Рождение ребенка с отклонениями в развитии является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится важным условием резкого травмирующего изменения сложившегося стиля внутрисемейных взаимоотношений, отношений членов семьи с окружающими, ценностных ориентаций родителей больного ребенка.

В качестве психотравмирующего фактора, определяющего личностные переживания родителей детей с отклонениями, выступает комплекс психических, речевых, двигательных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих ту или иную аномалию детского развития. Выраженность нарушений, их устойчивость, длительность и необратимость влияют на глубину переживаний родителей больных детей. Психическая травматизация родителей, вызванная нарушениями в развитии ребенка, оказывается более глубокой в том случае, если они сами психически здоровы и не имеют психофизических отклонений.

В исследовании участвовали родители детей 3–5 и 15–17 лет с отклонениями в развитии и аналогичных по возрасту здоровых детей.

Было обнаружено, что самосознание родителей детей с отклонениями развивается неравномерно. В первые годы жизни с больным ребенком в самосознании его родителя происходят серьезные изменения по нескольким показателям: они лучше, чем родители здоровых детей, ориентируются во времени, пересматривают свои текущие дела, меняют планы и цели, корректируют их в зависимости от особенностей и потребностей ребенка, пересматривают свои взгляды на природу человека, проявляют больше креативности во взаимодействии с ним, более независимы в своих поступках и суждениях, ориентируясь чаще на свою систему ценностей, а не на советы окружающих. Родители таких детей пересматривают свое прошлое, настоящее и будущее, корректируют представления о себе и о своих возможностях, делая разрыв между тем, что они желают, и тем, что может быть более реальным и достижимым. Они гордятся своим поступком (тем, что не отказались от больного ребенка), и их ценности и смыслы жизни формируются с опорой на прошлое.

Однако в последующие 10–15 лет жизни с больным ребенком изменений в самосознании его родителей практически не происходит, в то время как родители здоровых детей развиваются и «растут» вместе с ним. Родители больных детей 15-

17 лет склонны видеть в своих достижениях собственную заслугу, тогда как родители здоровых подростков чаще приписывают свои успехи везению и удаче.

По мере жизни с ребенком-инвалидом его родители принимают его заболевание и все особенности их ребенка, связанные с ним. Они перестают видеть повсюду ограничения, а начинают видеть возможности по изменению ситуации к лучшему. Тем самым родители раскрепощаются, становятся более непосредственными и способными более открыто проявлять свои чувства. Однако по мере взросления ребенка у его родителей может накапливаться усталость и даже злость на окружающий мир, что добавляет «темных» красок в восприятие реальности этими родителями, тем самым привнося негатив в восприятие ими природы человека.

Все это вызывает острую необходимость организации специальной психологической поддержки родителям детей с отклонениями в развитии как на начальном этапе жизни ребенка в семье, так и позднее, когда ребенок взрослеет, превращается в юношу.

Антропова Е.М.

ВЛИЯНИЕ СТИЛЯ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ

Детский сад комбинированного вида № 19 «Лесная сказка» (Московская обл.).

Актуальность: Современные детско-родительские отношения отличаются сложностью и общей тенденцией на уровне социума пренебрежением родительскими обязанностями и проявлением жестокости, что наносит ущерб физическому и психическому здоровью ребенка, его благополучию. Особенности семейного воспитания могут оказывать как благоприятное, так и негативное влияние на развитие личности ребенка, на становление его отношений со сверстниками и взрослыми. При дисгармоничном стиле родительского воспитания могут наблюдаться такие нарушения в психологическом состоянии ребенка, как стресс, нервные срывы, снижение самооценки, агрессивность, конфликтность и др., которые, в свою очередь, препятствуют его успешной социализации.

Изучение влияния стиля семейного воспитания на межличностные отношения детей 5-6 лет является чрезвычайно важным как для понимания факторов, влияющих на социализацию ребенка, так и для организации воспитательной практики.

Цель исследования: Изучить связь между стилем семейного воспитания, социометрическим статусом и отношением к значимым лицам детей 5-6 лет.

Материалы и методы. Исследование проводилось на группе детей 5-6 лет, являющихся воспитанниками МБДОУ «Детский сад комбинированного вида № 19 «Лесная сказка» городского округа Балашиха Московской области, и их матерей. В исследовании приняли участие 50 детей, из них 26 девочек и 24 мальчика, и 50 женщин в возрасте от 25 до 42 лет – матери испытуемых детей. Для исследования социометрического статуса детей 5-6 лет среди сверстников была использована методика диагностики межличностных и межгрупповых отношений («социометрия») Дж. Морено, а для исследования отношения к значимым лицам – методика исследования межличностных отношений Рене Жиля (адаптированный вариант). Для исследования стиля семейного воспитания матерям была предложена методика АСВ (Анализ семейного воспитания) Э.Г. Эйдемиллера. Результаты психодиа-

гностического исследования были обработаны с помощью статистических методов обработки эмпирических данных.

Результаты. Среди испытуемых матерей преобладают стили воспитания «гиперпротекция» (77,2%) в сочетании с «минимальностью санкций» (36,4%), а другие стили представлены незначительно.

Проведенная корреляция результатов исследования стилей семейного воспитания и социометрических статусов, а также положительных и отрицательных выборов детей позволила выявить соотношения следующих показателей:

- Положительные социометрические выборы ребенка связаны со стилем семейного воспитания. Так, при стиле семейного воспитания «Предпочтением женских качеств» ребенок получает больше социометрических выборов от сверстников, под влиянием семейного воспитания по типу «чрезмерность требований-обязанностей», «предпочтение детских качеств», «фобией утраты» ребенок получает меньше социометрических выборов от сверстников.

- Отрицательные социометрические выборы ребенка также связаны со стилем воспитания, применяемым мамой. Ребенок получает больше отрицательных выборов при таких стилях, как «недостаточность требований-запретов» и «предпочтение детских качеств», и ребенок получает меньше отрицательных выборов при стиле воспитания «расширение сферы родительских чувств».

- Социометрический статус ребенка 5-6 лет связан со стилем семейного воспитания. Социометрический статус выше при стиле воспитания «чрезмерность требований-запретов» и ниже при «недостаточности санкций».

- Отношение ребенка к матери связано со стилем семейного воспитания. Так, чем ярче проявляются в семейном воспитании компоненты таких стилей, как «игнорирование потребностей ребенка», «чрезмерность требований-запретов», «чрезмерность санкций», «неустойчивость стиля воспитания» и «воспитательная неуверенность», тем меньше привязанность к матери у ребенка.

- Отношение ребенка 5-6 лет к воспитателю связано со стилем семейного воспитания. Чем в большей степени в семейном воспитании проявляются «чрезмерность требований-обязанностей» и «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств», тем теснее привязанность ребенка к воспитателю.

- Общительность ребенка 5-6 лет в группе детей связана со стилем семейного воспитания. Так уровень общительности ребенка тем выше, чем в большей степени мама воспитывает его по типу «предпочтение женских качеств»; и чем больше проявляются в воспитании такие стили, как «чрезмерность требований-обязанностей», «неустойчивость стиля воспитания», «фобия утраты», тем менее общителен ребенок в группе сверстников.

- Можно сказать, что формирование межличностных отношений детей 5-6 лет обусловлено стилями семейного воспитания, применяемыми их матерями.

Заключение. Существует взаимосвязь между стилем семейного воспитания, отношением ребенка к значимым лицам и его социометрическим статусом. Анализ соотношения социометрических выборов и стиля родительского отношения матерей показал, что дети, которые воспитываются в атмосфере гиперпротекции, могут иметь различный социометрический статус и по-разному приниматься сверстниками; дети, которые воспитываются в атмосфере гипопеки, имеют низкий социометрический статус, мало положительных выборов, мало или много отрицательных выборов.

СВЯЗЬ ТИПОВ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ С РАЗВИТИЕМ АГРЕССИВНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ В ОТНОШЕНИЯХ С ОКРУЖАЮЩИМИ

Ярославский государственный педагогический университет (Ярославль).

В связи с новыми требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов развитие коммуникативной сферы обучающихся младшего школьного возраста стало «одной из приоритетных, а не факультативных задач школьного образования» [1, с. 117]. Актуальным запросом в адрес школьного психолога является на сегодняшний день работа, направленная на коррекцию агрессивного поведения детей. На основании положения Э. Вагнера [2] о том, что агрессия главным образом детерминирована отсутствием выраженных установок на социальную кооперацию и доброжелательное межличностное общение, нами разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на повышение уровня коммуникативных учебных действий у младших школьников, имеющих разный уровень агрессивности. Программа состоит из трех блоков: работа с обучающимися, работа с родителями, работа с педагогами. Таким образом, мероприятия, разработанные нами, охватывают всех участников образовательного процесса, тем самым реализуется комплексный подход.

Мы предполагаем, что комплексный подход к формированию у обучающихся коммуникативных универсальных действий может быть способом коррекции их агрессивного поведения.

Исследование проходило на базе средней общеобразовательной школы № 25 г. Ярославля с ноября 2010 г. до февраля 2011 г. Участниками эксперимента стали обучающиеся 2 «А», 2 «Б», 3 «А» и 3 «Б» классов, всего 97 человек, и их родители.

Для диагностики использованы следующие методики: Hand—тест, методика «Левая и правая сторона» Ж. Пиаже, методика «Кто прав?» Г.А. Цукерман и др., тест Розенцвейга. Родителям обучающихся был предложен тест «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин) и разработанная нами анкета, направленная на оценку коммуникативных умений и уровня агрессивности детей.

В данной статье мы акцентируем внимание на выводах, полученных в ходе исследования связи показателей типов родительского отношения и показателей, отражающих направленность обучающихся при взаимодействии с окружающими.

После обработки полученных в ходе диагностического среза результатов и анализа связей показателей по критерию Спирмена нами были получены следующие выводы:

1. Показатель типа родительского отношения «Принятие–отвержение» (П-О) связан с категорией «Агрессия» (Agg) ($r=-0,24$, $p<0,05$), с показателями «Авторитарная гиперсоциализация» (А-Г) ($r=-0,44$, $p<0,001$), «Маленький неудачник» (М-Н) ($r=-0,27$, $p<0,01$), «Общение» (О.) ($r=0,21$, $p<0,05$) и «Агрессивность» (Агр.) ($r=-0,33$, $p<0,01$). Высокий уровень выраженности показателя «Принятие» свидетельствует о том, что взрослый принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его особенности, одобряет его интересы и поддерживает планы. При доминировании подобного типа отношения со стороны родителей у обучающихся снижается выраженность показателя агрессивной направленности при взаимодействии с окружающими (что отмечают и сами родители, оценивая агрессивность (Агр.) и коммуникативные умения (О.) своих детей). Что касается самих родите-

лей, то с их стороны уменьшается контроль за ребенком, стремление ограничить его поведение жесткими рамками (А-Г), оградить от возможных неприятностей и трудностей (М-Н). Таким образом, доминирование принимающего типа отношения родителей способствует снижению направленности детей на агрессивное взаимодействие с окружающими, что отмечают сами родители, при этом происходит и снижение выраженности показателей неконструктивных типов родительского отношения.

2. Показатель «Симбиоз» (С) связан с показателем интропунитивного реагирования в ситуации фрустрации (І) ($r = -0,23$, $p < 0,05$), с показателями «Кооперция» (К) ($r = 0,36$, $p < 0,001$), «Маленький неудачник» (М-Н) ($r = 0,30$, $p < 0,01$) и «Агрессивность» (Агр.) ($r = -0,24$, $p < 0,05$). Симбиотическое отношение родителей выражается в том, что они не устанавливают четких границ, стараются быть ближе к ребенку и оградить его от возможных неприятностей. При доминировании подобного типа отношения в ситуации фрустрации агрессия обучающихся выражается крайне неконструктивным образом – направляется субъектом на себя самого (І), при этом родители отмечают, что уровень агрессивности их детей снижается (Агр.). Необходимо также отметить, что родители не дифференцируют конструктивные и неконструктивные типы отношения к детям. При увеличении показателя «Симбиоз» возрастает показатель «Кооперация», отражающий такой тип отношения, при котором родители сотрудничают с ребенком, учитывают его мнение и интересы, не нарушают его личных границ. Мы приходим к выводу, что сотрудничество с ребенком осуществляется при наличии слитных с ним отношений, в рамках, которые определяет сам взрослый, что также не является благоприятным условием для развития ребенка, для формирования у него эффективной коммуникации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе: от действия к мысли: пособие для учителя [Текст] / [А.Г. Асмолов, Г.В. Бурменская, И.А. Володарская и др.]; под ред. А.Г. Асмолова. — М. : Просвещение, 2008.
2. Смирнова Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей [Текст] / Т.П. Смирнова. Ростов н/Д.: Феникс, 2005.

Беляева С.И.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАТЕРИ И СТИЛЬ МАТЕРИНСКОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ФАКТОРЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Произошедшие в последние годы кардинальные изменения в жизни российского общества спровоцировали развитие ряда патологических процессов в социальной жизни. Наиболее остро они отразились на самой незащищенной категории населения – детях и подростках. По данным ежегодного Государственного доклада «Положение детей в России» 2012 года, 24,6% детей рождаются вне брака; на 1 тыс. браков в среднем приходится 509 разводов. Таким образом, большая часть российских детей растет в неполной семье либо в семьях с неродным отцом. На этом фоне стабильно высоким остается уровень детской преступности, причем наблюдается рост так называемых тяжких преступлений. Такая ситуация обусловлена целым рядом причин, которые активно исследуются в современной психологии, педагогике, социологии. Одной из наиболее существенных является тенден-

ция к негативному изменению представлений о ребенке и о роли матери: «ребенок рассматривается как докучливое, ненужное создание, которое стараются «отодвинуть» даже чисто физически...такие тенденции выражаются не только в проявлении родительских воспитательных стратегий, но и в средствах массовой информации» (Филиппова Г.Г., 2001). Формируется утилитарный подход к воспитанию и проявлению родительской любви: надеть «правильный» подгузник в младенчестве и накормить «правильным» йогуртом в детстве.

Исследователи делинквентного поведения сходятся в признании патогенного влияния деструктивных внутрисемейных отношений на психическое и нравственное развитие личности ребенка, уделяя особое внимание неправильным воспитательным позициям матери. Анализ причин негармоничного воспитания, показывает в качестве важнейших психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка. При этом «попытки разъяснительной работы, уговоров сменить стиль воспитания оказываются неэффективными, и перед психологом встает трудная задача выявить психологическую проблему родителей и помочь им осознать ее, преодолев действие защитных механизмов» (Эйдемиллер Э.Г., 2006). Совершение подростком правонарушения, повлекшего наказание как его, так и его родителей, как правило, обостряет их и без того неблагоприятные взаимоотношения.

В целях изучения специфики индивидуально-психологических характеристик матерей подростков с делинквентным поведением в 2009-2012 гг. нами было проведено экспериментально - психологическое исследование 152 матерей старшеклассников (8-11 классы) пяти муниципальных бюджетных образовательных учреждений города Норильска Красноярского края и их детей-подростков. От всех участников было получено устное информированное согласие на проведение психологического исследования. Все матери и их дети-подростки были разделены на 2 группы – по критерию наличия/отсутствия делинквентного поведения подростков. Разделение старшеклассников на группы проводилось экспертным путем. В качестве экспертов выступали социальные педагоги и инспекторы по делам несовершеннолетних, курирующие данные образовательные учреждения.

Для решения поставленных задач был использован комплекс методов: специально разработанное (авторское) интервью матери и подростка; «Интегративный тест тревожности»; методика изучения нервно-психической неустойчивости и акцентуаций; методика «Уровень субъективного контроля личности»; методика «Личностный дифференциал»; опросник «Подростки о родителях». С каждой матерью и с каждым подростком индивидуально проводились направленная беседа, тестирование; завершал исследование эксперимент «Совместное рисование».

Обнаружено, что у матерей подростков с делинквентным поведением преобладает высокий уровень как ситуационной, так и личностной тревожности. Это указывает на их эмоциональную нестабильность и может явиться фактором повышенного риска возникновения у них нервно-психической дизадаптации, что негативно влияет на адекватность проявления материнской любви и стабильность стиля воспитания. Также у них выявлены акцентуации личности по шкалам «тревожность» и «импульсивность», что может патологизировать стиль воспитания детей, формирует деструктивную эмоциональную обстановку в семье. При исследовании уровня субъективного контроля личности матерей подростков с делинквентным поведением, выявлено, что в их группе все показатели ниже, чем в группе матерей подростков с нормативным поведением. Это значит, что чувство личной ответственности за происходящие с ними события у матерей делинквентных подростков развито слабо и они склонны делегировать эту ответственность

другим. Анализ данных методики «Личностный дифференциал» показывает, что показатели Я-реального ниже в группе матерей подростков с делинквентным поведением, что свидетельствует о восприятии ими себя как менее положительной и слабой личности по сравнению с матерями сопоставляемой группы. Исследование особенностей восприятия стиля воспитания матерей подростками показало, что у делинквентных подростков наблюдаются снижение по таким шкалам, как «Позитивный интерес» и «Фактор близости», и повышение - по шкале «Враждебность». Анализ результатов эксперимента «Совместное рисование» матерей и их детей-подростков, показал, что подростки с нормативным поведением и их матери чаще договариваются о последовательности работы, следуют инструкции и удовлетворены результатом рисования. В парах делинквентных подростков и их матерей матери пытаются доминировать, при этом демонстрируют неумение удерживать правила и реже удовлетворены результатом.

Результаты, полученные в данном исследовании, могут быть использованы при разработке методов профилактики и коррекции деструктивных воспитательных воздействий в семье.

Варшал А.В., Слободская Е.Р.

КАК ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ МАТЕРИ ВЛИЯЮТ НА ПРОБЛЕМЫ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ?

НИИ физиологии и фундаментальной медицины СО РАМН (Новосибирск).

Резюме. В исследовании проверена гипотеза о том, что матери с высоким уровнем тревоги и депрессии воспитывают своих детей так, что у них развиваются и/или усугубляются проблемы поведения. Непоследовательная дисциплина медиовала связь между материнской тревогой и депрессией при учете других факторов проблемного поведения детей. Полученные результаты могут улучшить качество помощи, оказываемое «проблемным» семьям.

Введение. Хорошо изучены факторы риска антисоциального поведения и расстройств поведения детей. Наследственность и среда вносят примерно одинаковый вклад в их развитие, часто в реальной жизни генетическая предрасположенность сочетается с неблагоприятными условиями среды. Примером такого сочетания являются неадекватные методы воспитания детей и депрессия матери - причинные факторы проблем поведения (ПП). Хотя пагубное влияние депрессии матери показано во многих работах, механизмы, приводящие к неблагоприятным исходам, изучены недостаточно. Неизвестно, какие именно аспекты среды имеют решающее значение. Особый интерес для исследования представляют неправильные методы воспитания, поскольку эффективные программы помощи корректируют именно их, одновременно снижая уровень тревоги и депрессии у матерей. Случайно ли это совпадение?

По данным лонгитюдных исследований непостоянная, непоследовательная дисциплина, жесткие наказания, а также недостаток надзора и похвалы со стороны родителей являются предикторами ПП у детей и факторами риска расстройств поведения. **Цель** нашей работы – выяснить, являются ли вышеуказанные методы воспитания промежуточным звеном в патогенетической цепи от тревожно-депрессивных симптомов матери к проблемам поведения у детей.

Участники. Обследование охватило детей, посещающих два детских сада, и учащихся первых-вторых классов пяти школ. Школы находились в различных по

уровню благополучия районах большого города. Размер выборки составил 387 человек (194 мальчика), возраст детей от 2 до 9 лет ($6,7 \pm 1,6$ лет; 69 дошкольников и 319 школьников). Педагоги и воспитатели предлагали основным воспитателям детей заполнить опросники дома, 60% согласились участвовать в исследовании и вернули заполненные опросники.

Опросники. «Интервью о практике воспитания» (PPI) содержит 73 вопроса, с помощью которых оценивают шесть аспектов воспитательной практики родителей, как позитивных, так и негативных: *непоследовательную* (бессистемную, хаотичную) *дисциплину* ($\alpha=0,80$); *обсуждение проблемы* ($\alpha=0,77$); *физические наказания* ($\alpha=0,88$); *адекватные наказания* (например, лишение привилегий $\alpha=0,79$); *поощрение* ($\alpha=0,74$); и *мониторинг* ($\alpha=0,46$).

Комплексный показатель поведенческих проблем (КПП) вычисляли, суммируя z-оценки двух шкал (проблемы с поведением и гиперактивность/невнимательность) скринингового опросника «Сильные стороны и трудности» (SDQ) и двух шкал (выраженность проблем и проблемность поведения) «Опросника детского поведения Ш. Эйберг» (ECBI). *Тревогу и депрессию* родителей оценивали с помощью скринингового «Опросника Здоровья» Всемирной Организации Здравоохранения (SRQ).

Результаты. С помощью регрессионного анализа исследовали модель, где предикторами КПП служили тревога/депрессия и методы воспитания. Сама по себе тревога/депрессия объясняла 15% разнообразия КПП ($\beta=0,38$; $p < 0,001$), однако при учете значимых воспитательных методов (непоследовательной дисциплины, адекватных наказаний и обсуждения проблем), ее вклад стал значительно меньше (2,9% разнообразия; $\beta=0,18$; $p < 0,001$); при этом прогностическая значимость всей модели, включающей тревогу/депессию и воспитательные методы, составила 43,9%. Таким образом, связь тревоги/депрессии с уровнем поведенческих проблем при учете методов воспитания уменьшается вдвое. Тест Собея показал, что медиатором связи между уровнем тревоги/депрессии и КПП была *непоследовательная дисциплина*, $t=6,7$, $p < 0,001$.

Обсуждение. Таким образом, гипотеза исследования подтвердилась; кроме того установлено, что влияние тревоги и депрессии матери на поведение детей частично реализуется через *непоследовательную дисциплину*. Сходные результаты получили Barry с коллегами в исследовании мальчиков 9-12 лет из США. Это означает, что усилия специалистов, работающих с такими семьями, следует в первую очередь направить на обучение родителей методам последовательного дисциплинирования детей.

Галой Н.Ю.

РОЛЬ МАТЕРИ И ОТЦА КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА Московский педагогический государственный университет (Москва).

Тенденции профессионализации, маскулинизации, приоритета карьерных ориентаций и внешней привлекательности у современных женщин приводят к обесцениванию знания, связанного с рождением и воспитанием детей. Несмотря на распространение информационных технологий, ценность семьи в воспитании и развитии детей не осознаётся в полной мере, остаётся на высоком уровне психолого-педагогическая некомпетентность современных родителей. Родительская любовь, с которой вынашивают малыша, мысли, связанные с его появлением, бо-

гатство родительского общения, обращённое к малышу, оказывают мощное развивающее воздействие на его психику [5].

С.Гроф связывает особенности течения беременности и состояние плода в разных стадиях родов с формированием у малыша стойких функциональных структур (базовых перинатальных матриц (БПМ)), определяющих впоследствии его психические и физические реакции. Рассматривая нарушения формирования БПМ, он соотносит их с конкретными психическими отклонениями будущей личности: чувство вины, склонность к суицидам, позиция жертвы, агрессивность, депрессивность, садистические и маниакальные наклонности, различные страхи и фобии в течение жизни. И, наоборот, в случае благоприятного течения беременности и родов, ребёнок приобретает жизненно важные характеристики, например, умение любить и принимать любовь, уверенность в себе, терпеливость, настойчивость, целеустремлённость, стрессоустойчивость, оптимизм и другие [2]. Поэтому создание гармонии физического и эмоционального состояния мамы во время беременности, обеспечении правильной родовой деятельности является важной задачей всей семьи.

Исследовательская практика показывает, что нарушения БПМ можно компенсировать в первый год жизни малыша полноценным грудным вскармливанием до года, хорошим уходом, внимательным отношением и любовью родителей [1]. В этот период важно сформировать надёжный тип привязанности в диаде «мама–ребёнок».

Процесс формирования привязанности предполагает активность, как мамы, так и ребёнка. Малыш привлекает внимание матери голосом, движением, эмоциями. Если у мамы позитивная установка в отношении своего ребенка, она чувствительна к его потребностям, способна к гармоничному взаимодействию, то у ребёнка формируется надёжный, безопасный тип привязанности к матери. Сформированный в младенчестве тип привязанности влияет на развитие так называемых "рабочих моделей себя и других людей". В дальнейшем они помогают ребёнку ориентироваться в новых ситуациях и соответственно реагировать. Надёжный тип привязанности закладывает у ребенка чувство базового доверия к миру, формируется инициативность, самостоятельность, уверенность и уважение к себе [5].

Выделяют также ненадёжные типы привязанности, которые являются следствием непоследовательного, отвергающего или враждебного взаимодействия родителей с младенцем. Дети с ненадёжным типом привязанности характеризуются повышенной тревожностью, зависимостью от других, снижением познавательной активности и адаптивных способностей, непредсказуемостью поведения и страхами [5].

В исследованиях Сараевой А.А. [4] в 2005 г. на московской выборке было установлено, что лишь 30% семей формируют надёжный тип привязанности ребёнка к матери, преобладающим выступает тревожно-сопротивляющийся тип, приводящий к затруднению адаптации в новых социальных средах (детский сад, школа и т. д.) [4]. Из этого следует, что преобладающим типом воспитания у современных родителей являются непоследовательность и противоречивость.

Доказано, что мама и папа с высоким уровнем самоактуализации, уверенные в себе, эмоционально зрелые, общительные будут не только обеспечивать наилучшие психологические условия для развития ребенка, но и формировать надёжный тип привязанности [4]. Важно, чтобы родители, будущие или уже состоявшиеся, понимали, что эффективность подрастающей личности закладывается в семье ещё до рождения ребёнка. И то, что ребёнок приобретает в первые годы жизни в семье, он сохраняет в течение всей своей последующей жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н. Перинатальная психология и психиатрия. Т 1-2. - М: Академия, 2009, Т.2 – 253 с.
2. Гроф С. Путешествие в поисках себя. - М.: Изд-во Трансперс. ин-та, 1994.
3. Добряков И.В. Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - СПб., 2002. С. 265 – 285.
4. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. - 496 с.
5. Цареградская Ж. В. Ребенок от зачатия до года. Первое российское учебное пособие по перинатальному воспитанию. - М.: Астрель: АСТ, 2005.–281. с.

Глевицкая В.С., Оловаренко Л.В. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РАБОТЫ ПЕДАГОГОВ С СЕМЬЕЙ

Курский институт непрерывного профессионального образования (повышения квалификации и профессиональной переподготовки) специалистов отрасли образования (Курск).

В нашем регионе 18 лет реализуется программа «Семья». Цель программы «Семья» – подготовка к родительской профессии. Опыт реализации программы показал, что существует целый комплекс проблем и противоречий, который способствует разрушению семейных традиций и ценностей. А именно:

- ✓ Отсутствие единой государственной политики по вопросам семьи.
- ✓ Резкая социальная дифференциация.
- ✓ Кризис здоровья семьи в целом и отдельных её членов в частности.
- ✓ Низкий уровень психолого-педагогической компетентности всех участников образовательного процесса (персонал образовательных учреждений, родители, дети).
- ✓ Отсутствие взаимодействия между службами и организациями, осуществляющими помощь семье или отдельным её членам.

Все это позволяет констатировать необходимость психолого-педагогического и медико-социального сопровождения системы работы с семьей.

В настоящее время институт семьи претерпел существенные изменения – разрыв связей между поколениями, низкий уровень компетентности современных родителей, ранняя сексуальная жизнь подростков, отсутствие знаний и понимания детской психологии в детско-родительских отношениях. Поэтому возникает целый ряд проблем в семейном воспитании, связанном с отсутствием системы работы с семьей в образовательных учреждениях таких, как профилактика суицидального и агрессивного поведения, социализация детей из приемных семей, одаренных детей, детей с особыми потребностями.

Наш опыт показывает, что необходимо комплексно подходить к решению данных проблем. Мы начинаем работу с семьей, когда еще только формируем будущего родителя, сопровождаем потенциальных родителей при получении опыта межличностного взаимодействия и взаимодействия с социумом. Одно из направлений программы - просветительское - предполагает формирование современного представления:

- о семье, супружеских взаимоотношениях,

- воспитании, развитии, образовании детей,
- семейных ценностях и семейных традициях.

Кроме того, мы активно сотрудничаем с женскими консультациями; психологическим центрами; центрами социальной помощи семье и детям, молодёжи; ДОУ, ОУ и т. д. Вся работа в регионе направлена на обеспечение устойчивого психологического самочувствия родителей и детей; высокую ценность семьи и пропаганду семейной жизни; улучшение демографической ситуации путем специальной подготовки супружеских пар к формированию семьи и воспитанию ребенка. Основной акцент делается на организацию здорового образа жизни семьи и ребенка на каждом возрастном этапе.

Анализ опыта работы программы «Семья» показывает, что современных родителей необходимо учить решать проблемы семьи, семейного воспитания (психологии взаимоотношений); показать родителям систему занятий с детьми на каждом возрастном этапе и формировать потребность в создании семейных ценностей и традиций. Молодое поколение нуждается в информации о нервно-психическом развитии детей от 0 до 15 лет и о ведущих линиях развития ребенка на каждом возрастном этапе. Подготовку к беременности и родам необходимо начинать еще в подростковом периоде. Поэтому психолого-педагогическое сопровождение системы работы педагогов должно заключаться не только в просветительской миссии, но и активном взаимодействии с родителями обучающихся.

Гусакова М.П.

ВЛИЯНИЕ ОПЫТА И ЗНАНИЙ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ДОШКОЛЬНИКОМ

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

Вопросы общения с ребенком дошкольного возраста находятся в центре внимания педагогической, возрастной и социальной психологии из-за значимости воздействия, которое оказывает общение со взрослым на развитие личности дошкольника. Известно, что дошкольник не просто усваивает способы общения как образцы для построения собственного поведения. Характер общения в дошкольном возрасте может оказывать как развивающее, позитивное воздействие на личность в целом, так и тормозящее и искажающее воздействие на личность ребенка. Остается невыясненным, как именно психологические знания и жизненный опыт влияют на представления взрослых о взаимодействии с дошкольником в конфликтных ситуациях.

Для того, чтобы изучить представления взрослых о взаимодействии с дошкольником была использована Методика Незаконченных Ситуаций (Н.Д. Михеевой). Испытуемым предлагались 20 ситуаций, которые описывали 4 типа ситуаций, вызывающих трудности в организации обратной связи у родителей. Первый тип ситуаций - поведение, нарушающее границы, второй тип - проявления собственной активности, третий тип - выражение потребностей, нарушающее границы, и четвертый тип - выражение страдания. Испытуемым предлагалось предложить оптимальный ответ ребенку в сложившейся затруднительной ситуации.

Для сравнения влияния психологических знаний и родительского опыта на представления об оптимальной обратной связи мы включили в исследование две группы: родителей, не имеющих психологического образования (15 человек 23-37 лет) и психологов, студентов 4 и 5 курсов, не имеющих родительского опыта (15

человек 19-28 лет). Все испытуемые были женщинами. Для сравнения данных по двум выборкам, мы использовали расчет по t-критерию Стьюдента.

Таблица № 1. Сравнение средних значений числа слов в высказывании психологов и родителей

	Психологи	Родители	Значение t-критерий Стьюдента
Ситуации 1 типа	23,87	14,2	3,3**
Ситуации 2 типа	20,67	12	4,4**
Ситуации 3 типа	19,27	11,73	3,3**
Ситуации 4 типа	20,53	11,87	4**
Все ситуации	20,93	12,27	4,2**

Все показатели** имеют различия на уровне значимости $p < 0,01$ при $t_{кр} = 2,76$.

Таким образом, мы видим, что психологи используют более развернутые высказывания и вообще считают, что с детьми нужно говорить больше, в сравнении с родителями, которые ограничивают вербальное общение с ребенком. Это различие относится как к высказываниям в целом, так и к высказываниям в каждом из четырех типов ситуаций.

Таблица № 2. Сравнение средних значений числа элементов продуктивной обратной связи в высказывании психологов и родителей.

	Психологи	Родители	Значение t-критерий Стьюдента
Ситуации 1 типа	2,7	2,8	0,1
Ситуации 2 типа	5,7	4,4	2,5*
Ситуации 3 типа	6,66	5,4	2,4*
Ситуации 4 типа	3,9	3,9	0
Все ситуации	4,8	4,1	2,4*

Показатели* имеют различия на уровне значимости $p < 0,05$ при $t_{кр} = 2,06$.

Вместе с этим мы видим, что использование большего числа слов не означает большей продуктивности обратной связи. Так, по числу элементов продуктивной обратной связи (таких, как описание действия, оценка, выражение своих чувств, напоминание правила, предупреждение о санкциях и т. д.) психологи значимо превышают родителей в ситуациях второго и третьего типа, оказываясь наравне с ними в первой и четвертой ситуациях. Итак, объем высказывания у психологов превышает объем высказывания у родителей, однако это не приводит к ожидаемому повышению числа продуктивных элементов в каждом высказывании.

Этот факт заставил нас задуматься о полезности чрезмерной вербализации в общении с дошкольником в отношении продуктивной обратной связи в трудной ситуации. Поэтому мы ввели коэффициент полезности вербальной продукции взрослого: отношение между числом элементов продуктивной обратной связи в высказывании и числом слов высказывания.

Таблица № 3. Сравнение полезности высказываний психологов и родителей.

	Психологи	Родители	Значение t-критерия Студента
Коэффициент полезности высказывания в целом	0,24	0,34	3,4 ** ($p<0.01$)
Ситуация 1 типа	0,126	0,223	2,3* ($p<0.05$)
Ситуация 2 типа	0,302	0,398	2
Ситуация 3 типа	0,381	0,459	1,6
Ситуация 4 типа	0,215	0,363	3,5** ($p<0.01$)

Из таблицы видно, что родители значимо превосходят психологов коэффициентом полезности высказываний в целом, а также в ситуациях 1 и 4 типов.

Как и ожидалось, наличие специальных психологических знаний является приоритетным перед получением жизненного опыта в отношении таких показателей обратной связи, как развернутость и общая продуктивность. Однако, если обратиться к соотношению числа продуктивных элементов к числу слов в высказывании, то окажется, что жизненный опыт, а не знания является залогом коэффициента полезности высказываний.

Психологи достигают более продуктивного воздействия на дошкольников по сравнению с родителями за счет большей развернутости и распространенности высказывания в ситуациях проявления активности и выражения потребностей детей. Родители достигают продуктивного воздействия на дошкольников за счет более точной и предметной обратной связи в ситуациях нарушения границ и выражения страдания детьми. Степень полезности каждого слова достоверно выше у родителей, тогда как склонность говорить много и с пользой и без пользы, характерна для психологов.

Дьяконов Г.В.

ДИАЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПОДРОСТКАМИ И РОДИТЕЛЯМИ

**Кировоградский государственный педагогический университет имени В.
Винниченко (Украина).**

Диалогический подход к исследованию отношений детей и родителей имеет огромное значение для науки (возрастной и педагогической психологии, психологии развития, психологии семьи, психологии трудных детей, социальной педагогики и др.) и открывает большие перспективы для практики формирования и коррекции детско-родительских отношений. Однако анализ современной научной литературы свидетельствует о том, что данное направление психологических исследований остается малоработанным.

Вследствие этого мы осуществили научно-практическое исследование особенностей внутрисемейных отношений подростков и родителей с позиций диалогического подхода. Предмет экспериментального исследования – становление монологического или диалогического типа общения подростков в зависимости от особенностей детско-родительских отношений в семье.

В исследовании приняли участие 100 подростков – учащихся 7-8-х классов сельских школ Кировоградской области (50 мальчиков и 50 девочек).

1) Первой задачей – и этапом – нашего исследования было изучение типа направленности общения подростков с помощью методики С.Л. Братченко, кото-

рая выявляет шесть типов общения: диалогический, альтруистический, авторитарный, манипулятивный, конформный и индифферентный.

Результаты тестирования показали, что у мальчиков преобладает авторитарное, диалогическое и конформное общение, а у девочек – авторитарное, конформное и альтруистическое, а наименее выражены – и у мальчиков, и у девочек – манипулятивное и индифферентное общение.

Исходя из концепции Г.А. Ковалева о трех парадигмах – объектной, субъектной и интерсубъектной (диалогической) – и соответствующих им трех уровнях научного анализа психологических явлений, формы направленности общения – по С.Л. Братченко – можно сгруппировать в три типа общения: объектный (включает конформное и индифферентное общение), субъектный (авторитарное и манипулятивное общение) и интерсубъектный (диалогическое и альтруистическое общение). Тогда можно сказать, что у мальчиков на первом месте интерсубъектно-диалогический тип общения, на втором месте – объектный тип, а на третьем – субъектное общение, а у девушек на первом месте – объектное общение, на втором – интерсубъектно-диалогическое, а на третьем – субъектное общение.

Новые особенности соотношения между типами общения у мальчиков и девочек выявил корреляционный анализ, который показал, что у ребят диалогическое общение отрицательно связано с манипулятивностью ($-0,63$) и конформностью ($-0,52$), а у девушек есть негативная связь между авторитарностью и конформностью ($-0,52$). Характерно, что между авторитарностью и манипулятивностью есть позитивная корреляция как у юношей ($0,5$), так и у девушек ($0,46$).

Для изучения особенностей внутрисемейных отношений юношам и девушкам была предложена авторская анкета «Ты и твои родители», и ответы подростков достаточно полно отображают их отношения к родителям. В целом результаты анкетирования говорят о благоприятной картине семейного общения и взаимоотношений родителей и подростков, в которой есть взаимный интерес, стремление советовать и помогать в решении проблем, желание сотрудничать, доверять, делиться личными тайнами и гордиться родителями.

Для углубления и конкретизации общей картины общения и отношений в семье мы осуществили корреляционный анализ взаимосвязи между оценкой подростками семейных отношений и особенностями их внесемейного общения.

Результаты корреляций показали, что большинство девушек не видят в своих семьях проявлений авторитарного, манипулятивного и индифферентного общения, и свидетельствуют о позитивной связи альтруистического, диалогического и конформного общения с семейными отношениями.

Картина корреляций у мальчиков в целом схожа с картиной корреляций у девушек, но имеет свои отличия. Как и у девушек, наибольшее количество позитивных корреляций у мальчиков между вопросами анкеты «Ты и твои родители» и диалогическим и альтруистическим общением. Остальные виды общения – авторитарный, манипулятивный, конформный и индифферентный – проявляются в семьях подростков гораздо слабее.

Все это позволяет сказать, что внутрисемейные отношения подростков и родителей становятся источниками и факторами становления диалогического и альтруистического общения современных сельских подростков – мальчиков и девочек. Отсюда становится понятно, что высокий уровень авторитарности подростков, обнаружившийся по результатам тестирования типов общения (по С.Л. Братченко) формируется не столько в кругу семьи, сколько в других сферах социальной жизни юношей и девушек.

Подводя итоги, можно утверждать, что, во-первых, диалогический подход в понимании и исследовании родительско-детских отношений является обоснованным и перспективным на подростковом этапе онтогенеза личности ребенка и становления родительско-детских отношений.

Во-вторых, диалогический подход к развитию личности подростка под воздействием родительских отношений открывает возможность понимания диалога как фундаментального источника и условия развития и формирования психического, душевного и духовного здоровья подрастающего ребенка.

Наконец, в-третьих, диалогический подход к изучению родительско-детских отношений открывает новые пути и возможности для разработки диалогических методов научно-практического исследования в отраслях детской и педагогической психологии, психология семьи и социальной педагогики.

Мальцев С.В., Балакер М.А., Давыдова В.М.
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ В СЕМЬЕ
Казанская государственная медицинская академия (Казань).

С целью выявления отношения подростков к основным факторам, определяющим принципы здорового образа жизни, проведено анонимное анкетирование 1467 подростков в возрасте 15-17 лет и их родителей. Работа по отслеживанию формирования психологической культуры личности в семье проводилась на базе педиатрического отделения ГАУЗ РКБ-2.

Курение в семье отметили 77,7%, а 23,34% подростка курят постоянно. Опыт знакомства с алкоголем подтвердили 49,3% подростка. Прием алкогольных напитков в семье отметили 69,4% (отец – в 34,7% семей, мать – в 20,7%, брат, сестра – в 14%), к добрачному сексу положительно относятся 36,4% девушек и 61,5% юношей. Знают, что ранние аборты ведут к бесплодию 81,8% девушек и только 53,8% юношей. Половую жизнь с 13-15 лет ведут 25,9% подростков.

Проведенный анализ характера питания выявил нарушение режима, несоответствие рациона диетическим нормам, а также его однообразие. Принимают пищу 3-5 раз в день 74,1% подростков, но 25,9% питаются всего 2 раза в сутки.

В спортивных секциях занимаются только 36% исследуемых. Треть подростков считает себя освобожденными от любых физических нагрузок. На ограничение двигательной активности также влияет многочасовая работа за компьютером и просмотр телепередач. 77,8% ежедневно проводят до 2-3 часов у телевизора. За формирование психологической культуры личности, по мнению респондентов, должны отвечать родители – 69%; родители, медицинские работники – 14,4%, родители, медицинские работники и школа – 12,4%.

Результаты проведенного анкетирования позволили выявить отношение подростков к собственному здоровью: низкая активность подростков и их родителей в формировании культуры личности, раннее приобщение к алкоголю и курению, дефицит питания, снижение двигательной активности, недостаточная эффективность мероприятий по формированию культуры личности в семье.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
(НА МАТЕРИАЛЕ НАБЛЮДЕНИЯ)****Брестский государственный университет (Беларусь).**

В настоящее время многими исследователями делается попытка определить, как через организацию общения повысить эффективность обучения и воспитания ребенка, разрабатываются различные тренинговые процедуры, способствующие успешному межличностному взаимодействию. Выделены типы и основные параметры, созданы концептуальные модели взаимодействия взрослых с детьми [1, 2]. По мнению ряда авторов, подлинно научный интерес представляет изучение особенностей реального детско-родительского взаимодействия [1, 2]. В статье представлен фрагмент исследования, целью которого явилось изучение особенностей взаимодействия родителя с ребенком в процессе совместной деятельности. Для исследования были отобраны ситуации, в которых ребенок демонстрирует недостаточно освоенные действия, требующие помощи взрослого. Было изучено взаимодействие в 120 диадах в двух ситуациях совместной деятельности: совместное рисование на заданную тему и подпись рисунка, совместное сочинение сказки.

Данные, полученные в процессе наблюдения, позволяют судить об особенностях детско-родительского взаимодействия в процессе совместной деятельности. В процессе наблюдения не выявлено ни одного случая использования родителями предварительной беседы с ребенком, которая актуализирует знания ребенка, помогает ему понять и принять задачу, не зафиксировано фактов обсуждения замысла и хода деятельности. При формулировке задания родители не обыгрывают его, не используют проблемные ситуации, не обосновывают необходимость данной деятельности. По-разному формулируют взрослые цели деятельности: в виде указания (72%), в виде просьбы (28%). Большинство родителей делегирует ответственность ребенку, переформулировав цель и инструкцию: «Нам надо рассказать сказку, какую сказку ты знаешь? Рассказывай». При сочинении сказки только 46% родителей приняли и сохранили задачу, остальные переключились на пересказ знакомых сказок, а 18% отказались от выполнения деятельности. Отношение большинства взрослых к продукту деятельности было нейтральным.

Можно утверждать, что при построении ситуации взаимодействия родители не учитывают таких важных моментов, как активное участие в деятельности, предварительное обсуждение замысла, использование ситуаций повторения и закрепления знаний. И, как следствие, недостаточно эффективно организуют совместную деятельность с ребенком. Родители часто оказывают воздействие на ребенка, не всегда учитывают его точку зрения, инициативу, то есть ориентируются не на ребенка и его уровень развития, а прежде всего на себя. Родители часто занимают доминирующую позицию, корректируют действия ребенка, действуют за него. Возможно, подавление активности ребенка ведет к отсутствию инициативы и отказу от участия в деятельности у детей.

По ключевым параметрам, таким как сотрудничество, диалогичность, учет точки зрения партнера, инициативы ребенка, получены очень низкие показатели. А именно, данные параметры являются наиболее значимыми для эффективной организации совместной деятельности. Важным является и параметр согласованности действий, поскольку, если согласованность отсутствует, то деятельность либо распадается, либо носит односторонний характер. Родители предпочитают не совместную деятельность, а деятельность «рядом» либо изолируют ребенка от выполнения деятельности.

Особенности организации совместной деятельности обусловлены позицией занимаемой взрослым по отношению к ребенку. Позиция «вместе с ребенком» характерна для 22%, «над ребенком» – для 36%, «в стороне» – для 38% родителей. Интересен факт, что в 4% случаев наблюдается позиция «под ребенком», когда взрослый полностью отдает инициативу ребенку, который так или иначе дезорганизует деятельность. Необходимо отметить, что 65% родителей предпочитают близкий контакт с ребенком. Однако были зафиксированы и неблагоприятные факты: 29% родителей избегали контакта с ребенком, 9% демонстрировали отстраненность от ребенка. Что касается форм физического контакта, то родители предпочитают объятия (26%), поглаживания (34%), иногда используют поцелуи (4%), при этом у 51% родителей физического контакта с ребенком не зафиксировано.

В процессе общения родители используют повествовательную интонацию, и только в 38% случаев их интонация является одобряющей; преобладает доброжелательный тон (76%), однако встречается и резкий, раздраженный (24%); доминируют прямые речевые операции в форме указаний и требований (90%). Обращения к ребенку носят организующий (92%), оценочный (68%), контролирующий (60%), стимулирующий (46%), а в 32% случаев и тормозящий характер. Зачастую, тормозя инициативу ребенка, критикуя его действия, взрослый не вмешивается в деятельность, не дает образец действий, не создает обучающей ситуации.

Данные исследования позволяют утверждать, что в процессе взаимодействия родители ориентируются не на ребенка, не на уровень его развития, а прежде всего на себя. Взрослые не владеют способами и средствами стимуляции детской активности, у них преобладает стремление тормозить ее, отсутствует учет зоны ближайшего развития. Родители часто занимают доминирующую позицию, корректируют действия ребенка, предпочитая при этом не развивающее взаимодействие с ребенком, а действие за него. Подавление активности ребенка ведет к тому, что дети не проявляют инициативу и отказываются участвовать в деятельности. Описанные особенности детско-родительского взаимодействия свидетельствуют о необходимости повышения психолого-педагогической грамотности родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валитова, И.Е. Концептуальные основы взаимодействия взрослого и ребенка // Проблема взаимодействия в исследованиях философов, психологов, педагогов. – Брест : БрГУ, 1997. – С. 79-83.
2. Сенько, Т.В. Диагностика и коррекция личностного поведения. – Минск : Карандашев, 1998. – 272 с.

Новикова Е.Г., Новикова Ю.Г., Ивашев С.П. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СЕМЬИ

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

К

как известно, функцией валеологической культуры семьи является формирование у ребенка бережного отношения к жизни и здоровью человека вообще. Материнское отношение к здоровью в семьях может отклоняться от полного игнорирования проблем здоровья до необоснованно частого обращения за медицинской помощью.

В нашем исследовании, проведенном ранее на базе Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы, одним из индикаторов валеологической культуры семьи, с точки зрения врача и клинического психолога, является наличие/отсутствие данных карты развития на разных возрастных этапах, а также сопоставление этих данных с результатами обследования в момент обращения к врачу.

Было выделено 3 группы: практически здоровые дети («здоровый диагноз»); дети, страдающие соматическими заболеваниями, что было отражено в амбулаторной карте развития («очевидный диагноз»); дети с объективно констатируемыми проблемами здоровья при отсутствии данных о заболеваниях на разных этапах развития («Невидимый диагноз»).

В группе детей с «невидимым диагнозом» отношение к соматическому здоровью ребенка соотносилось с отношением к его психическому неблагополучию, когда ребенок попадал в поле зрения психиатра при появлении грубой психопатологической симптоматики, в том числе суицидального поведения. Таким образом отмечается толерантность к отклонениям в здоровье вообще, связанная, возможно, с приоритетом других проблем в семье.

В качестве иллюстрации приводим случай больной К., 14 лет. Подросток из неполной, социально неблагополучной семьи госпитализируется в связи с социализированным расстройством поведения. В жалобах мама указывает на суицидальную попытку и нарушение влечений. При этом наблюдаемые в стационаре эмоциональное неблагополучие и когнитивные нарушения оказались вне сферы запроса. Данных о раннем развитии и перенесенных заболеваниях нет. При обследовании в стационаре обнаружили эндокринные заболевания и функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, не диагностированные ранее.

На противоположном конце континуума отношение к здоровью в семье детей со «здоровым диагнозом». Родители более чувствительны к изменениям самочувствия ребенка, особенно к феноменам предболезни, и подмечают отклонения в развитии ребенка. Поэтому их жалобы окрашены в тона беспокойства о своевременном развитии. Они также правильно оценивают психосоматические симптомы.

Так, больная С., 9 лет, проходила стационарное лечение с диагнозом «Органическое расстройство личности и поведения в форме когнитивных нарушений». На ранних этапах развития девочка перенесла различные соматические заболевания, в недавние несколько лет, как и на момент обращения за психиатрической помощью, соматически благополучна. Воспитывалась в неполной семье, родители своевременно обратили внимание на отставание в развитии девочки и поведенческие нарушения, с 4 лет многократно консультировалась у психиатра, 1 раз проходила стационарное лечение.

Здесь уместно как метафора высказывание Фридл, художницы и талантливого педагога середины XX века: «В спокойное, мирное время учитель может не допустить к уроку ученика, принесшего кисть не того размера, тогда как в войну было за счастье найти какую-нибудь кисть или кусочек войлока».

Промежуточное положение занимают дети с «очевидным диагнозом». Здесь возможно как адекватное отношение близких к болезненным состояниям ребенка, так и обращения за медицинской помощью, не обусловленные медицинскими показаниями (рентные установки, ипохондрические переживания законного представителя, скрытое отвержение ребенка, неосознанное стремление видеть ребенка слабым, больным, чтобы сохранять над ним контроль).

Иллюстрацией будет служить ещё одно наблюдение. Больной Р., 11 лет. Ребенок из асоциальной семьи госпитализирован в связи с расстройствами фобиче-

ского, тревожного круга и сиблингового соперничества. В жалобах мамы не столько собственно фобические и тревожные переживания сына, сколько различные аспекты внутрисемейного функционирования. Отмечается проявление довольно яркого перфекционизма, чувства собственной вины, высокого риска потерять работу как исключительно важного источника средств к существованию всей семьи. При этом отношение родителей к соматическим заболеваниям на всех этапах развития ребенка нормонозогностическое. В стационаре подтвердились выставленные ранее диагнозы соматических заболеваний.

Таким образом, выделенные группы могут являться примерами реализации валеологической культуры семьи на разных её уровнях. Так, обращаясь за медицинской помощью только в экстренном случае (как в семьях детей с «невидимым диагнозом»), семья реализует самый базовый уровень заботы о здоровье – сохранение жизни своей или окружающих, в остальных отношениях проявляя валеологическую «слепоту». Семьи с более высоким уровнем валеологической культуры (семьи детей с «очевидным диагнозом») ориентированы на обеспечении удовлетворительного качества жизни и приемлемого уровня адаптации членов семьи, что может выражаться в нормонозогностическом либо гипернозогностическом отношении к болезни. На высшем уровне валеологической культуры семьи приоритетными становятся проблемы развития и реализации индивидуального потенциала (что можно видеть на примере соматически здоровых детей).

Павленко Н.Г.

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЁНКА В СЕМЬЕ «ГРУППЫ РИСКА»

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

Соловьев Н.Я.[3] определил семью как малую социальную группу, с особой формой организацией быта, при супружеском союзе и на основе родственных связей. Благополучно функционирующая семья, - это семья, успешно выполняющая свою главную социальную нагрузку: передачу норм и правил, предписанных культурой и обществом молодому поколению; формирование моделей ролевого поведения и умения успешного установления межличностного контактирования и пр. Отсюда следует, что ребёнок благополучной семьи – это человек с позитивной и адекватной «Я-концепцией», плодотворно адаптированный в обществе.

Иная ситуация развития происходит в семьях группы риска. Несмотря на многочисленные определения такой семьи, можно, как нам кажется, с большой долей вероятности выделить разрушительное, десоциализирующее влияние такой семьи на формирование личности ребёнка, что и будет являться главным разграничивающим признаком семьи группы риска от благополучной семьи. Причины этого кроются в самых разных социально-психологических причинах: от алкоголизма родителей (родителя) и отсутствия одного из них, нарушения внутрисемейных отношений и ролей до психических отклонений, когда в силу заболевания родители не в состоянии оказывать должное воспитание ребёнку. Сюда же можно отнести и материальные проблемы, когда необходимость выживания заставляет родителей надолго оставлять детей без внимания.

Деформация личности ребёнка такой семьи начинается ещё в пренатальном периоде, когда появление его на свет по разным причинам несвоевременно либо вовсе нежеланно. Проявляясь на разных уровнях становления личности, ее де-

формация в конце концов выливается в различные поведенческие отклонения (девиантность, делинквентность, нигилизм, аморальность и пр.).

Французский психолог Рене Спитц [2], изучая синдром госпитализма, пришёл к выводу, что в его основе лежит дефицит общения и внимания. Начав изучение детей в ясельных домах и домах ребёнка, учёный пришёл к выводу, что подобное может развиваться и у детей из благополучных семей, если ребёнку не уделяется должного внимания и общения. Особенно страшные последствия данный синдром имеет у детей до 2-летнего возраста, порой приводя к смерти ребёнка.

Однако наиболее часто симптомы госпитализма проявляются именно у детей-сирот и у детей группы риска, так как именно там наиболее часто существует тотальное безразличие к ребёнку. Дефицит внимания приводит к глубокой подсознательной уверенности во враждебности окружающего мира, в ненужности своего существования, в тотальном безразличии людей. К 3-летнему кризису такой ребёнок уже глубоко уверен, что полагаться можно только на самого себя. Сотрудники службы социального патронажа хорошо знают, насколько более «спокойны» дети трёх лет семей группы риска по сравнению со сверстниками из благополучных семей. Крик, слёзы, возня – средство привлечения внимания к себе и своим проблемам. Ребёнок неблагополучной семьи уже твёрдо знает, что это бесполезно. К 7 годам про такого малыша скажут: «маленький старичок»: он не плачет, не требует сказки на ночь, не просит купить ему игрушки, не отпрашивается на улицу и сам приходит домой, когда проголодается. Но ценой такой самостоятельности становится бунтующий, агрессивный, нигилистический пубертат.

В подростковом возрасте, когда у ребёнка начинает складываться представление о себе как о взрослой личности, формируются идеалы, нормы и правила, на фундаменте, заложенном родителями, ребёнок семьи группы риска твёрдо знает лишь то, что мир агрессивен, а он одинок, и это знание составляет его чуть ли не единственное убеждение.

Второе же «знание» такого ребёнка – модель разрешения конфликтных ситуаций и аффективное наследование, о котором мы говорили выше. Способ разрешения проблем его родителей обычно прост: крик, ссора, агрессия, неудержимое влечение к алкоголю, запой. Вторичная выгода здесь очень проста. Результатом её является пассивное ожидание – либо само разрешится, либо решать ничего уже будет не надо. То есть, по сути, моделью решения является прямой или косвенный уход от проблемы, а прикрытием собственному бездействию служит аффективная окрашенность поведения. У подростка, кроме негатива и накопленного аффекта, нет средств к проявлению своей личности.

Нигилистически настроенная молодёжь из среды неблагополучия – это бунтари, заявляющие своей позицией о своей непохожести, о своём противопоставлении всем и вся. Отсюда же произрастает и желание попать нормы и правила общества, ярко заявить о нежелании меняться, хотя стоят за этим нежеланием неумение и незнание, как это сделать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьёв Н.Я. Брак и семья сегодня. - Вильнюс, 1997.
2. Теория семейных систем Мюррея Боуэна / Под ред. К. Бейкер, А. Варга. – М.: Когито-Центр, 2005.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ

Харьковский национальный медицинский университет (Украина).

На этапе реформирования системы здравоохранения предусматривается определение места и роли первичной медико-санитарной помощи, ее организации согласно принципам семейной медицины для обеспечения непрерывности медицинского мониторинга населения. Оказывая помощь нескольким поколениям семьи, врач первичного звена становится свидетелем внутренних проблем микросоциума, имеет возможность прогнозировать ожидаемые и непредвиденные переходы каждого из членов семьи в зону риска. У врача первичного контакта с семьей есть уникальная возможность оценивать составляющие среды, в которой появится ребенок, начиная с пренатального, а иногда и с периода прекоцепции, что позволяет своевременно осуществлять превентивные и коррекционные мероприятия.

На состояние физического и ментального здоровья детей в целом оказывают влияние не только медицинские факторы, но и отношение взрослых к выполнению своих родительских обязанностей, а также имеющиеся в обществе стереотипы взаимоотношений в системе «врач—родители—ребенок», предполагающие большую ответственность врача, нежели родителей. Сферу моральных оценок и требований на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи следует расширять не только со стороны семьи, но и со стороны врача с целью обеспечить права детей на безопасную среду, начиная с пренатального периода.

Глобальной проблемой с серьезными последствиями для физического и ментального здоровья ребенка являются насилие и жестокое обращение. Ежегодно в мире жертвами насилия становятся около 1 млн. детей. Согласно МКБ-10, синдром жестокого обращения с детьми (Т.74) включает в себя не только разные формы насилия, но и пренебрежение основными потребностями ребенка (Т.74.0), которое приводит к угрозе его здоровью, жизни и развитию. Невыполнение родителями своих обязанностей, начиная с пренатального периода, влияет на его внутриутробное развитие, постнатальную адаптацию и является одним из факторов риска синдрома жестокого обращения с детьми в контексте пренебрежения их нуждами. Система здравоохранения единственная в стране имеет регламентированный законом доступ к семье и ребенку, начиная с пренатального периода, а иногда и с периода прекоцепции, что позволяет управлять ситуацией профилактики жестокого обращения с детьми.

Особого внимания требуют семьи с девиантными и аддиктивными формами поведения, семьи из отдаленных районов сельской местности, социально незрелые семьи (родители в возрасте до 18 лет) с низким уровнем материнской и родительской компетентности и семьи, где один или оба родителя являются сиротами или воспитывались в интернатах. Выпускники учреждений для детей-сирот всю жизнь несут негативный опыт, полученный в детстве, испытывают трудности в формировании отношения к ребенку из-за отсутствия положительного опыта своей семьи. Работа с такими категориями семей на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в выявлении и передачи информации о семье в социальные службы, службы психологической помощи, а при необходимости в соответствующие юридические органы.

Реализация программы профилактики жестокого обращения с детьми требует междисциплинарного подхода, сосредоточенного на защите прав ребенка и воз-

возможности реализации его потенциала развития и здоровья. Междисциплинарный подход заключается в возможности взаимодействия с родителями, комплексного мониторинга детей и семьи специалистами различной направленности. Вовлечение родителей в качестве партнеров в процессы наблюдения, оценки состояния здоровья и развития ребенка, разработки и оказания услуг по улучшению качества жизни детей имеет медико-психосоциальное и общественное значение.

Внедрение междисциплинарного подхода в профилактике синдрома жестокого обращения с детьми на этапе первичной медико-санитарной помощи будет способствовать решению проблем взрослых и детей в условиях микросоциума, формированию у родителей (особенно у молодых и «проблемных») навыков осознанного подхода к здоровью и развитию ребенка. На основании психологического и социального анамнеза есть возможность своевременно выявить группы семей, дети которых впоследствии могут нуждаться в помощи, и обеспечить предоставление профессиональной помощи всем членам семьи в едином семейном пространстве в процессе длительного сопровождения. Определенный уровень вовлеченности и причастности медицинских специалистов, психологов, социальных работников к проблеме жестокого обращения с детьми, информирование населения о проблеме, обучение родителей, особенно из групп риска, преемственность в работе системы здравоохранения, социальной защиты, психологической помощи и юридических органов позволит выработать конкретные эффективные пути решения.

Позднякова О.В., И.В. Смолярчук И.В.

ГАРМОНИЧНОЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИТИВНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА ДОШКОЛЬНИКОВ

Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина (Тамбов).

В литературе практически отсутствуют сведения относительно взаимосвязи между характером детско-родительского взаимодействия и успешностью освоения социального опыта дошкольника, что и стало целью нашего исследования. Для нас позитивный социальный опыт дошкольника – интегративное личностное новообразование, представляющее собой совокупность социальных представлений и понятий, позитивного отношения и сопереживания, навыков социального взаимодействия.

В ходе изучения характера социального опыта у дошкольников мы применяли методики, позволившие оценить его по выделенным показателям, что обеспечило надёжность полученной информации и достоверность формулируемых выводов. В ходе обработки данных был произведен иерархический кластерный анализ. В первый кластер вошли дети со средними показателями сформированности социального опыта (33%), во второй с низкими показателями (49%), и третий кластер составили дети с высокими показателями (18%).

На втором этапе исследования мы изучили особенности детско-родительского взаимодействия в семьях дошкольников с высокими и низкими показателями социального опыта. Корреляционный анализ свидетельствует, что «удовлетворение потребностей» на высоком уровне значимости коррелирует со всеми компонентами социального опыта: самооценкой ($r=0,444$); адаптивным поведением ($r=0,536$), коммуникативными способностями ($r=0,345$); социальным статусом ($r=0,335$), эмпатией ($r=0,258$) и эмоциональными состояниями ($r=0,513$). Обратная корреляционная связь установлена между гипопротекцией и самооцен-

кой ($r=-0,543$), с адаптивным поведением ($r=-0,416$); между «недостаточностью требований – обязанностей» и самооценкой ($r=-0,373$), адаптивным поведением ($r=-0,328$), коммуникативными способностями ($r=-0,417$), эмпатией ($r=-0,336$).

Разработанная модель развития гармоничного детско-родительского взаимодействия как условия формирования позитивного социального опыта дошкольника и её реализация в практике ДОУ рассматривается нами как система, включающая следующие компоненты: целевой, организационно-деятельностный, содержательный и результативно-оценочный.

Методологическую основу составили: системный, личностно-деятельностный, субъект-субъектный подходы. Работа по развитию гармоничного детско-родительского взаимодействия строилась на принципах партнерского общения, безусловного принятия и рефлексии.

Главной задачей контрольного эксперимента стала оценка эффективности разработанной модели. Сравнительный анализ данных экспериментальной и контрольной групп представлен в табл. 1.

Таблица 1. Характер социального опыта дошкольников

уровни развития социального опыта	констатирующий этап эксперимента	контрольный этап эксперимента
экспериментальная группа		
высокий	14,0 %	50,8 %
средний	33,4 %	35,0 %
низкий	52,6 %	14,2 %
контрольная группа		
высокий	18,0 %	17,5 %
средний	33,0 %	35,0 %
низкий	49,0 %	47,5 %

Результаты контрольного этапа свидетельствуют, что «способность воспринимать состояние ребенка» на высоком уровне значимости коррелирует со всеми компонентами социальной адаптации: самооценкой ($r=0,484$); адаптивным поведением ($r=0,567$), коммуникативными способностями ($r=0,453$); социальным статусом ($r=0,533$), эмпатией ($r=0,528$) и эмоциональными состояниями ($r=0,513$). «Понимание причин состояния ребенка» коррелирует с самооценкой ($r=0,534$), с адаптивным поведением ($r=0,461$), коммуникативными способностями ($r=0,419$) и эмпатией ($r=0,362$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что гармоничное детско-родительское взаимодействие представляет собой процесс сотрудничества родителей и детей, на основе со-деятельности, эмоционального принятия, партнерства и способствует формированию позитивного социального опыта дошкольников.

Поспелова Т.Г.

САМООПРЕДЕЛЕНИЕ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ СЕМЕЙНОЙ СИТУАЦИИ

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Проблемы самоопределения молодежи и проблемы семьи тесно взаимосвязаны, так как образ жизни, ценностные ориентации и поведение молодежи в какой-то мере обусловлены условиями социализации, атмосферой родительской семьи, ее семейной культурой и актуальной ситуацией. При этом в условиях динамичных

и радикальных социальных трансформаций социализационные возможности семьи меняются, так как семье самой приходится перестраивать всю смысловую сферу своей жизнедеятельности, адаптироваться к новой социальной реальности. Влияние на самоопределение молодежи семьи, оказавшейся в сложных жизненных обстоятельствах, становится неоднозначным и может сопровождаться изменением характера совместной жизнедеятельности, отсутствием общих перспектив, появлением межпоколенческих конфликтов, утратой смысла жизни, уверенности в себе ее членов, различных видах деструктивного поведения.

Результаты социологических исследований в рамках программы «Молодежь России» отражают некоторые аспекты этой проблематики. Так, результаты, полученные в ходе крупномасштабного опроса учащейся молодежи (8000 респондентов), проведенного в конце 90-х годов в Санкт-Петербурге, показывали, что у пятой части молодежи довольно часто случаются ситуации, которые кажутся безвыходными, у 30% отсутствуют жизненные планы, у 37% возникают мысли о самоубийстве. При этом 37% респондентов (47% юношей и 30% девушек) имели опыт знакомства с наркотиками. Примерно пятая часть молодых людей, принимавших участие в исследовании, с тревогой, страхом и отчаянием смотрела в будущее. Согласно результатам исследования, одним из факторов-предикторов обращения молодежи к наркотикам являлись различные виды семейного неблагополучия. Наиболее важными оказались психологические факторы, которые значительно повышали риск формирования у молодежи аддиктивных зависимостей. Постоянные конфликты с родителями отмечали почти 60% респондентов, полное отсутствие взаимопонимания с родителями (особенно с отцом) - 20%.

Результаты аналогичного социологического опроса, проведенного в 2007 г. в рамках проекта ECAD – Европейские города против наркотиков, показали, что примерно 20% респондентов имело опыт употребления наркотиков, у 10% опрошенных возникали мысли о самоубийстве, 16% молодых людей с тревогой и неуверенностью смотрят в будущее.

При этом результаты многих исследований свидетельствуют о том, что семья является жизненно важной ценностью для большинства молодых людей, а качество семейной жизни является условием жизненного успеха. Однако известно, что эволюция семейных отношений на протяжении последних десятилетий протекает в драматической борьбе традиционных и современных стереотипов и моделей семейного поведения, сопровождается проявлением социокультурных противоречий, гендерных конфликтов и новых социальных проблем. Результаты регулярных кросскультурных исследований в этой сфере отражают тенденции изменений популярности различных аспектов брака.

Результаты наших исследований также фиксируют гендерную гетерохронность изменений брачно-семейных ориентаций: для юношей в большей мере характерно сохранение ориентаций на традиционные модели семейной жизни, большая часть девушек ориентируется на современные модели организации и качество семейной жизни.

Значительное влияние на самоопределение молодежи в сфере брачно-семейных отношений оказывает современная государственная демографическая политика. По данным социологических опросов, подавляющее большинство молодых людей имеет просемейные ориентации, создание семьи занимает ведущее место в структуре жизненных планов и является для них показателем жизненного успеха. Большинство молодых респондентов ориентируется на зарегистрированный брак и двухдетную семью.

Понятие «жизненный успех» занимает в последнее время лидирующие позиции в структуре ценностных ориентиров общества, становится целевым атрибутом жизнедеятельности, условием благополучия и фактором социальной стратификации. Активная пропаганда обязательной успешности оказывает давление на мировоззрение и социальные установки молодежи. Понятие «жизненный успех» коррелирует с понятием «благополучие», но обладает определенной спецификой, которая представляет интерес для социологии молодежи. А.А. Козлов отмечает, что отношение к понятиям «успех» и «успешность» варьирует в различных группах молодежи, отражает приверженность к определенным общественным идеалам, содержит устойчивые комбинации признаков.

Результаты исследований на стыке социологии молодежи и социологии семьи затрагивают актуальные проблемы самоопределения, социализации и самореализации молодежи, преемственности паттернов семейного поведения, которые могут транслироваться из поколения в поколение.

Современная социальная работа с семьей и молодежью ориентирована на интеграцию исследовательских, образовательных и практических программ, поиск новых ресурсов для повышения социальной и психологической компетентности молодежи. Специально разработанная на факультете социологии СПбГУ компьютерная программа «Социография семьи» предназначена для комплексных исследований семейной проблематики, анализа объективных состояний семейных систем и их субъективных интерпретаций членами семьи, коррекции семейных отношений, укрепления межпоколенческих связей и отношений, профилактики семейного неблагополучия.

Русаковская О.А.

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СПОРАХ О ВОСПИТАНИИ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

В последние годы расширилась практика проведения судебно-психологической (СПЭ) и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз (КСППЭ) по судебным спорам о воспитании детей родителями, проживающими раздельно (гражданские споры об определении места жительства детей, об определении порядка общения ребенка с родителем, проживающим отдельно, об ограничении родительских прав лиц, страдающих психическими расстройствами). При этом основным предметом судебной экспертизы по спорам о воспитании детей является имеющее правовое значение установление возможного негативного влияния психического состояния (при наличии психического расстройства), индивидуально-психологических особенностей и особенностей стиля воспитания каждого из родителей на психическое состояние и особенности психического развития ребенка. Методологические основы экспертного подхода к правовой защите детей разрабатываются в ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» с 2003 г. Обобщение экспертной практики, теоретических подходов к проблеме психологии развития свидетельствует о принципиальной невозможности построения парадигмальной экспертологической модели в спорах о воспитании детей с разработкой однозначных экспертных критериев. В то же время, в некоторых случаях изучение социально-психологических особенностей семейной ситуации и КСППЭ ребенка и обоих родителей позволяют сделать прогностический вывод о негативном влиянии на психическое здоровье ребенка его проживания и/или определенного по-

рядка общения с родителем (как при наличии, так и при отсутствии у данного родителя психического расстройства).

При психических расстройствах, протекающих с острой или хронической психотической симптоматикой, родитель может представлять для ребенка непосредственную опасность, что является основанием для ограничения его родительских прав.

Неспособность к полноценному осуществлению родительских обязанностей у родителей, страдающих органическими и личностными расстройствами, синдромом зависимости от психоактивных веществ, психическими заболеваниями, протекающими с дефицитарной симптоматикой, может выражаться в невозможности осуществлять достаточный контроль за состоянием здоровья, поведением, режимом, социальными связями ребенка, получением им образования и т. д.. В подобных случаях важное экспертное значение имеют данные об уровне социальной адаптации ребенка, о поддерживающем окружении семьи, а также результаты психолого-психиатрического обследования несовершеннолетнего с оценкой его личностных особенностей и потребностей в таком контроле.

У лиц, страдающих шизотипическим расстройством, параноидным расстройством личности в нескольких случаях патопсихологические особенности (искажение смыслового восприятия, недостаточная способность к учету ситуации, трудности понимания мотивов поведения окружающих, в том числе ребенка) определяли столь выраженную неадекватность поведения, своеобразие представлений о воспитании, вычурность воспитательных методов, что давалось экспертное заключение о том, что родитель может нанести вред психическому состоянию и развитию ребенка при совместном проживании, а в одном случае - и при общении с ребенком без присутствия третьих лиц (в последующем данный родитель решением суда был ограничен в родительских правах).

При наличии у ребенка хронического заболевания, требующего по жизненным показаниям постоянного медицинского наблюдения и лечения (например, метаболические расстройства), особое значение приобретает оценка способности родителя, страдающего психическим расстройством, обеспечить ребенка необходимой медицинской помощью.

В отношении родителей, не страдающих психическими заболеваниями, заключения о негативном влиянии на психическое здоровье и развитие ребенка наиболее часто выносились в следующих случаях: при выявлении у родителя индивидуально-психологических особенностей, определяющих эмоционально отвергающее или жестокое обращение с ребенком и обуславливающих стойкое негативное отношение ребенка к родителю; при выявлении патологизирующего стиля воспитания, при котором организованная родителем ситуация развития ребенка и методы воспитания приводили к усугублению имеющихся у ребенка особенностей, нарушающих социальную адаптацию, и вызывали ухудшение психического здоровья.

В ситуациях, когда отдельно проживающий родитель на протяжении длительного времени не поддерживал отношения с ребенком, отношение ребенка к нему не было сформировано, ребенок не включал его в состав своей семьи, экспертное заключение о возможном негативном влиянии возобновления общения с родителем на психическое состояние ребенка давалось с учетом как результатов психолого-психиатрического обследования родителя, так и индивидуально-психологических и патопсихологических особенностей ребенка (уровня его тревожности, склонности к невротическим реакциям).

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Кировская государственная медицинская академия¹ (Киров), Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева² (Санкт-Петербург).

В исследованиях качества жизни больных эпилепсией подчёркивается влияние заболевания на психосоциальное функционирование пациентов и их близких родственников. Родители детей, страдающих эпилепсией, непосредственно осуществляют лечебно-реабилитационные мероприятия, обеспечивают комплаенс, формируют личность и внутреннюю картину болезни ребенка.

Целью нашего исследования являлось изучение качества жизни и оценка психоэмоционального состояния родителей детей, страдающих эпилепсией.

Методы и материалы исследования. В исследовании участвовали 120 родителей детей, страдающих эпилепсией не менее одного года. В контрольную группу были включены 95 родителей здоровых детей. Критерии исключения: отсутствие психических и соматических заболеваний на момент проведения исследования. Применялись психодиагностические методики: опросник качества жизни ВОЗ КЖ-26, шкала самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин), шкала самооценки депрессии (В. Зунг, Т.И. Балашова).

Результаты исследования. В ходе исследования выявлены достоверно ($p \leq 0,001$) низкие показатели общей оценки качества жизни родителей детей, страдающих эпилепсией, ($87,9 \pm 11,6$) в сравнении с контрольной группой родителей здоровых детей ($104,5 \pm 7,5$). Исследование структуры качества жизни родителей показало более низкие показатели в сферах, которые опосредованно ассоциированы с заболеванием ребёнка – это физическая боль и дискомфорт, жизненная энергия и усталость, сон и отдых, способность выполнять повседневные дела, недостаток возможностей для отдыха и развлечений, избыток отрицательных и недостаток положительных эмоций, неудовлетворённость личными взаимоотношениями, низкий уровень социальной поддержки, финансовые затруднения и повышенная потребность в качественной доступной медико-социальной помощи. В процессе исследования психоэмоциональной сферы родителей детей, страдающих эпилепсией, были выявлены достоверно ($p \leq 0,001$) высокие показатели по шкале депрессии ($43,1 \pm 6,7$), реактивной ($35,8 \pm 8,8$) и личностной ($58,8 \pm 11,2$) тревожности в сравнении с показателями по шкале депрессии ($34,4 \pm 8,8$), реактивной ($23,8 \pm 5,9$) и личностной ($36,8 \pm 5,3$) тревожности родителей практически здоровых детей. 76% родителей детей, страдающих эпилепсией, имели высокую реактивную тревожность, 100% - высокую личностную тревожность, 22% - лёгкую депрессию. Корреляционный анализ выявил достоверную ($p \leq 0,001$) зависимость низких показателей сфер качества жизни (физической, психологической, духовной, независимости, социальных отношений, окружающей среды) и высоких значений уровня депрессии, реактивной и личностной тревожности родителей детей, страдающих эпилепсией.

Обсуждение и выводы. Исследование показало низкое качество жизни родителей детей, страдающих эпилепсией, наиболее низкие показатели отмечены в сферах, опосредованно ассоциированных с эпилепсией детей: физической, психической, духовной, независимости, социальных взаимоотношений, окружающая среда. Высокий уровень реактивной тревожности родителей детей, страдающих эпилепсией, отражает глубину субъективных переживаний, беспокойства и озабо-

ченности заболеванием детей. Высокая личностная тревожность родителей детей, страдающих эпилепсией, свидетельствует о личностной предрасположенности к устойчивым состояниям тревоги, беспокойства и внутреннего напряжения, что, в свою очередь, негативно отражается на стрессоустойчивости, самооценке, социальной активности. Состояние лёгкой депрессии, диагностированное у родителей детей, страдающих эпилепсией, является следствием длительной стрессовой ситуации и эмоционального напряжения, что является предрасполагающим фактором к формированию тревожно-депрессивных и психосоматических состояний.

Исходя из полученных данных, нами разработана программа психообразовательной работы с родителями детей, страдающих эпилепсией, направленная на профилактику и коррекцию психоэмоциональных расстройств, повышение психологической стрессоустойчивости. Психообразовательная программа условно разделена на блоки. Психологический блок, направленный на расширение стратегий разрешения проблем повседневной жизни, навыков эффективного совладания со стрессами, поиск ресурсных приоритетов в системе ценностных ориентаций. Психотерапевтический блок, включающий профилактику развития, своевременное выявление и коррекцию психоэмоциональных расстройств, обучение релаксационным методикам самопомощи. Психообразовательные мероприятия могут быть реализованы в форме групповых и индивидуальных занятий с использованием всех доступных способов информирования: беседы, лекции, диалоги, обсуждения, презентации, буклеты, публикации в СМИ.

Толчинская Л.В., Дробинина О.Ю.

ИСТОКИ СОСТОЯНИЯ ФРУСТРАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Центр психолого-медико-социального сопровождения «Юго-Запад»,
Центр образования № 117 (Москва).

В исследовании мы основываемся на определении фрустрации, где фрустрация понимается как психическое состояние, возникающее в условиях сильной мотивированности достичь цели (удовлетворить значимую потребность) и наличия препятствия, непреодолимого или субъективно так понимаемого, что выражается в характерных особенностях переживания и поведения.

Цель исследования: выявить связь между нежеланностью рождения ребенка и состоянием фрустрации в подростковом возрасте.

Методологической основой исследования являются: принцип детерминизма, принцип развития психики в деятельности, теория отношений В.Н. Мясищева, получившие подтверждение в работах многих психологов и психотерапевтов. Родительская любовь, рассматриваемая в качестве «отношения», выступает как сознательная, избирательная основанная на опыте психологическая связь родителя с ребенком, выражающаяся в действиях и реакциях родителя.

Анализ результатов. В результате обследования матерей подростков 15-17 лет ГБОУ СОШ № 102 и центра психолого-медико-социального сопровождения «Юго-Запад» г. Москвы из 377 подростков было выявлено 280 желанных детей (принимаемых, любимых, соответствующих ожиданиям матери) и 97 человек, кто испытал на себе в той или иной степени момент нежеланности (отвержения) со стороны матери. Анкетирование выявило наиболее распространенные мотивы нежеланности рождения ребенка (по А.И. Захарову): 1) преждевременный ребенок,

помешавший реализовать запланированное (закончить обучение, построить карьеру); 2) лишний ребенок; 3) нежеланный по полу ребенок и 4) случайный ребенок.

Исследование психологических особенностей желанных и нежеланных подростков: рассматривался общий (интегральный) уровень социально-психологической адаптации и отдельно качества, способствующие адаптации. На эмоциональном уровне адаптационные параметры составили такие характеристики, как самооценка психических состояний. Были использованы следующие методики: «Диагностика социально-психологической адаптации» (СПА) (К. Роджерс, Р. Даймонд); тест-опросник самооценки психических состояний (Г. Айзенка).

В результате исследования установлена связь между нежеланностью рождения ребенка и состоянием фрустрации в двух группах: подростков группы № 1, ($n=97$), группы № 2 «желанных» подростков, ($n=280$). В группе №1 (нежеланных детей) больше половины учащихся (53%) показали высокий уровень фрустрации, среднее значение – 28% и низкое значение – 19% старшекласников. В группе № 2 (желанных детей) 33% учащихся показали высокий уровень фрустрации, среднее значение – 57% и низкое значение – 10% старшекласников.

По итогам нашего исследования установлена связь между нежеланностью рождения ребенка с высоким и низким уровнем фрустрации. С помощью многофункционального статистического критерия ϕ^* - углового преобразования Фишера определена статистическая значимость данной связи ($p \leq 0,01$, $\phi^*=10,2$ и $\phi^*=3,40$). Отрицательная корреляционная связь $\phi^*=-0,2$ выявлена между нежеланностью и средним уровнем фрустрации. Мы объясняем это тем, что нежеланный подросток испытывает в большинстве случаев высокий уровень фрустрации потому, что он боится трудностей, не готов их преодолевать, у него нет поддержки со стороны значимых людей. Либо, наоборот, - низкий уровень фрустрации в ситуации избегания неудач: ухода от деятельности, когда он готов избегать трудности, отрицать наличие проблемы.

Обнаружена значимая корреляционная связь между нежеланностью рождения ребенка и состояниями агрессии и тревожности. Статистическая значимость данной связи ($p \leq 0,01$).

Выявлены различия в проявлении фрустрации. В группе нежеланных подростков связь состояния фрустрации и агрессии подтверждена с помощью r_s -критерия ранговой корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты исследования в целом подтверждают выдвинутую гипотезу о тенденции к проявлению состояния фрустрации у нежеланных детей. Изначальная мотивация беременной женщины и дальнейшее отвержение ребенка оказывают значительное влияние на развитие агрессивности, тревожности и низкой фрустрационной толерантности. Стресс, пережитый ребенком во время внутриутробного развития, а также в период новорожденности влечет за собой формирование у него недоверия к окружающему миру, трудностей социальной адаптации. Одним из основополагающих способов предупреждения фрустрации может выступать гармонизация эмоционального состояния матери в период беременности, а также развитие материнских чувств у девушек юношеского возраста.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ,
ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

Карагандинская областная школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (Казахстан).

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается повышенный интерес к изучению детей с особенностями развития и в частности детей с нарушениями двигательного аппарата. Наименее изученными в этой группе являются дети с детским церебральным параличом. Количество детей в этой группе имеет тенденцию к возрастанию (2-4 на 1000 новорожденных), что обуславливает необходимость детального изучения всех аспектов психологического развития, данной группы детей.

Цель: формирование внутри семьи психологического здоровья у родителей и детей, исходным компонентом которого является системный личностно-ориентированный подход.

Задачи: улучшить внутрисемейное функционирование; улучшить межличностные коммуникации в семье.

Научная новизна и теоретическая значимость. Основываясь на анализе литературы и собственных исследованиях, можно определить структуру программы, формы и методы работы с семьей.

Специфика программы коррекционных занятий. Отбор способов включения родителей в совместный с детьми психокоррекционный процесс позволит учитывать характер сложных эмоционально-оценочных связей, специфику взаимоотношений в семье. Межличностные отношения в семье во многом зависят от характера сложившихся связей. Они строятся, как правило, по принципу «нравится-не нравится» и включают в себя представления членов семьи о свойствах характера и поведенческих поступках друг друга.

На психологическом уровне у матери ребенка наблюдается стресс, имеющий пролонгированный характер, который оказывает сильное доминирующее воздействие на психику других членов семьи и становится уровнем резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье уклада. На социальном уровне наблюдается резкая утрата социальных контактов, семья малообщительна, избирательна в контактах. В целях успешной интеграции семьи в социум, улучшения внутрисемейных отношений была создана программа занятий, для детей вместе с родителями.

В данной программе реализуется поэтапное включение родителей и детей в психокоррекционный процесс: первый этап - установки взаимодействия (первые три занятия); второй этап - работа с внутрисемейными отношениями (последующие четыре занятия). Такое построение программы направлено на постепенное введение родителей и детей в психокоррекционную работу, выработку субъект-субъектных отношений в процессе функционирования семьи. Тематический план занятий позволяет сделать психокоррекционный процесс постепенным, позитивным и уникальным для каждого участника занятий. Формы работы, используемые в программе: групповая работа, работа в парах, индивидуальная работа. Технологии, используемые в работе: интегративные психотерапевтические практики, ароматерапия, сенсорные стимулы.

Рекомендации по построению занятий.

Каждое занятие начинается с определенного настроения на занятие, ритуала приветствия. В начале занятия объявляется тема (можно проводить обмен инфор-

мацией о состоянии участников). Далее проводится информирование по теме, проводятся упражнения.

Метод интервьюирования является одним из структурных компонентов процесса занятия. Вопросы могут быть открытыми или закрытыми, это позволяет участникам задуматься, включить их в обсуждение, высказать собственную точку зрения. Выполнение заданий может осуществляться в парах, по одному, или в группе. При выполнении задания остальные участники имеют возможность наблюдать, анализировать, высказывать свое мнение.

Условия проведения психокоррекционных занятий.

Для проведения занятий необходимо выбрать светлое, просторное помещение, желательно вдали от шумных мест. Помещение должно быть теплым и уютным, исключая резкие цветовые перепады (желательно мягкие, светлые тона). В помещении должно быть мягкое ковровое покрытие, удобные кресла, столы. Для занятий необходимо применение магнитофона с набором дисков с классической, инструментальной музыкой, быстрыми и медленными композициями.

Рекомендации по оценке эффективности.

Оценка эффективности основана на наблюдении, беседе, анкетировании, тестах. На данных занятиях в качестве диагностического инструментария используется метод семейной социогаммы как для детей, так и для родителей, что является уникальным инструментом оценки эффективности, а также результаты исследования тревожности, анкетирования, роста числа индивидуальных консультаций с родителями и количества запросов детей, уровня групповой сплоченности.

Данные по оценке эффективности программы:

По результатам анализа семейных социогамм, изменения прослеживаются в сокращении расстояния кругов, обозначающих членов семьи непосредственно в круге семейной социогаммы у 28% участников. Так как занятия проводились в течении полугода, можно было отследить изменение числа запросов и консультаций в психологической службе.

Цыганкова Ю.И., Баз Л.Л.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ВОСПИТАНИЯ В СВОЕЙ СЕМЬЕ У ДИЗАДАПТИРОВАННЫХ УЧАЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА

Московский городской педагогический университет (Москва).

Исследователи выделяют основные факторы, влияющие на адаптацию и социализацию у ребенка, - семью, социальное окружение, школу, другие воспитательные и образовательные учреждения. Если ребенок не усваивает положительный социальный опыт, не может адаптироваться к образцам поведения и требованиям общества, то процесс социализации нарушается, а поведение ребенка становится социально дизадаптированным. Одним из основных институтов адаптации ребенка является семья. Считается, что неадекватные методы воспитания ребенка приводят к нарушениям психического развития и поведения ребенка. В свою очередь, усвоенные в детстве сценарии семейного воспитания будут воспроизводиться выросшими детьми при взаимодействии с собственными потомками.

В нашем исследовании мы изучали у подростков, учащихся колледжа, сложившиеся представления о методах воспитания, применяемых матерями по отношению к ним.

Гипотеза: Родительские установки на воспитание своих детей находят отражение в существующем образе семьи у детей подросткового возраста. Подростки

с дизадаптированным стилем поведения имеют отличный образ своей семьи от подростков с адаптивным поведением.

Цель исследования: сравнить представление о типе собственного семейного воспитания у адаптированных и дизадаптированных учащихся колледжа.

Методы исследования. 1. Метод социометрии Я. Морено. 2. Изучение самооценки личности старшеклассника Г.Н. Казанцева. 3. Опросник анализа семейного воспитания (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера. Студентов просили заполнить опросник от имени их матерей. 4. Метод экспертных оценок адаптации учащихся, оценивающий успеваемость, пропуски занятий, проблемы при взаимодействии с преподавателями, посещение кружков и общественных мероприятий.

Ход исследования. Исследование состояло из двух этапов. Первоначально из 120 учащихся первого курса колледжа (студентов 16 лет) по результатам методов социометрии и экспертных оценок данных учителями было отобрано две группы по 15 человек. По методике социометрии Я. Морено были выявлены аутсайдеры, которые вошли в группу дизадаптированных. У таких студентов часто не складываются взаимоотношения с одноклассниками и с педагогическим составом образовательного учреждения. В контрольную группу вошли 15 человек – студенты, адаптированные к обучению в колледже. По всем выбранным параметрам группы имели статистически значимые различия.

На втором этапе исследования две группы адаптированных и дизадаптированных учащихся колледжа по 15 человек заполняли опросник анализа семейного воспитания Э.Г. Эйдемиллера так, как бы его заполнили их матери. Результаты опросника по двум группам студентов были сравнены с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты и анализ результатов исследований.

Было найдено, что дизадаптированные студенты имеют неадекватно завышенную самооценку ($U_{\text{эмп}}=0 \leq U_{\text{кр}}=72$, $p \leq 0.05$). Были выявлены статистически значимые различия в восприятии подростками воспитательных мер воздействия, применяемых их матерями, только по одной шкале - «Воспитательная неуверенность родителя»: группа дизадаптированных студентов превосходит по показателям шкалы группу адаптированных. Родитель идет «на поводу» ребенка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его же мнению, никак нельзя. Это проявляется в стиле воспитания, называемым потворствующая гиперпротекция, либо свидетельствует о просто пониженном уровне требований. В семье происходит перераспределение власти между родителями и подростком в пользу последнего.

Возможно, отсутствие «руководства» со стороны родителей приводит к отсутствию потребности у подростка соблюдать нормы поведения, требования к учебному процессу, принятому в колледже, нежеланию участвовать в общественной жизни учебного коллектива.

Выводы.

1. Дизадаптированные студенты имеют более высокую самооценку, чем адаптированные.

2. При оценке методов воспитания, применяемых к ним матерями, дизадаптированные студенты отмечают более высокие показатели по шкале «Воспитательная неуверенность родителя» у своих матерей.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО МИРА РЕБЕНКА ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Белорусский государственный педагогический университет (Беларусь).

Д

остаточно частой причиной появления отклоняющихся форм поведения у детей и закрепления их в качестве девиаций является существенное недоразвитие эмоционального мира ребенка, его упрощение и искажение. Профилактика девиаций, а также коррекция уже существующих проблемных форм поведения возможна через усложнение эмоционального мира, через его культурное развитие, которое происходит в активном взаимодействии ребенка и взрослого. Именно в контакте со взрослым возможно обучение причинному объяснению эмоциональных переживаний людей и культурным формам их выражения и регуляции. Усваивая обозначения эмоций, предлагаемые значимыми взрослыми, и осуществляя понимание эмоций других людей, ребенок начинает производить сравнение, обобщение эмоциональных переживаний, учится их регулировать. Основной линией развития эмоционального мира ребенка, обогащения эмоционального реагирования и формирования сложных опосредованных эмоциональных образований является **развитие возможности понимать эмоциональные переживания другого человека**. Размышления ребенка о своих и чужих эмоциональных переживаниях дает ему возможность перейти из позиции пассивного переживающего субъекта, заложника своих эмоциональных состояний в позицию субъекта, активно познающего и регулирующего свои эмоциональные переживания.

Можно выделить следующие основные направления развития у детей понимания эмоциональных переживаний других людей:

1. Обозначение эмоционального состояния словом. Называние эмоционального состояния словом позволяет зафиксировать отдельное эмоциональное переживание как специфическое явление жизни человека, выделить и обобщить его основные признаки и свойства. Употребление слова и развитие его значения дает ребенку возможность вмешаться в непосредственный, преходящий, «текущий» характер эмоции, опосредовать ее, внести в нее связанные со словом мыслительные операции. Словесный знак является тем необходимым средством, посредником, с помощью которого происходит преобразование естественных эмоциональных процессов в высшие опосредованные формы. Словесное опосредование должно охватывать весь процесс психологической коррекции. Образы художественного текста и обозначение настроения, которое они вызывают, необходимое «нащупывание» в этом процессе с помощью взрослого подходящего слова дает возможность детям расширить словарь, содержащий обозначающие эмоциональные состояния слова.

2. Формирование способов выделения качественных признаков эмоциональных состояний людей. Качественные признаки включают в себе непосредственную информацию о присутствии эмоционального состояния у человека, об его интенсивности и своеобразии. В эту группу признаков входят *внутренние переживания и внешние проявления* эмоционального состояния. Для понимания эмоции необходимым является узнавание, фиксация и воспроизведение с помощью слов и образных выражений внешних и внутренних проявлений эмоций. Увеличение объема и качества информации об эмоциональных состояниях других людей можно начинать с подражания мимике, интонации голоса и пантомимическим движениям людей, находящихся в определенном эмоциональном состоянии.

3. Формирование способов восприятия и анализа реальности эмоциональных переживаний других людей.

а) *Сопереживание и сочувствие.* Восприятие реальности эмоциональных переживаний другого человека происходит непосредственно через заражение эмоциями друг друга, которое осуществляется на основании подражания наиболее выразительным мимическим проявлениям эмоций. Использование в коррекционной работе сюжетно-ролевой игры приводит к обогащению эмоционального опыта детей, стимулирует их деятельность в познании сферы эмоций и чувств людей.

б) *Определение причин возникновения* эмоциональных переживаний у другого человека. Соотнесение возникшей эмоции с событиями, происходящими в объективной действительности, дает ребенку возможность выявить то, что послужило причиной возникновения определенного эмоционального состояния. Возможность осмысления предметного содержания эмоции появляется в том случае, когда определяется эмоциогенный объект действительности, а также оценивается его значение для переживающего субъекта. Однако определить его значение для субъекта можно в том случае, если имеется представление о детерминантах внутренней активности субъекта: о его намерениях, целях, мотивах, особенностях прошлого опыта. Таким образом, осознание и вербализация ребенком смысла эмоционального состояния связаны с восстановлением в значениях его мотивационной обусловленности, осознанием породивших его отношений.

в) *Определение следствий переживания* другим человеком эмоционального состояния. Понимание эмоционального состояния другого человека предполагает умение выявлять влияние того или иного эмоционального состояния на дальнейшую деятельность переживающего субъекта. В процессе понимания возможно уточнение последствий влияния эмоциональных переживаний на изменение поведения и деятельности человека. Определение следствий переживания человеком того или иного эмоционального состояния базируется на знаниях о поведении других людей, установлении причинно-следственных связей между эмоциональным состоянием человека и его поведением, основывается на рефлексии собственного опыта эмоциональной регуляции деятельности.

Гарганеев С.В.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ, КЛИНИКО-СОЦИЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Томская клиническая психиатрическая больница (Томск).

В настоящее время прослеживается рост нехимических форм аддиктивных расстройств (АР) у подростков (гемблинга, зависимость от общения) наряду с ростом химических форм АР и многообразием расстройств поведения (РП) [3]. В связи с этим актуальна ранняя диагностика АР у подростков, изучение их динамики и прогнозирование [2].

Цель исследования: изучение взаимосвязи клинических, психологических и социальных факторов РП у подростков с последующим выделением прогностических факторов риска формирования АР.

Обследованы 850 подростков (средний возраст $15,7 \pm 1,8$ г.) с диагнозами «расстройства адаптации» и «расстройства поведения»: расстройства адаптации ($n=101$), социализированное расстройство поведения ($n=359$), несоциализированное расстройство поведения ($n=313$), смешанное расстройство поведения и эмо-

ций ($n=77$). В структуре расстройств поведения были выявлены аддитивные формы поведения, такие как употребление пива ($n=421$), наркотических веществ ($n=106$), гемблинг ($n=74$), зависимость от общения ($n=134$), интернет-зависимость ($n=54$), сочетанные формы ($n=61$). Применялись методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический. Статистическая обработка с использованием логистического регрессионного анализа позволила выявить, наряду с общеизвестными факторами риска дизадаптивных расстройств (наследственная отягощенность, дефекты воспитания, дизадаптирующая среда, делинквентность, антиципационная несостоятельность) [1], факторы, отражающие психическое состояние и психосоциальное функционирование подростков, обеспечивающие прогнозирование аддитивных расстройств.

Психопатологические проявления, их выраженность и взаимосвязь с психологически значимыми событиями, сочетающиеся с «поиском» подростком (а в ряде случаев родителями) заболевания, «только не связанного с выпивкой (наркотиками, играми, компьютером)», наряду с немотивированными опасениями и страхами по поводу собственной несостоятельности, ущербности, во многих случаях препятствуют своевременному выявлению АР. В практической деятельности эти состояния интерпретируются как «нормы реакции» или пубертатный криз и дают основание уменьшить контроль со стороны родителей и тем самым упустить момент манифестации АР. Многообразие клинических проявлений РП, общих с расстройствами поведения при зависимостях, детерминируется рядом факторов. На психическое состояние подростков с АР оказывают влияние делинквентность ($p=0,027$), семейная дизадаптация ($p=0,012$), длительность стресса в семье ($p=0,001$) и в подростковой группе ($p=0,002$). Психологическое состояние отражает высокую тревожность ($p=0,022$), антиципационную несостоятельность ($p=0,002$), психопатизацию ($p=0,0001$), зависимость ($p=0,0022$), актуальность нереализованных возможностей ($p=0,0015$), чувства вины ($p=0,002$). Прогностическим признаком АР явился страх несостоятельности ($p=0,0075$).

В психическом состоянии подростков были выявлены депрессивные реакции с преобладанием РП, эмансипационное поведение, делинквентное поведение. Степень тяжести РП не зависела от социализированности подростка. Коморбидные психопатологические синдромы, присущие зависимому поведению (поисковое поведение, психологическая зависимость, абстинентные состояния) ($\chi^2=32,640$; $p=0,001$), выявлялись в структуре основного РП. Таким подросткам были присущи групповая делинквентность, психопатизация, гебоидное поведение.

Полиморфизм психопатологической симптоматики был наиболее выражен при расстройствах адаптации с преобладанием РП и при смешанном расстройстве поведения и эмоций, проявляющемся сочетанием поведенческих и депрессивных расстройств. При несоциализированном и социализированном расстройствах поведения преобладала делинквентность с поисковым поведением, направленным на аддитивный объект.

Анализ актуального психического состояния подростков с РП и АР, относящихся к разным формам дизадаптации, позволяет выделить доминирующие симптомы дизадаптивных расстройств и обозначить взаимосвязь АР и дизадаптивных РП. С усложнением структуры и по мере утяжеления течения РП наблюдалось нарастание частоты аддитивных поступков, усложнение структуры АР. Прогрессирование АР в структуре РП сопровождалось усилением интенсивности поискового поведения и приобретением черт поведения, специфичных для аддитивного. Это позволяет сделать вывод о наличии общих определяющих симптомокомплексов и коморбидности РП и АР.

В структуре депрессивной и фобической симптоматики в рамках РП характерными симптомами были страх «сойти с ума» и страх психической неполноценности по сравнению с другими подростками.

У подростков с расстройствами адаптации и выраженностью психопатологических расстройств верификация клинических признаков АР затруднительна. При обращении за помощью к психиатру в связи с яркостью психопатологических нарушений АР не всегда выявлялись, а лишь «подразумевались», что служило фактором стигматизации для подростка.

Прогнозирование АР у подростков с РП определяется их временной динамикой. Факторами, определяющими прогноз, являются возраст начала АР, длительность коморбидных состояний и латентного периода АР.

У подростков с расстройствами адаптации факторами прогнозирования АР являлись высокая тревожность ($p=0,001$), доступность аддитивных объектов в семье ($p=0,0021$), длительность расстройств поведения ($p=0,003$). Стресс в подростковой группе ($p=0,0219$), страх за свое будущее ($p=0,0251$), страх психической ущербности ($p=0,0198$) явились триггерами АР.

У подростков с РП основными симптомами являлась делинквентность ($p=0,001$), зависимость ($p=0,001$), психопатизация ($p=0,016$). Важными факторами прогноза явились психопатоподобное поведение при социализированном и несоциализированном расстройствах поведения ($p=0,004$) и депрессия при смешанном расстройстве поведения и эмоций. АР детерминировались старшим возрастом ($p=0,001$), регрессией ценностей ($p=0,0027$), отвержением правил, законов ($p=0,001$), антиципационной несостоятельностью ($p=0,0353$), тревожностью ($p=0,042$). В случае исходного смешанного расстройства поведения и эмоций аддиктивные расстройства были сопряжены с выраженностью депрессии ($p=0,002$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. – М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
2. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
3. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. - СПб.: Речь, 2007. - 768 с.

Геронимус И.А., Гришина А.Н.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КОНОПЛИ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ МОЛОДЕЖИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Национальный научно–исследовательский центр наркологии (Москва).

В настоящее время вопрос о влиянии потребления каннабиноидов на организм человека остается дискуссионным. Сравнительные обследования групп лиц, регулярно употреблявших препараты конопли, и лиц, воздержавшихся от ее употребления, свидетельствуют о таких последствиях систематического употребления, как снижение интеллектуальных способностей (способности к пониманию, абстрактному мышлению, обучению), ухудшение внимания [1]. Тем не менее, в некоторых исследованиях эти выводы не подтвердились [4]. Хроническое употребление каннабиноидов оказывает воздействие также на многие системы организма: дыхательную (вызывая эмфизему, хронический бронхит); сердечно-сосудистую (увеличивая риск ишемии и инфаркта миокарда, приступов ишемиче-

ской болезни) [5, 6] и др. Однако, эта точка зрения не является единственной. Так, исследования D. Tashkin не подтверждают влияние курения марихуаны на функцию легких [7]. Несмотря на разнообразие точек зрения о последствиях систематического употребления препаратов конопли, можно утверждать, что по крайней мере в значительном количестве случаев оно представляет высокую опасность для здоровья.

Результаты наших исследований показывают, что каннабинойды остаются одним из наиболее популярных наркотиков среди лиц молодого возраста. В докладе представлены основные результаты исследования распространенности употребления каннабинойдов среди различных категорий лиц молодого возраста в контексте имеющейся на данный момент информации о последствиях систематического употребления каннабинойдов для здоровья.

В 2012–2013 учебном году исследование распространенности потребления психоактивных веществ (ПАВ) проводилось в одном из московских колледжей. В нем приняли участие 158 человек, средний возраст которых составил от 17 до 20 лет. Обследование проводилось методом анонимного анкетирования с использованием анкеты ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), адаптированной к возрасту испытуемых и целям исследования [8]. Анкета включала вопросы о курении, употреблении алкоголя и наркотиков, а также ряд вопросов, посвященных информированности о ПАВ, отношении к их употреблению и доступности.

Согласно полученным результатам, за последние 12 месяцев препараты марихуаны или гашиша употребляли 18,9% процентов опрошенных, а 7,6% опрошенных употребляли препараты конопли за последний месяц, что может свидетельствовать о систематическом употреблении.

Другое исследование распространенности употребления препаратов конопли проводилось в 2011 г. среди студентов одного из московских ВУЗов [3]. В исследовании принял участие 57 человек. В качестве тестового материала также использовалась адаптированная к этой возрастной группе версия анонимной анкеты ESPAD. Средний возраст испытуемых составил 23 года. По результатам исследования, 8% испытуемых отметили, что употребляли препараты марихуаны или конопли в течение года, а 2% опрошенных – что употребляли марихуану в течение последнего месяца.

Эти результаты можно сопоставить с результатами мониторинга ситуации с употреблением препаратов конопли Всемирной организации здравоохранения у 15-летних подростков, согласно которым в РФ 5% опрошенных употребляли препараты конопли за последние 12 месяцев, при этом 1% отнес себя к группе регулярно употребляющих. [3]

Приведенные данные свидетельствуют о высокой распространенности каннабинойдов среди различных категорий молодежи. Особенно высокий уровень потребления зафиксирован среди студентов среднего профессионального образовательного учреждения, что может быть связано, как высоким уровнем социально-психологического неблагополучия в этой социальной группе, так и с возрастными особенностями студентов колледжей. В этой связи можно говорить о высокой актуальности проведения систематической профилактической работы, направленной на предотвращение распространения аддиктивного поведения среди лиц молодого возраста.

1. Аштон А.С. Неблагоприятные последствия каннабиса и каннабиойдов // Наркология, № 9, 2009.
2. Всемирный доклад о наркотиках за 2010 год. - М. УП ООН, 2010.

3. Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Гришина А.Н. Распространенность и гендерные особенности употребления препаратов конопли в студенческой среде // Вопросы наркологии. 2012. № 6. - С. 62-69.
4. Циммер Л., Морган Дж. Марихуана: мифы и факты. - М., Анахарсис, 2002.
5. Hall W. The respiratory risk of cannabis smoking // Addiction. – 1998/ - Vol. 93. - P. 1461-1463.
6. Lawson T.M., Rees A. Stroke and transient ischeamic attacks in association with substance abuse in a young man // Postgrad. Med. – 1996. - Vol.72. – P. 692-693
7. Tashkin, Donald P., et al. Heavy habitual marijuana smoking does not cause an accelerated decline in FEV1 with age // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 1997, № 1 (155). _ C. 141-148.
8. The Espad Report 2011 // Substance Use Among Students in 36 European Countries / B. Hibell, U. Guttormsson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, L. Kraus P. – 2011. – P. 39-52.

Гильбурд О.А.

ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОГО ТОКСИКОНАРКОТИЗМА В КОНТЕКСТЕ ЭВОЛЮЦИОННОЙ БИОЛОГИИ

Сургутский государственный университет ХМАО–Югры (ХМАО–Югра).

На протяжении последних десятилетий синхронно с прогрессирующим распространением в России различных форм токсиконаркотизма предпринимаются более или менее скоординированные попытки взять под контроль, стабилизировать этот стихийный процесс и, по возможности, добиться хотя бы тенденции к снижению уровня наркотизации, прежде всего, в подростковой среде. Однако приходится констатировать крайне низкую эффективность реализуемых профилактических программ. Понять, каковы причины данного феномена, помогает его эволюционный анализ, который позволяет дискриминировать два взаимосвязанных, по нашему мнению, видоспецифических свойства человека: 1) масштабное стремление к немедицинскому потреблению психоактивных веществ с целью достижения состояний изменённого сознания; 2) потребность и способность к созданию феноменов культуры, возникающих как результат творческой деятельности.

Творчество предполагает создание чего-либо принципиально нового, оригинального, доселе не существовавшего. Поэтому творческий акт всегда экстраординарен и требует наличия т. н. вдохновения, которое при ближайшем рассмотрении соответствует характеристикам изменённого, альтернирующего состояния сознания и несовместимо с обыденным, повседневным воспроизведением привычных стереотипов, безусловно совершенно необходимых для нормальной жизнедеятельности человека. Однако, для репродукции стандартов вполне достаточным является обычное, ясное, неизменённое сознание. Таким образом, потребность в сотворении культурных продуктов в качестве фундаментально-облигатного условия диктует необходимость в определённый момент качественно изменить сознание человека, по крайней мере, до степени альтернирующего.

Известно, что в архаических культурах посредством альтернирующего сознания обеспечивается периодическое взаимодействие между рациональным миром людей и иррациональным миром духов и божеств. Эта буферная функция яв-

ляется исключительной прерогативой культурно-элитарной касты шаманов и колдунов, достигающих изменения сознания употреблением токсических средств.

Экзогенное токсическое изменение сознания с целью достижения творческого вдохновения может быть с успехом заменено эндогенным. Любой стресс, включая депривационный и фрустрационный, приводит к активизации перекисного окисления липидов, разрушающего структурный слой клеточных мембран, что ведёт к прозрачности гемато-энцефалического барьера. То есть формируются условия повышенной уязвимости головного мозга, в особенности юных и потому наиболее хрупких неокортикальных структур, которые становятся мишенью для эндотоксинов. Кроме того, стрессовое воздействие сопровождается компенсаторной гиперпродукцией эндогенных опиоидов, потенцирующих токсиконаркотическую модификацию сознания.

Таким образом, можно постулировать токсичность культуры в человеческом сообществе. С неодарвинистских позиций социобиологии макросоциальный феномен токсиконаркотизма представляет собой результат генно-культурной коэволюции вида. В архаическом обществе нарушитель «токсиконаркотического табу» уничтожается или изгоняется. Распространение токсиконаркотизма в современной цивилизации отражает отрицание общепризнанных авторитетов и идеалов, девальвацию моральных нормативов, разрушение естественной биосоциальной иерархии, стремление субмиссивной массы к отождествлению себя с доминантной элитой – по существу, всеобщее безудержное потребление психоактивных веществ контекстуально равнозначно превращению храма в хлев.

Несложно убедиться, что отечественные методы превенции токсиконаркотизма ориентированы исключительно на устранение социальных факторов и полностью игнорируют его эволюционно-биологическую природу. Неудивительно, что при таком концептуально ущербном подходе любая система профилактических мер оказывается неэффективной, попросту обречённой на провал.

Токсиконаркотизм у подростков входит в число факторов потенциальной гибели, нередко сочетаясь в период пубертатного криза с актами прямой аутодеструкции, суицидальными действиями и способствуя накоплению «критической массы» аутоагрессии. В традиционных, архаических культурах этот феномен регламентирован жесткими ритуальными рамками, поскольку социальным нормативом поведения подростка здесь является систематическая тренинговая подготовка и последующее прохождение обряда инициации, который обычно связан с преодолением какой-либо опасности через символическую «смерть» и «второе рождение» во взрослом статусе. Весьма вероятно, что физиологическая необходимость обрядовой инициации обусловлена возрастными колебаниями уровня эндогенных опиоидов, относительный дефицит которых в созревающем организме стабильно восполняется в ходе тренинга, как отмечено выше, регулярными физическими и психологическими стресс-нагрузками. Современная цивилизация полностью исключила инициацию как этап культурного онтогенеза индивидуума, не предложив какой-либо адекватной замены, не создав более позднего эволюционного аналога. Даже её советские рудименты – посвящение в октябрята, пионеры и комсомольцы – отторгнуты постсоциалистическим социумом. Напрашивается вывод, что повсеместная распространенность и высокий уровень потенциально губительных форм аутоагрессивного поведения, в т. ч. токсиконаркотизма, среди подростков и есть результат перманентного функционирования биологически необходимого, а потому аутохтонно возникшего на современном этапе человеческой эволюции аналога традиционной инициации – как наиболее простого способа компенсации дефицита эндорфинов и «игры в смерть».

**ОЦЕНКА ОБЩИХ ДЛЯ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РИСКОВ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ
НА ФОРМИРОВАНИЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Национальный научный центр наркологии (Москва).

Основной целью деятельности учреждений образования (общеобразовательных и профессиональных) является формирование полноценной, развитой личности, имеющей устойчивую потребность в познании и творчестве, умеющей максимально реализовать себя, самоопределившись предметно, социально, профессионально, личностно. Комфортные условия образовательной среды позволяют ребенку правильно организовать свое свободное время, сферу направленностей и интересов, в то время как отсутствие данных условий будет способствовать развитию асоциальных склонностей и аддиктивной направленности. Эффективность образовательной среды во многом обусловлена наличием положительного эмоционального климата, личностного благополучия ее субъектов, особенностей микрокультуры, качества воспитательно-образовательного процесса. В связи с этим одним из важнейших аспектов вопросов профилактики возникновения рисков в образовательной среде и формирования аддиктивного поведения среди молодежи является создание безопасной, комфортной образовательной среды. Отсутствие стандарта, критериальных эталонов психологической безопасности образовательных учреждений затрудняет оценку как общих, так и специфичных факторов, способствующих развитию аддиктивного поведения в образовательном пространстве, а соответственно и создание мер профилактики специфичных для конкретной образовательной среды.

Одним из важных показателей психологической безопасности образовательного учреждения является отсутствие насилия и агрессивного поведения в образовательной среде между ее субъектами. В образовательных учреждениях можно наблюдать различные виды насилия: *физическое насилие; психическое (эмоциональное); пренебрежение интересами и нуждами ребенка*. Можно выделить основные признаки психического насилия в школе: угрозы в адрес обучающегося; преднамеренная изоляция обучающегося; предъявление к обучающемуся чрезмерных требований, не соответствующих возрасту; оскорбление и унижение достоинства; систематическая необоснованная критика ребенка, выводящая его из душевного равновесия; постоянная негативная характеристика обучающегося; демонстративно негативное отношение к обучающемуся.

В 2012 г. было проведено анонимное исследование, направленное на определение общих проблем, препятствующих эффективному взаимодействию субъектов образовательной среды, а также представляющих потенциальные факторы риска формирования аддиктивного поведения детей и подростков. Использовался специально разработанный отделом профилактики употребления психоактивных веществ среди лиц молодого возраста ФГБУ ННЦ Наркологии опросник, направленный на изучение рисков образовательной среды, оказывающих влияние на формирование аддиктивного поведения подростков и лиц молодого возраста. Исследование проводилось на базе средних общеобразовательных школ города Москвы. В исследовании приняли участие учащиеся 7-8 классов – 384 подростка (184 девушки и 200 юношей), средний возраст респондентов составил 14 лет.

В ходе исследования было выявлено, что во многих школах присутствует жестокое обращение с учащимся как со стороны учителей, так и со стороны сверст-

ников. 129 человек из числа опрошенных признались, что регулярно сталкиваются с проявлениями физического и психологического насилия со стороны учителей (оскорбления, угрозы, агрессия, насилие, избиения, издевательства). Более 180 учащихся признают, что сталкиваются с открытой вербальной агрессией по отношению к себе со стороны персонала школы. Помимо непосредственного проявления агрессии со стороны учителей, 221 учащийся отмечает, что учителя провоцируют проявление агрессии со стороны ученика.

97 человек признались, что регулярно сталкиваются с проявлением физического и психологического насилия к себе со стороны сверстников в школе, включающих в себя оскорбления, угрозы, агрессию, насилие, избиение и другие издевательства. При этом большинство учащихся отмечает, что в школе отсутствует систематическая воспитательная работа по предотвращению насилия в образовательной среде. Всего 146 человек отмечают, что такая работа ведется от случая к случаю.

Таким образом, можно отметить в качестве общих для системы образования проблем: наличие открытых, агрессивных форм поведения как со стороны учителей, так и со стороны учащихся, провокация агрессивного поведения в образовательной среде, а также отсутствие единой системы мероприятий по предотвращению жестокого обращения и насилия в детском коллективе. Бессистемная работа по формированию психологической безопасности в образовательной среде будет способствовать развитию различных форм психологического неблагополучия, что, в свою очередь, может влиять на развитие девиантного, делинквентного и аддиктивного поведения учащихся. Низкая заинтересованность педагогов в физической и психологической безопасности образовательной среды, помимо повреждающего воздействия на психологическое благополучие обучающихся, препятствует внедрению и реализации профилактических программ, снижающих вероятность употребления наркотических и психоактивных веществ подростками и молодежью.

Даниленко О.В., Корнева И.Н., Тихонова Я.Г.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВОЙ
НАРКОЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА**

**Орский гуманитарно-технологический институт (филиал Оренбургского
государственного университета (Оренбургская обл.).**

Для России употребление несовершеннолетними и молодежью алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ) превратилось в проблему, представляющую угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раз, а ненаркотическими ПАВ – в 11,4 раза чаще, чем взрослые. В Оренбуржье ситуация, связанная с потреблением наркотических средств остается напряженной и имеет выраженную тенденцию к обострению. Ухудшение наркоситуации наблюдается в настоящее время и в малых городах.

Анализ документации, представленной КДН И ЗП, ПДН ОВД г. Новотроицка показал, что за период 2007-2012 гг. было поставлено на учет за употребление спиртных напитков, токсических, наркотических веществ 144 несовершеннолетних. В основном они являются учащимися различных образовательных учреждений, 9 из них не учатся и не работают. Большинство лиц, поставленных на учет за употребление спиртных напитков, а также токсических и наркотических веществ,

находится в возрастной категории от 15 до 17 лет. Удручает тот факт, что на учете состоят ребята в возрасте 10 и 7 лет.

С учетом актуальности проблемы подростковой наркозависимости нами разработана программа по профилактике наркомании и алкоголизма среди несовершеннолетних и формированию здорового образа жизни на 2012-2017 гг. «Центр содействия укреплению здоровья учащихся» при поддержке ООО УК «Металлоинвест» (далее – Центр).

Деятельность Центра в условиях городской среды увеличивает возможности подростка в формировании собственной стратегии поведения, активной позиции, основанных на культуре здоровья и здорового образа жизни, отказе от употребления наркотиков и алкоголя за счет постоянного расширения «здорового социума» с учетом возможностей города – центра науки, культуры, спорта, политического и промышленного центра, постоянно привлекая новых партнеров-единомышленников, дополнительные ресурсы с учетом потенциала города. Центр при правильно организованном взаимодействии лечебно-профилактических и других учреждений – «здорового социума» с педагогическим коллективом становится важным звеном в государственной системе сохранения и укрепления здоровья населения.

Цель работы Центра: создание условий для формирования у подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни как одному из главных путей для достижения успеха, личностной позиции в отношении употребления алкоголя и ПАВ; уменьшение количества вовлечений учащихся в зависимость от вредных привычек и повышение внимания к проблеме их профилактики.

В основу работы центра положена модульная система, которая включает в себя 6 модулей:

- научно-исследовательский;
- образовательно-воспитательный;
- оздоровительно-социально значимого досуга;
- социально-психологический;
- медико-профилактический;
- юридический.

Основные целевые группы, на которые направлен проект: преподаватели, родители, учащиеся.

Ключевую позицию в реализации основных направлений программы занимает тьютор. Основными функциями тьютора в отношении обучающихся являются: сбор информации о состоянии и процесса обучения, и воспитания обучающихся; осуществление целеполагания; мотивация и вовлечение обучающихся в здоровый образ жизни; управление деятельностью и мыследеятельностью обучающихся; коррекция деятельности обучающихся; контроль; рефлексия деятельности (своей и обучающихся).

В результате сформируется личность подростка, владеющая следующими умениями:

- нести личную ответственность за собственное здоровье;
- уметь противостоять факторам риска, негативным средовым факторам, принимать позицию пропагандиста здорового образа жизни;
- правильно оценивать социальные привычки, связанные со здоровьем;
- уметь находить новые, верные решения в вопросах сохранения здоровья;

— осознавать и принимать семью как главный фактор воспитания здорового поколения, передачи культурных ценностей, сохранения нации, ее биологического и социального генофонда.

Евлашкина Н.М.

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ И ЕЕ
ВЛИЯНИЕ НА АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ
С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ОБУЧАЮЩИХСЯ
В СПЕЦИАЛЬНЫХ ШКОЛАХ**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Целью исследования стало комплексное изучение влияния различных аспектов социальной ситуации развития (стиля семейного воспитания, школьной ситуации, мотивации общения) на агрессивное поведение подростков с девиантным и условно нормальным поведением.

Исследование проводилось в два этапа. Всего в исследовании приняли участие 256 подростков 12–16 лет: 128 обучающихся спецшколы для детей с девиантным поведением (экспериментальная группа), 128 обучающихся массовой школы (контрольная группа). Были использованы следующие **методики**: методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, опросник «Подростки о родителях» («ADOR»), опросник «Взаимодействие родитель–ребенок» И.М. Марковской, опросник «Школьная ситуация» В.К. Зарецкого, А.Б. Холмогоровой, Тест-опросник измерения мотивации аффилиации А. Мехрабиана.

I этап исследования был посвящен изучению связи стилей семейного воспитания и агрессии. По результатам методики диагностики показателей и форм агрессии, группу «специальная школа» отличают от контрольной группы статистически значимо более высокие значения как по общему индексу агрессии, так и по всем ее формам (физической, вербальной, косвенной).

При исследовании стилей родительского воспитания было выявлено, что в семьях подростков с девиантным поведением чаще встречаются нарушения гармоничных детско-родительских отношений, чем в семьях подростков контрольной группы.

Методом регрессионного анализа было выявлено, что конstellляции параметров родительского воспитания, влияющие на проявление агрессивного поведения у подростков с девиантным и условно нормальным поведением, различны. Так, на проявление агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением влияет сочетание таких факторов, как непринятие подростка родителями, непоследовательность родительского воспитания, высокая строгость и враждебность родителей ($F=96,743$, $p<0,01$). А на проявление агрессивного поведения у подростков с условно нормальным поведением влияет непринятие подростка родителями, непоследовательность родительского воспитания, низкая требовательность и эмоциональная дистанция между родителями и детьми ($F=90,437$, $p<0,01$).

На II этапе изучалась связь школьной ситуации и мотивации общения с агрессивным поведением у подростков. Исследование основных параметров школьной ситуации у подростков также показало отличие группы «специальная школа» от контрольной группы. Так, подростки с девиантным поведением продемонстрировали значимо более низкие показатели по шкалам «отношение к учебе» $p=0,003$, «трудности в учебе» $p=0,000$, «прогулы» $p=0,000$, «отношения с друзьями» $p=0,023$, «досуг» $p=0,000$ и «общий показатель школьной ситуации» $p=0,000$,

что свидетельствует о менее благоприятной школьной ситуации у подростков с девиантным поведением.

Регрессионный анализ данных показал, что значения показателя агрессии зависят от выраженности трудностей в учебе, числа прогулов и уровня конфликтности отношений с учителями ($F=10,28$, $p<0,01$): чем благоприятнее школьная ситуация подростка, тем ниже уровень агрессии. Конstellация факторов школьной ситуации, составивших конечную модель регрессии для подростков с условно нормальным поведением, включает меньшее количество переменных. Так, на общий уровень агрессии у подростков из массовых школ влияет сочетание параметров «общая школьная ситуация» и «трудности в учебе» ($F=13,852$, $p<0,01$).

В исследовании мотивации общения также были выявлены различия между группой «специальная школа» и контрольной группой. Подростков с девиантным поведением отличают значимо более низкие показатели по стремлению к принятию $p=0,000$ и значимо более высокие показатели по страху отвержения $p=0,035$. Такая структура мотивации общения говорит о том, что у подростков из «специальной школы» предыдущий опыт отношений с другими сформировал ожидание неуспеха в установлении отношений принятия.

Результат регрессионного анализа показал, что наличие у подростков с девиантным поведением высоких показателей по страху отвержения в сочетании с низкими показателями стремления к принятию способствует возрастанию общего индекса агрессии ($F=11,233$, $p<0,01$). В этом исследовании также выявились отличия в конstellации предикторов агрессии выборки «массовая школа» от «специальной». Так, в выборке подростков с условно нормальным поведением на проявление общего индекса агрессии ($F=16,588$, $p<0,01$) статистически значимое влияние оказывает только страх отвержения.

Полученные данные свидетельствуют о наличии специфических особенностей социальной ситуации развития подростков с девиантным поведением, обучающихся в специальных школах, и подтверждают влияние выделенных аспектов социальной ситуации развития на агрессивное поведение. Результаты исследования указывают на необходимость организации комплексной работы специалистов, занимающихся оказанием психолого-педагогической помощи подросткам из спецшкол.

Злова Т.П.¹, Ишимбаева А.Н.², Ахметова В.В.³

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ В ЗАБАЙКАЛЬЕ

Центр ментального здоровья «Альянс»¹ (Москва), Краевая психиатрическая больница № 1², Издательство «Молодой ученый»³ (Чита).

Целью работы стало установление эпидемиологических особенностей суицидов среди детей и подростков, проживающих в Забайкальском крае.

Исследование проводили в три этапа: анализ завершенных самоубийств (ретроспективный, по данным Госстатистики и бюро СМЭ), попыток (ретроспективно, по историям болезни и очно), «суицидального риска» в общей популяции (проспективный одномоментный скрининг).

Выявлено, что уровень смертности по причине самоубийств у детей и подростков в Забайкальском крае кратно выше, чем в РФ, что, вероятно, связано с социально-экономическими неблагополучием в регионе. Уровень жизни в Забайкалье в целом ниже общероссийского. Согласно официальным статистическим дан-

ным, Забайкалье входит в первую пятерку регионов РФ со сверхвысокими показателями распространенности убийств, самоубийств и алкогольной зависимости во взрослой популяции. В регионе ежегодно увеличивается миграционная убыль населения.

Анализ динамики смертности от самоубийств в Забайкалье за последние 13 лет позволил условно выделить два периода: 1) увеличение показателей (1999-2003 гг.) с максимальным уровнем в 2002 году (30,2 на 100 000); 2) некоторое снижение – от 26,4 в 2004 году до 16,9 на 100 000 в 2010 году. В 2011 году показатель вновь увеличился (24,3 на 100 000), однако оценивать его можно лишь в динамике.

Большую часть среди погибших от суицида составляют: мальчики (гендерное соотношение 3-3,5 : 1); подростки (соотношение лиц 0-14 лет и 15-19 лет 2:1 - 7:1); проживающие в сельской местности (соотношение жителей села и города 2:1). Наиболее распространенным способом завершенных самоубийств является самоповешение (74%). Суициды совершаются в вечерние и дневные часы (72%). Более трети самоубийств (39,5%) дети и подростки совершают в состоянии алкогольного опьянения.

Анализ парасуицидов показал, что за период с 1995 по 2011 гг. в стационары краевого центра Забайкалья (г. Чита) по поводу суицидальной попытки были госпитализированы 584 человека в возрасте до 18 лет, среди которых преобладали девочки (77%), подростки (87%). Большая часть парасуицидов совершена респондентами в вечерние и дневные часы (74%); в квартире по месту проживания (91%); в состоянии алкогольного опьянения (23%). По способу – это чаще были случаи полимедикаментозного отравления лекарственными препаратами (как наиболее доступный способ).

Клинически у большей части парасуицидентов диагностировано наличие пограничной психической патологии с нарушениями волевых и аффективных психических процессов (70% детей и 55% подростков). Наиболее часто это «реакция на тяжелый стресс с нарушением адаптации» (по МКБ-10, F43.20, F43.21, F43.22 – у 81% детей и 55% подростков). У 13% респондентов выявлен отягощенный семейный анамнез по суицидам, 11% совершили попытку повторно.

По результатам скринингового анализа, суицидальные тенденции выявлены у 61% детей и подростков, при этом в 46% случаев они достигают уровня суицидальных замыслов и намерений. Суицидальный риск более выражен: у девочек (69% против 43% у мальчиков); старших подростков; респондентов с низким уровнем образования (в обычных школах по сравнению с профильными – 50% против 41%; в ПУ в сравнении с ВУЗами 81% против 67%); детей из дисгармоничных семей; воспитанников детских домов.

Ведущими просуицидальными мотивациями у детей и подростков являются «невыносимость страдания» и «манипуляция другими». Среди антисуицидальных мотиваций имеются как конструктивные (религиозная, моральная, когнитивная), так и психологически приемлемые для детско-подросткового возраста (ожидание перемен к лучшему, нарциссическая и этическая).

С учетом особого внимания в последние годы к этнокультуральным аспектам в психиатрии, отдельно нами был проведен анализ эпидемиологии суицидов в детско-подростковой популяции Агинского бурятского района края (до 2008 года имел статус автономного округа). Выявлено, что особенностью суицидального поведения детей и подростков бурятской национальности, проживающих в изучаемом районе Забайкалья, является сдвиг его в сторону более тяжелых форм (замыслов, намерений и следующих за ними суицидальных действий), о чем свиде-

тельствуют: 1) показатели завершенных самоубийств у детей и подростков, превышающие таковые по Забайкальскому краю в 2,8 раз; 2) более brutальные способы парасуицидов и, соответственно, тяжелое соматическое состояние при поступлении в стационар; меньшее количество попыток в состоянии алкогольного опьянения; 3) низкий суицидальный риск, выявленный при скрининговом обследовании детей и подростков, в данном случае также не является позитивной тенденцией, а свидетельствует, вероятно, о сокращении продолжительности периода формирования суицидальных тенденций. Безусловно, выявленные этнокультуральные особенности требуют дальнейшего изучения с позиций факторной их обусловленности. Однако, следует отметить, что высокая суицидальная активность у лиц бурятской национальности зарегистрирована и в других регионах РФ, в частности в соседней с Забайкальем Иркутской области (Ворсина О.П., 2012).

Полученные в ходе исследования данные были доложены на заседаниях МЗ Забайкальского края, инициирована работа по формированию кризисной службы в регионе. В марте 2012 года принято распоряжение регионального МЗ №463 «О мониторинге законченных случаев суицидальных попыток».

Калинина Н.В., Буторин Г.Г.

**ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ
ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У
ПОДРОСТКОВ**

Челябинский государственный педагогический университет (Челябинск).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических и динамических особенностей становления органического расстройства личности (ОРЛ) в конгениальной связи с резидуально-органическим психосиндромом.

Критериями отбора в группу испытуемых служило наличие всех признаков психопатического расстройства личности, которые согласно взглядам отечественной психиатрии и медицинской психологии отвечали всем особенностям клинической картины органической психопатии и соотносились с критериями органического расстройства личности по МКБ–10; наличие пре-, пери-, и ранних постнатальных поражений головного мозга, подтвержденных психопатологическими, клинико-психологическими, неврологическими и параклиническими исследованиями; наличие изменений психики по «органическому» типу при патопсихологическом обследовании. К критериям исключения относились психопатические расстройства другого генеза.

Были изучены 115 подростков мужского пола в возрасте от 16 до 20 лет. Становление ОРЛ было прослежено клинико-динамическими, клинико-психопатологическими, психологическими и клинико-анамнестическими методами, при этом использовались данные медицинской документации, характеристики родителей, воспитателей, педагогов, непосредственная оценка клинического статуса психиатрами при периодических поступлениях пациентов в стационар до 18-летнего возраста, динамика психологических заключений. Все клинические показатели оценивались как по МКБ-10, так и согласно отечественным типологическим и классификационным характеристикам.

Клиническое наблюдение осуществлялось одновременно в двух группах: в основной группе – 80 подростков со стационарно установленным диагнозом ОРЛ и контрольной – 35 пациентов того же возраста с психопатоподобными синдро-

мами церебрально-органического генеза без признаков формирования психопатии.

В основной группе наблюдений были выделены две подгруппы, отличающиеся друг от друга степенью тяжести.

Результаты исследования позволили с полным основанием утверждать, что установление стационарного характера первоначальных психопатических реакций в младшем детском возрасте (от 0 до 6-7 лет) с элементами стереотипно повторяющихся патохарактерологических проявлений по возбудимому, истерическому и астеническому типам и есть этап начальных клинических проявлений ОРЛ, или органической психопатии.

Второй этап – развернутых клинических проявлений – охватывал допубертатный период (до 11-12 лет), отличался полиморфностью клинических проявлений. Его начало адресовалось ко второму возрастному критическому периоду (6-8 лет), совпадавшему с началом школьного обучения.

Третий этап – исходный – завершал становление ОРЛ, или органической психопатии, при котором наблюдалось отчетливое структурирование ведущего психопатологического синдрома. Границы этапа находились в прямой корреляционной взаимосвязи с половым метаморфозом и относились к возрасту от 12 ± 0.8 до 16 ± 1.7 лет.

Средние сроки завершения формирования органической психопатии (ОРЛ) относились к возрасту 16 ± 1.7 лет. При этом исход выраженной степени несколько опережал умеренную и сопровождался образованием эпилептоидного и истерического типов. Кроме того, в период пубертатной декомпенсации тяжесть клинических проявлений усугублялась присоединением различных форм аддиктивного поведения, что несколько усложняло структуру психопатического синдрома, приближая ее в некоторых случаях к мозаичному варианту с включением черт неустойчивости чаще всего возникала комбинация эксплозивно-неустойчивого, истероидно-неустойчивого типов.

Таким образом, исследование, проведенное на вполне репрезентативной группе наблюдений, позволило уточнить основные клинические этапы становления ОРЛ (по МКБ-10), определить основные типы на завершающем этапе ее формирования, проследить взаимодействие формирующихся психопатических феноменов с дизонтогенетическим развитием, обусловленным резидуально-органической церебральной патологией.

Климчук О.В.

**ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Астраханская государственная медицинская академия (Астрахань).**

В классификации наркологических заболеваний выделяются состояния, характеризующиеся в большей или меньшей степени регулярным злоупотреблением тем или иным психоактивным веществом (ПАВ) без признаков зависимости, но с формированием в результате систематического употребления ПАВ различных соматических осложнений, вторичных психических расстройств, либо социально негативных последствий. Эти состояния отражены в МКБ-10 в разделе F1x.1 «Употребление психоактивных веществ с вредными последствиями». Несовершеннолетние с психическими расстройствами представляют собой группу риска

по употреблению ПАВ. Помимо этого, аддиктивному поведению детей и подростков способствуют причины социального и психологического характера, а также причины, связанные с возрастными кризисами. Период начала употребления ПАВ является ключевым моментом в формировании наркотической зависимости. Нужно отметить, что этот этап в настоящее время постепенно сдвигается к более раннему возрасту, когда личность ребенка еще не сформирована, неустойчива, очень чувствительна к влиянию внешних факторов, т. е. постоянно действующих условий.

На базе детских отделений ОГУЗ «Психиатрия» и ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» г. Астрахани было проведено исследование историй болезни пациентов, госпитализированных в период с 2005 по 2012 гг. При сопоставлении данных было выявлено, что из 632 больных, получавших лечение в ОГУЗ «Психиатрия» за этот период 103 (16,3%) также были госпитализированы в ГБУЗ «Областной наркологический диспансер». В данной группе преобладают три нозологических единицы: наиболее часто встречаются органические поражения ЦНС различного характера и этиологии (раздел F07 МКБ-10) – 38,83% (40 человек), социализированное расстройство поведения (F91.2) – 27,18% (28 человек) и легкая умственная отсталость (F70.19) – 26,21% (27 человек). Значительно реже встречаются умеренная (F71.18) и тяжелая (F72.18) умственная отсталость – 1,94% (2 человека) и 0,97% (1 человек) соответственно; эпилепсия (G40) – 1,94% (2 человека); смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8) – 1,94% (2 человека); несоциализированное расстройство поведения (F91.1) – 0,97% (1 человек).

Все пациенты ГБУЗ «Областной наркологический диспансер», имевшие в анамнезе госпитализации в ОГУЗ «Психиатрия», получали стационарное лечение по поводу донозологических форм употребления ПАВ. Синдромов психической и физической зависимости ни у кого из исследуемых выявлено не было. Наиболее распространенной формой употребления ПАВ в подростковом возрасте является поисковый полинаркотизм, в связи с этим у большинства лиц из исследуемой группы имеют место несколько наркологических диагнозов одновременно. Так, пагубное употребление табака (F17.1) встречается в 91,26% случаев (94 человека), алкоголя (F10.1) – в 78,64% (81 человек), летучих растворителей (F18.1) – в 22,33% (23 человека), каннабиноидов (F12.1) – в 15,53% (16 человек), курительных смесей (не классифицированы) – в 3,88% (4 человека) и галлюциногенов (F16.1) – в 1,91% (2 человека).

Изменения личности подростка на донозологическом этапе обусловлены усилением потребностей в употреблении ПАВ и снижением ценностного ранга других потребностей. При патохарактерологическом развитии личности, характерном для несовершеннолетних с психическими расстройствами, на передний план выступают такие черты, как отсутствие волевых задержек, зависимость поведения от минутных желаний и влечений, и мотивацией злоупотребления здесь чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также конформность со «своей» группой сверстников. Теряется живость восприятия, снижается интерес к учебе, формализуются отношения в семье, сокращаются разнообразные виды деятельности, наступает сужение круга интересов. Потребность в ПАВ постепенно становится доминирующей, а потребление ПАВ – смыслообразующим мотивом деятельности. Это происходит тем быстрее, чем примитивнее сфера потребностей – данный факт правомерен в случае наличия коморбидной психиатрической патологии. При разнообразных интересах и некоторых других личностных особенностях этот процесс длится очень долго, несмотря на частое употребление и высокую толерантность к веществу.

Все вышеизложенное ярко иллюстрирует необходимость проведения профилактических мер на донозологическом этапе употребления ПАВ, пока изменения личности и гомеостаза не стали необратимыми, перейдя в начальную стадию заболевания.

Колпаков Я.В., Ялтонская А.В.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И СЕКСУАЛЬНАЯ КОМПУЛЬСИВНОСТЬ У ДЕВУШЕК

ННЦ наркологии (Москва).

Основные положения исследования. Целью исследования была оценка употребления алкоголя и сексуальной компульсивности у молодых девушек из общей популяции г. Москвы. Выборку составили 40 девушек в возрасте от 17 до 19 лет (средний возраст $17,9 \pm 0,8$ г.). Использовались следующие психодиагностические методики: «Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя» (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders, M.G. Monteiro, WHO, 1989, вариант Д.В. Петрова, 2003), «Шкала сексуальной компульсивности» (SCS, Sexual Compulsivity Scale, S.C. Kalichman, D. Rompa, 1995, вариант Р.Р. Артура, 2008). Полученные данные прошли статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 17.

Результаты исследования. 1). По тесту AUDIT было выявлено распределение баллов от 3 до 23 (среднее значение $11,05 \pm 5,66$ балла). По уровням риска расстройств, вызванных употреблением алкоголя, распределение было следующим. В зоне риска I (до 7 баллов включительно, по AUDIT) – 14 испытуемых (35%), в зоне риска II (от 8 до 15 баллов) – 14 испытуемых (35%), в зоне риска III (от 16 до 19 баллов) – 10 испытуемых (25%), в зоне риска IV (от 20 до 40 баллов) – 2 испытуемых (5%). Таким образом, у трети обследованных девушек употребление алкоголя является высоко-рискованным. 2). По «Шкале сексуальной компульсивности» (SCS), отражающей склонность к рискованному сексуальному поведению, было выявлено распределение баллов от 1,00 до 2,40 (среднее значение $1,70 \pm 0,42$ балла). В обследованной группе у 30 испытуемых (75%) показатель сексуальной компульсивности был выше предлагаемого норматива. Таким образом, у большинства обследованных девушек сексуальное поведение является рискованным.

Заключение. Анализ результатов дал возможность выделить предполагаемые критерии умеренно-рискованного и высоко-рискованного в отношении беременности с алкогольной экспозицией поведения девушек и риска фетального алкогольного спектра нарушений их детей. К первой группе были отнесены испытуемые с одновременным сочетанием показателей выраженности рискованного употребления алкоголя из I-II зон (по AUDIT) и нормативными показателями рискованного сексуального поведения (по SCS): таковых было 28 (70%). Ко второй группе были отнесены испытуемые с одновременным сочетанием показателей выраженности рискованного употребления алкоголя из III-IV зон (по AUDIT) и превышением нормативных показателей рискованного сексуального поведения (по SCS): таковых было 12 (30%).

**ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С
ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ:
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

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

Статистические и клинико-эпидемиологические исследования демонстрируют увеличение показателя болезненности органическими психическими расстройствами (ОПР) в детской популяции. Дети и подростки с последствиями органического поражения головного мозга составляют значительную часть амбулаторного и стационарного контингента в ГКУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ. Указанные расстройства, с одной стороны, являются предрасположением к началу нарушенного развития, проявляющемуся либо в детстве, либо в препубертате интеллектуально - когнитивным дефицитом, отставанием в психическом и физическом развитии, а с другой, предрасполагают к нарушению социальной адаптации и, как следствие, к формированию поведенческих девиаций. Важной целью комплекса коррекционно-реабилитационной помощи детям с ОПР является профилактика социальной дезадаптации указанной группы лиц. Для коррекции расстройств органического спектра требуются совместные усилия неврологов, дефектологов, логопедов, психологов, нейропсихологов и психиатров.

Как показывает практика, у детей в возрасте после 1 года неврологами зачастую недооцениваются так называемые «остаточные явления перинатальной энцефалопатии, гипертензионно-гидроцефальный синдром, минимальная мозговая дисфункция» и лечение прекращается необоснованно рано. Даже в случае наличия жалоб на повышенную возбудимость и агрессию детей младшего дошкольного возраста, активно предъявляемых родителями, дети снимаются с учета без рекомендаций по медикаментозной и педагогической коррекции.

Особого внимания требует выбор детского дошкольного учреждения, в котором пребывает ребенок. Необходимо соблюдать дифференцированный подход при комплектовании дошкольных учреждений (массовые, компенсирующего вида – логопедические, для детей с задержками умственного развития, специализированные), поскольку несоответствие возможностей ребенка требованиям, предъявляемым программой, во-первых, усугубляет педагогическую запущенность; во-вторых, затрудняет формирование навыков установления контактов со сверстниками; в-третьих, приводит к появлению поведенческих нарушений или усиливает имеющиеся. По нашему убеждению, расширение сети интегративных детских учреждений, которое активно проводится в настоящее время, недопустимо, т. к. пребывание в них дошкольников с различным уровнем интеллектуального развития делает невозможным проведение полноценных реабилитационных мероприятий.

На этапе школьного обучения неадекватно выбранные образовательные программы и непереносимость школьной нагрузки обуславливают возникновение сопутствующей синдромальной патологии (астенических, неврозоподобных, аффективных нарушений) и усиливают проявления отклоняющегося поведения детей с ОПР. В последнее время в школьных учреждениях чрезвычайно широко практикуется выведение учащихся, испытывающих трудности в усвоении школьной программы или имеющих поведенческие отклонения, на индивидуальное обучение. В результате чего нарушаются социальные связи ребенка, большую часть времени он остается без достаточного контроля со стороны работающих родителей, основ-

ную часть дня проводит предоставленный сам себе. Сокращение учебного плана приводит к формированию грубой педагогической запущенности и неспособности ребенка в дальнейшем влиться в школьный коллектив и продолжить обучение. Классы коррекционно-развивающего обучения, при отсутствии должного педагогического воздействия, зачастую представляют собой образования, где дети и подростки с выраженными поведенческими девиациями группируют вокруг себя сверстников с невысокими интеллектуальными возможностями и совершают правонарушения. Выходом из создавшейся ситуации может стать, прежде всего, четкий дифференцированный подход при оформлении ребенка в школу с учетом психологического тестирования, разработка индивидуальных обучающих программ для детей с сохранными интеллектуальными возможностями и нарушениями темпов учебной деятельности. Принимая во внимание неравномерность умственных достижений детей с ОНР, наличие логопедических проблем, недоразвитие общей и мелкой моторики, необходима организация по месту обучения регулярных нейропсихологических и логопедических занятий.

Указанные мероприятия позволят развивать у данной группы детей и подростков адекватное позитивное видение своих возможностей, веры в свой интеллектуальный и духовный рост, удовлетворение потребности в самоуважении, а в итоге и снизить риск возникновения поведенческих девиаций и делинквентного поведения.

Левковская О.Б.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ/САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ (С/СП)

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

Актуальность данного исследования связана с недостаточной изученностью некоторых клинико-психологических аспектов наиболее уязвимой группы по С/СП, а именно - группы девочек-подростков. **Целью** нашего эмпирического исследования являлось выявление особенностей копинг-стратегий и копинг-стиля девочек-подростков 13-15 лет с С/СП. **Гипотеза:** у девочек-подростков с С/СП преобладают непродуктивные копинг-стратегии и непродуктивный копинг-стиль по сравнению с группой здоровых сверстников.

В исследовании использовались следующие **методы**: анализ историй болезни; метод клинической беседы; психодиагностический метод – методика Adolescent Coping Scale Э. Фрайденберга и Р. Льюиса (в адаптации Т.Л. Крюковой «Юношеская копинг-шкала»); математические методы - t-критерий Стьюдента для независимых выборок; однофакторный дисперсионный анализ.

Были сформированы две выборки испытуемых. Клиническая выборка представлена 22 девочками-подростками в возрасте 13-15 лет с С/СП, находившимися на лечении в Государственном казенном учреждении здравоохранения г. Москвы "Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков". В исследование не включались подростки: в остром психотическом состоянии, с диагнозами шизофрении, умственной отсталости, генетическими синдромами. Все обследуемые имели диагноз в соответствии с МКБ-10 (см. табл. 1).

Таблица 1. Клинические характеристики испытуемых

Характеристика	N	%
Всего	22	100
Клинический диагноз		
F 90-98 Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	10	45
F 43 Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации	6	27
F 32 Депрессивный эпизод	3	14
F 07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга	2	9
F 21 Шизотипическое расстройство	1	5
Характер самоповреждений		
Суицидальные угрозы, жесты	3	14
Самопорезы, насечки, шрамирование	8	36
Самоотравления	5	23
Самоотравления + самопорезы	5	23
Сочетанные	1	5

Контрольная выборка здоровых испытуемых представлена 19 девочками-подростками в возрасте 13-15 лет, обучающимися в 7-9 классах общеобразовательной школы г. Москвы.

Результаты и их обсуждение: в ходе статистической проверки гипотезы по методике ACS (ЮКШ) в исследованных группах было показано, что в группе девочек-подростков с С/СП показатели по шкалам «Социальная поддержка», «Друзья» статистически ниже по сравнению с контрольной группой, что может указывать на тот факт, что испытуемые клинической группы реже прибегают к стратегиям совладания с помощью друзей и других близких. Это особенно важно учитывать при работе с подростками из группы риска, т. к. именно социальная поддержка в трудной жизненной ситуации могла бы помочь избежать подростку экстремальных форм аутодеструктивного реагирования, к которым относятся эпизоды самоповреждений. Как в клинической, так и в контрольной группе самыми предпочитаемыми являются продуктивные копинг-стратегии – «Решение проблемы» и «Работа и достижения», преобладает продуктивный копинг-стиль (см. табл. 2).

Таблица 2. Достоверность различий копинг-стратегий и копинг-стилей в клинической и контрольной группах.

	Название шкалы	кли-ника	нор-ма	t-значение Стьюдента	значимость различий (p)
		n=22	n=19		
Копинг-стратегии	Социальная Поддержка*	16,0 ± 3,6	18,5 ± 4,0	-2,036	0,049
	Друзья**	16,3 ± 3,7	18,5 ± 4,1	-1,807	0,078
	Активный отдых*	8,6 ± 2,7	10,6 ± 2,2	-2,461	0,018
Копинг-стили	Продуктивный стиль	15,2 ± 2,5	14,8 ± 2,2	0,532	0,597
	Социальный	13,4 ±	14 ±	-0,692	0,493

ли	стиль	3	2,4		
	Непродуктивный стиль	12,1 ± 1,8	12,7 ± 1,7	-1,013	0,317

Где, * - различия достоверны при $p < 0.05$; ** - различия достоверны при $p < 0.1$.

Более низкий показатель по шкале «Активный отдых» в группе девочек-подростков с С/СП, относимый авторами методики к непродуктивному совладанию, на наш взгляд, имеет отношение к недостаточно сформированным поведенческим паттернам т. н. здорового образа жизни именно у испытуемых клинической группы, т. к. занятия спортом, слежение за своим здоровьем и поддержание себя в хорошей форме относятся, безусловно, к защитным факторам, противостоящим аутодеструктивным тенденциям. Отсутствие различий копинг-стилей в группе девочек-подростков с С/СП и группе здоровых сверстников, а именно преобладание зрелого продуктивного копинг-стиля в обеих группах, объясняется преобладанием в клинической группе подростков с личностными расстройствами. У таких подростков при общем достаточном уровне зрелости реагирования и возрастно-нормативного поведенческого репертуара наблюдается аффективный тип мышления и аффективный тип реагирования на трудные жизненные обстоятельства (по Ю.С. Шевченко).

**Мазур А.Г., Гусманов Р.М., Петракова И.В., Куршин А.Г., Шубин А.В.,
Бойко И.Л., Трайнина Е.А.**

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ОСТРОМ ПОДРОСТКОВОМ ОТДЕЛЕНИИ (МАЛЬЧИКИ)

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

Статистика суицидальных проявлений убедительно демонстрирует рост числа суицидов и расширение возрастного диапазона. Большинство детей, поступающих после совершения суицида в отделение, условно подразделяется на 2 группы.

1 группа – это дети, страдающие душевным заболеванием, и их суицидальное поведение в большей степени обусловлено имеющейся психической патологией и связано с обострением течения процесса.

2 группа (их большинство, около 80%) – это а) подростки, совершившие суицид по рассудочным, шантажно-демонстративным механизмам и б) дети, которые совершили суицид по аффективным или фрустрационным механизмам.

В этиопатогенезе суицидального поведения подростков из подгруппы «б» отчетливо прослеживается длительная психотравмирующая ситуация в сочетании с отсутствием помощи и взаимопонимания со стороны взрослых, и чаще всего длительное депрессивное состояние и является логической предтечей суицида. В этой же группе дети, совершившие суицид по фрустрационным механизмам, – суицид как средство разрешения ситуации, единственный выход. Большинство таких суицидов носит истинный характер, отсутствует присущая подгруппе «а» демонстративность, выход из состояния характеризуется, прежде всего, негативизмом к предлагаемой помощи и нежеланием получать необходимое лечение.

Подобное подразделение имеет чисто практическое значение и определяет предполагаемый объем медикаментозной и психокоррекционной помощи. Но для более тщательного анализа этиопатогенеза суицидального поведения мы обращаем внимание на так называемую «почву», преморбид суицидента. Понимание этого позволяет более целенаправленно применять методы психокоррекции. Речь идет, конечно, о детях из второй группы, а изучение этого феномена позволило нам сделать вывод, что в первой подгруппе значение преморбида в меньшей степени предуготовливает суицидальный шаг – совершаемые суициды носят открыто-демонстративный характер, не имеют аффективной отягощенности, нет хронических психогений. Зато имеется запрет, непонимание и как наиболее эффективное средство достижение собственной цели – суицидальный поступок, совершаемый по имитационным механизмам (суицид – это средство, о котором подросток узнал из телевидения, интернета и советов своих товарищей). Понимание этого факта позволяет нам организовывать помощь таким детям с акцентом на семейную психотерапию, медикаментозное лечение в этих случаях факультативно.

Иная картина в подгруппе «б» – дети, совершившие суицид, имеют длительную психотравмирующую ситуацию. В этой группе наличие аффективной патологии – постоянная находка, депрессивный ответ в большинстве случаев и вытекает из особого преморбида, «почвы». Ведь не каждый подросток, имеющий значительную психотравмирующую ситуацию, совершает суицид. Поэтому в комплексном лечении детей из этой группы важно понимать актуальность особого преморбида, или «почвы», так как риск повторного суицида в этой группе очень высок и без акцента на коррекцию преморбида эффект от лечения будет недостаточен. В то же время этапность в лечении, которая применяется в отделении, позволяет нам давать позитивные прогнозы, так как после первого этапа медикаментозной коррекции депрессии подключается психотерапия (принципы которой будут уточнены далее), а затем строится комплексная система медикаментозной и психологической помощи с учетом именно узлового звена – преморбида. Подобный подход позволяет добиваться достаточно стойкого эффекта после выписки и как результат – ничтожный процент повторных суицидов. Но в подгруппе «б» повторность суицидов более высока, чем в подгруппе «а», где суицид – это средство для достижения цели, а не собственно цель.

Во второй части мы переходим к следующему комплексному этапу – это собственно психокоррекция и профилактика суицидального поведения подростков.

Что происходит между родителями и детьми в подростковом возрасте? Дети, взрослея, хотят самостоятельности прежде всего в принятии решений, касающихся их самих. Родители относятся к ним по-прежнему как к маленьким детям. Борьба между родителями и детьми подросткового возраста – вещь абсолютно закономерная. Но ведется она часто в таких формах, которые вызывают тяжелые депрессии и у родителей, и у детей.

Таким образом, при психотерапии семей с подростками-суицидентами важна психологическая поддержка как детей, так и родителей. У детей много эмоций, обусловленных возрастными изменениями. У родителей часто подростковый возраст ребенка приходится на их кризис середины жизни. Важно дать родителям информацию:

- как сделать так, чтобы конфликты с детьми можно было переводить в конструктивное русло;
- как научиться управлять гневом и родителям, и детям;
- как всем членам семьи научиться говорить о своих чувствах;
- как отделить проблемы родителей от проблем детей.

Важно изменить коммуникацию родителей с детьми подросткового возраста. Подростки часто нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны родителей, но не знают, как ее можно попросить. И одно из направлений психотерапии – обучение родителей эмоционально поддерживать подростка, когда у него конфликт со сверстниками, неуспехи в учебе. В неполных семьях подросток часто слышит плохое об отце, который не проживает вместе с ним. Для матерей таких подростков важно донести информацию о важности «положительного присутствия» отца, хотя бы в речи самой матери. Это укрепляет и позицию матери, и позицию подростка.

Чему надо обучать родителей суицидентов и вообще родителей подростков для профилактики суицида? Особенности подросткового возраста, которые должны знать родители:

- возвращение к ранним детским переживаниям (при недостаточности ранних детско-родительских отношений и при избыточности их).

- при недостаточности научения родителей поддержке ребенка, прежде всего словесной поддержке, проговаривание того, что с подростком происходит, эмпатическая поддержка – разделение чувств, переживание ребенка с (последующей) опорой на факты реальности. Для родителей (отдельно от детей) психокоррекционная работа, направленная на то, чтобы их родительские чувства стали для них переносимы, даже если время от времени они испытывают гнев от бессилия справиться со своим ребенком.

- при избыточности детско-родительских отношений. Научение родителей отказу от тотального контроля над подростком, сохраняя только необходимый контроль за учебой и поведением.

Родители должны быть достаточно чувствительны к детям и при этом уметь ставить границы нежелательному поведению. Родители должны уметь обращаться с собственными чувствами, в особенности с чувством гнева.

Заканчивая описание нашей работы по лечению и профилактике суицидального поведения, хотелось бы предложить конкретные действия, которые, на наш взгляд, в какой-то мере будут способствовать хотя бы возможности задуматься, дать альтернативу суициду. Учитывая, что в большинстве случаев информация о механизмах реализации суицидального поведения берется из интернета, мы предлагаем следующее: создать компьютерную программу или интернет-скрипт, который будет автоматически сопровождать любую информацию о типах суицидальной реализации (подросток, открывая сайт с суицидальным контентом, видит появляющийся «баннер», в котором будет информация с телефоном доверия и кратким предложением по типу «прежде чем совершить, попробуй позвонить»). Ведь в настоящее время в интернете нет другой альтернативы, а в этой ситуации любые средства хороши, если они заставят переменить решение о суициде.

Москвитин П.Н., Захаренков В.В.

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН
(Новокузнецк).**

Цель. Научно обосновать разработку психогигиенической модели профилактики аддикции от психоактивных веществ (ПАВ). Модель реализована в образовательных учреждениях по территориальной расположенности МБОУ Центра пси-

холого-медико-социального сопровождения «Надежда» г. Новокузнецка. Метод системного анализа и прием декомпозиции позволил уточнить приоритеты и первоочередные меры по реализации разработанной модели профилактики наркомании среди школьников.

Методы. Все многообразие проблем, связанных с реализацией программы профилактики зависимости от ПАВ было сведено к следующим блокам:

1. Блок мониторинга проблемы аддикции от ПАВ. В нашем случае проведение мониторинга было значительно облегчено практикой социально-гигиенических мониторингов нервно-психического здоровья в группах риска (СГМ) в г. Новокузнецке, проводящихся на протяжении последних 5 лет. Эта работа была дополнена изучением субкультуры подростков и молодежи путем анкетирования, а также исследованием распространенности тревожных, невротических и депрессивных расстройств. Полученные данные позволили структурировать профилактическую антинаркотическую работу и изучить индивидуально-психологическую эффективность разрабатываемого методического подхода по когнитивным, эмоциональным и поведенческим критериям.

2. Выделение объекта профилактики, куда были включены не только подростки группы риска по употреблению ПАВ, но в каждой параллели школьников 8-10 классов (всего 300 человек), участвующих в эксперименте, было предусмотрено до 3 часов в месяц для проведения групповых тренингов первичной профилактики зависимости от ПАВ. Программа предусматривала проведение до 25 тренингов в течение учебного года в каждом классе. Проведение профилактической работы начиналось после получения согласия родителей либо их заменяющих лиц.

3. Обучающий блок. Было проведено обучение «критической массы» школьных психологов и педагогов по технологии разработанного группового метода профилактики в территориальном государственном учреждении дополнительного профессионального образования, работающего по лицензированной образовательной программе. Разработанный метод «профилактической психодрамы» был рассмотрен и утвержден на учебно-методической комиссии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, что стало прецедентом решения проблемы обучения специалистов методам профилактики зависимости от ПАВ с выдачей государственного удостоверения.

Метод «профилактической психодрамы» позволяет реализовать психогигиенический подход в организации психолого-медико-социального сопровождения и поставить в центр профилактических усилий личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его социализирующая жизнедеятельность, - семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение и неформальные референтные группы сверстников.

Результаты. В течение 3 лет профилактической работы проводилась оценка вовлеченности подростков в употребление ПАВ путем анонимного анкетирования. У школьников в 8, 9 и 10-х классах до начала и по завершении программы профилактики в контрольной и в экспериментальной группах, где статистического различия не было выявлено, группы были тождественны. Различие появилось после проведения программы тренингов в каждой из параллелей 8, 9 и 10-х классов. В 8-х и 9 классах это «атаракция», где достоверность соответствовала $P \leq 0,026$ и $P \leq 0,001$ соответственно. Это означает, что у 17% подростков в экспериментальной группе возросло самосохранительное чувство страха к приему наркотиков, а также осознания и принятия ответственности за свои действия в отличие от контрольной группы школьников. Мотивировка на «изменение состояния сознания»

достоверно выявлена в 8-х классах ($P \leq 0,05$) и 10-х классах ($P \leq 0,013$), а также «от скуки» в 10-х классах, где контрольная группа наделяет этой характеристикой проблемное поведение потребителей ПАВ, больше на 21% ($P \leq 0,002$). Отмечено, что в контрольной и в экспериментальной группах есть устойчивая когорта подростков, у которых нет никаких причин для употребления ПАВ. Число таких подростков достоверно возросло в экспериментальной группе в отличие от контрольной – в 8-х классах соответственно 47% и 37% ($P \leq 0,003$), в 9-х классах соответственно 66% и 22% ($P \leq 0,0001$) и в 10-х классах соответственно 54% и 26% ($P \leq 0,001$). Шкала «Ничего» означает, что у подростков экспериментальной группы достоверно ниже мотивация на употребление ПАВ (в 8 классе $P \leq 0,05$; в 9 и в 10 классах $P \leq 0,0001$). Доминанта «запреты взрослых» у школьников в экспериментальной группе достоверно ниже ($p \leq 0,0001$). «Страх перед последствиями» снизился в экспериментальной группе от 26,66% в начале года до 13% в конце года ($P \leq 0,001$), тогда как мотивировка на ценности и смыслы «здорового образа жизни» возросла с 48,66% до 76,66% ($P \leq 0,001$). Признаки психологического инфантилизма в экспериментальной группе уменьшились с 3,66% до 0 при $P \leq 0,007$.

Выводы. Экспериментально доказана эффективность разработанной модели на основании достоверного отличия от контрольной группы школьников, где проводились обычные методы профилактики и санитарного просвещения.

Панченко Е.А.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

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

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за последние 30 лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в 30 раз. Это свидетельствует о том, что к настоящему времени опасность развития суицидального поведения в детском и подростковом возрасте не только не снизилась, но, напротив, все более увеличивается. На сегодняшний день Россия является одной из наиболее неблагополучных стран мира по частоте детских и подростковых суицидов. В последние годы в стране в среднем ежегодно уходило из жизни вследствие самоубийств до 500 детей (до 14 лет) и 2,5 тысяч подростков (15-19 лет). Кроме того, ежегодно каждый 12-й подросток совершает покушение на самоубийство, что резко повышает у него риск повторного, зачастую завершенного суицида. Особую тревогу вызывает стабильность этих неблагополучных показателей. Так, если в общей популяции страны показатель частоты самоубийств снизился с 2002 г. по настоящее время в 1,5 раза, то среди детей и подростков он остался практически на том же уровне.

В настоящей работе представлен анализ влияния фактора семьи на течение суицидального процесса. С целью изучения роли семейного фактора в генезе суицидального поведения нами проведено исследование 395 человек, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в психиатрический стационар. В первую очередь были проанализированы условия воспитания суицидентов в их родительских семьях. Установлено, что только 36% пациентов охарактеризовали отношения в семье как гармоничные, спокойные, стабильные. Остальные (64%) оценили обстановку в родительской семье как деструктивную – скандалы, пьянство родителей и т. п. Такие семьи можно отнести к так называемым «зависимым» семьям, в которых частота различных проблем (медицинских и

психологических) у детей значительно больше. Члены таких семей не уделяют должного внимания друг другу и в особенности детям; вся их жизнь характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, в правилах семьи значительное место занимают запреты на свободное выражение своих потребностей и чувств, используются эмоциональные репрессии. Риск совершения в будущем суицида у детей из таких семей возрастает в 7 раз. Зависимая семья предполагает развитие определенных ролевых сценариев. Ролевые функции детей – это реакция на стресс, которым являлось девиантное поведение родителей. Согласно нашим исследованиям, 39% суицидентов в родительских «зависимых» семьях относились к так называемым «*потерянным*» детям. Обычно они проводят большую часть времени в одиночестве, сильно страдая от этого. Для «*потерянных*» детей характерен уход в мир фантазий, склонность к развитию магифренического мышления, что способствовало в будущем формированию суицидального поведения. Становясь взрослыми, эти пациенты были склонны идеализировать идею смерти, видеть в ней не конец, а начало каких-то туманных перемен в собственной жизни. В большинстве случаев совершаемые ими суициды можно было квалифицировать как истинные.

27% пациентов в родительских семьях относились к так называемым «*проблемным*» детям. Чувствуя себя эмоционально отвергнутыми, они своим поведением бросали вызов семье, использовали негативные формы поведения для привлечения к себе внимания. Эта стратегия закреплялась и проявлялась при формировании суицидальных тенденций, чаще всего демонстративно-шантажного характера.

19% пациентов относились к так называемым «*беспокойным*» детям. Им были свойственны гиперактивность, дурашливость, склонность к невротическим и психосоматическим реакциям. В данной группе суицидальные действия часто совершались импульсивно.

Лишь 15% суицидентов можно было характеризовать как «*успешных*» детей. Они отличались хорошими успехами в учебе и поведении. Однако при этом у них формировались завышенные требования к себе, что могло приводить к внутреннему конфликту с объективным миром, а затем и к формированию суицидального поведения, чаще истинного характера. Таким образом, все типы подобного формирования жизненного сценария, так или иначе, приводили к актуализации суицидального процесса.

Таким образом, особенности функционирования семьи играли важную роль в развитии суицидального процесса. Большинство дизадаптивных реакций начинало закладываться еще в детстве на фоне психотравмирующих условий воспитания. В то же время гармоничные и комфортные отношения в семье и наличие детей выступали мощными антисуицидальными факторами. Знание и учет особенностей семейного окружения суицидентов позволяет индивидуализировать и повысить эффективность психотерапевтических подходов к профилактике, лечению и реабилитации суицидального поведения.

**Пережогин Л.О.¹, Девятова О.Е.², Щедеркина И.О.³
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ
С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

¹ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, ²Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава», ³Неврологическое отделение «Морозовская детская городская клиническая больница (Москва).

Большинство несовершеннолетних, обнаруживающих психические расстройства и девиантное поведение, не нуждается в стационарной психиатрической помощи. В то же время показания к психотерапевтическому вмешательству имеются у 70% из них. Особенно эффективна психотерапевтическая работа с подростками, сохранившими семью, отношения с социально-благополучными сверстниками, посещающими школу. Эти адаптирующие паттерны могут быть использованы в качестве сильного личностного ресурса в процессе психотерапевтической помощи.

Главной целью настоящей работы является разработка модели интегративно-го взаимодействия учреждений системы здравоохранения и системы образования в процессе оказания несовершеннолетним психотерапевтической помощи и их социальной реабилитации. Базовыми площадками исследования выступали – ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, ГБОУ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции Крестьянская застава» УОЮВАО г. Москвы и ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗМ.

Обследованы (2012-2013 гг.) 169 несовершеннолетних от 7 до 15 лет, обнаруживавших девиантное поведение. В психотерапевтическую работу включены 58 (34%) (35 – в группы, 23 – индивидуально). Причины исключения – эндогенные психические расстройства (16%), острые периоды иных психических расстройств, требующие терапии в условиях стационара (11%), умственная отсталость – 9 (5%), грубые нарушения коммуникативных функций – 10 (6%). Треть подростков – 47 (28%) исключена в связи с категорическим отказом законных представителей от психотерапевтической помощи.

Из 58 человек, получавших психотерапевтическую помощь, 31% обнаруживал органическую церебральную патологию, 28% – гиперкинетические расстройства, 16% – различные расстройства поведения, 12% – расстройства адаптации, 9% – аффективные расстройства, 5% – формально здоровы (обнаруживали зависимость от ПК и интернета). Практически все подростки обнаруживали присутствие в анамнезе аномальных психосоциальных ситуаций, чаще всего – стресса по месту учебы (Z 55.4 – 70%).

Психокоррекционная работа (осуществлялась психологом на базе ЦППРиК) была направлена на процессы внимания, самоконтроль, когнитивные процессы, пространственно-временной синтез. Работа проводилась в группе и индивидуально, 1-2 раза в неделю по 2 часа, в среднем на участника программы приходилось 12-16 занятий. Занятия проводились бесплатно.

В рамках полимодальной психотерапии (осуществлялась врачом-психотерапевтом на базе Морозовской ДГКБ) использовались техники визуализации, релаксации с элементами дыхательных гимнастик, аутогенной тренировки, психосемантические техники, суггестия, трансформационные техники с использованием терапевтических трансов. Работа проводилась в группе и индивидуально, для детей младшего возраста (7-8 лет) использовалась детско-родительская груп-

па. Групповые встречи проходили 1 раз в неделю по 2 часа, индивидуальные – по свободному графику, в среднем на участника программы приходилось 6-8 групповых и 6-7 индивидуальных терапевтических сессий. Психотерапевтическая помощь оказывалась в рамках ОМС, бесплатно.

Для определения эффективности терапии использовалась Шкала оценки психосоциальной продуктивности (разработана ВОЗ, 1996). Из 58 человек, получавших психотерапевтическую помощь, в начале программы 0-1 баллов (норма) имели 11 (19%), 2-3 балла (умеренные нарушения) 17 (29%), 4-5 баллов (значительные нарушения) – 21 (36%), 6-7 баллов (выраженные нарушения) – 9 (16%). Через 6 месяцев нормативные показатели отмечались у 18 (31%), умеренные нарушения у 22 (38%), значительные у 14 (24%), выраженные у 4 (7%) человек.

**Полевая С.А.², Витюгов В.В.¹, Рунова Е.В.², Григорьева В.Н.²,
Бахчина А.В.¹, Парин С.Б.¹, Шишалов И.С.¹, Кожевников В.В.¹,
Некрасова М.М.³, Каратушина Д.И.¹, Григорьева К.А.²**

РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ТЕЛЕМЕТРИИ ДЛЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА И ДИСТАНЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СТРЕССА И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

¹Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
²Институт прикладной и фундаментальной медицины Нижегородской государственной медицинской академии, ³Нижегородский НИИ гигиены и профессиональной патологии (Нижний Новгород).

Актуально развитие знаний и технологий, обеспечивающих создание систем персонифицированного скрининга функциональных состояний и методов оперативной идентификации рисков нарушения здоровья в условиях естественной деятельности. Наша работа направлена на развитие технологий, обеспечивающих идентификацию динамических биомаркеров функциональных состояний человека в условиях естественной деятельности. Представлены результаты разработки и применения устройств и экспертных систем, обладающих аппаратными, алгоритмическими и программными ресурсами для количественной оценки первичных когнитивных функций и непрерывной регистрации физиологических сигналов в условиях реальной деятельности без ограничений подвижности, без привлечения внимания человека - источника сигнала к процессу измерения, с автоматизированной интерпретацией и диагностикой.

Методы. 1. Оперативная оценка режимов вегетативной регуляции в естественных и экспериментальных контекстах. Мобильная телеметрия кардиоритма. На базе технологии беспроводных сенсорных сетей реализован программно-аппаратный комплекс для непрерывного мониторинга кардиоритма без ограничения по расстоянию и подвижности. Разработаны алгоритмы фильтрации и классификации артефактов, позволяющие разделять экзогенные артефакты, связанные с нарушением приема-передачи данных, и эндогенные артефакты, связанные с аритмией разного генеза. Выбраны алгоритмы предобработки данных, позволяющие редактировать записи без искажения спектральной информации, что имеет решающее значения для определения режимов вегетативной регуляции по вариабельности сердечного ритма. Для обработки данных использованы спектральные (периодограммный метод, непрерывное Фурье-преобразование) и статистические методы анализа вариабельности сердечного ритма, метод непрерывного вейвлет-

преобразования. Измерение физиологических данных проведено параллельно с хронометрией событий, согласованных по времени с измеряемыми сигналами (временное протоколирование, видеомониторинг). 2. Экспериментальное моделирование элементарных когнитивных нагрузок. На основе программно-аппаратного комплекса «Hand Trecker» разработан комплекс функциональных проб, обеспечивающих актуализацию первичных когнитивных функций и измерение ошибок моторного отображения элементарных сенсорных сигналов. Зарегистрированы персонифицированные профили вегетативного обеспечения когнитивных реакций, включающие как показатели динамики вегетативной регуляции, так и показатели эффективности когнитивной системы в процессе управления признаками виртуальных объектов. Эффективность когнитивной системы оценивалась по абсолютным и дифференциальным порогам распознавания базисных признаков звуковых и зрительных сигналов в виртуальной компьютерной среде.

Результаты. В исследованиях приняли участие 57 школьников, 45 студентов и 32 пациента наркологической клиники на стадии физической зависимости от наркотиков героинового ряда. Измерены первичные когнитивные функции в контексте естественной деятельности и в контексте экспериментального моделирования когнитивных нагрузок в виртуальной компьютерной среде. Получены следующие результаты:

- при чрезмерных информационных нагрузках стираются индивидуальные и возрастные различия;
- персонифицированная оценка рисков нарушения здоровья и прогноз эффективности конкретной деятельности школьников и студентов возможен на основе персонифицированной модели, описывающей связь между режимом работы психофизиологической системы и показателями успешности;
- стадия физической зависимости от наркотиков героинового ряда проявляется в нарушении центрального контроля над симпатической активацией, экстремальной тахикардии в состоянии покоя и при когнитивных нагрузках, супероптимальными показателями по точности и скорости реакций при моторном управлении аудиовизуальными признаками объектов в виртуальной компьютерной среде.

Анализ данных свидетельствует, что методы комплексного мониторинга обеспечивают не только оперативное обнаружение биомаркеров экстремальных состояний человека в условиях естественной деятельности, но и позволяют с высокой надежностью оценивать и прогнозировать персонифицированные риски стресса и наркотической зависимости у конкретных людей в конкретных контекстах.

Польская Н.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОДИФИКАЦИЙ ТЕЛА С АМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (НА ОСНОВЕ ШКАЛ САМООТЧЕТА)

**Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского
(Саратов).**

Модификации тела (body modification) представляют собой различные формы и способы видоизменения тела через повреждение кожи (нанесение порезов, шрамирование, клеймение, прокалывание, татуирование, ампутации и другие хирургические вмешательства), осуществляемые добровольно, самостоятельно или с помощью специалистов по модификациям тела, ради достижения психологиче-

ских, эстетических, духовных, идеологических целей. Существует мнение, что за данным термином стоят неклинические проявления самоповреждающего поведения, а модификации тела представляют собой лишь социально санкционированные формы самоповреждения – намеренной травматизации кожи, органов или частей тела. Наиболее информативными в изучении данного явления, хотя и не лишенными своих недостатков, можно считать шкалы самоотчетов, представляющие собой перечень вопросов или утверждений, сфокусированных на изучаемом явлении. Нами были разработаны две таких шкалы, направленные:

- на выявление фактов самоповреждающего поведения (намеренной самотравматизации, включающей самопорезы, самоожоги, удары кулаком по телу и по твердым поверхностям, выдергивание волос, препятствие заживлению ран, расчесывание кожи);

- на определение фактов модификаций тела (были выделены такие параметры, как наличие модификаций тела, самостоятельность сделанной модификации или обращение к помощи специалистов, импульсивность в принятии решения о модификации или наличие раздумий и обсуждения с близкими, высокая требовательность к себе, желание быть совершенным).

Эти шкалы были включены в план исследования психологических факторов и механизмов самоповреждающего поведения. В данном сообщении будут изложены результаты оценки взаимосвязи между фактами самоповреждения и модификаций тела. Будут представлены результаты сравнительного анализа по параметрам самооценки: оценка действий, социальная самооценка, оценка внешности (шкала самооценки Heatherton, T.F., Polivy, J., 1991).

Исследование проводилось в группе молодых людей ($n=80$) в возрасте от 15 до 21 года (38 юношей и 42 девушки), учащихся старших классов и студентов. Из них была выделена подгруппа испытуемых ($n=52$), имеющих такие модификации, как пирсинг, татуировки и искусственно сделанные шрамы. Эта группа была определена как экспериментальная, а оставшиеся испытуемые, не имеющие модификаций тела, вошли в группу сравнения ($n=28$).

Результаты. Определение взаимосвязи между самоповреждениями и модификациями тела осуществлялось с помощью таблиц сопряженности (коэффициент сопряженности). Были выявлены статистически значимые связи между самопорезами и такими самостоятельно совершенными модификациями, как: татуировки (0,362, при $p=0,006$), пирсинг (0,405, $p=0,000$), шрамирование (0,480, $p=0,000$). Удары о твердые поверхности имеют связь с самостоятельно совершенными модификациями: пирсинг (0,34, $p=0,044$), шрамирование (0,356, $p=0,009$). Аналогичные результаты были получены по самоожогам, сковыриванию болячек, ударам по собственному телу, расчесыванию кожи. Все эти акты самоповреждения показали положительную связь с самостоятельно совершенными модификациями тела.

Показатель, определяемый как импульсивное решение о модификации, коррелирует с самопорезами (0,352, $p=0,01$), самоударами (0,324, $p=0,025$). Положительная оценка модификаций как способа выражения собственной индивидуальности коррелирует с самоударами (0,247, $p=0,012$), расчесыванием кожи (0,341, $p=0,015$).

Показатели «высокая требовательность к себе» и «стремление к совершенству» имеют положительные, статистически значимые связи с такими самоповреждениями как сковыривание болячек, самоудары, расчесывание кожи.

Для оценки статистически достоверных различий между группами по факторам самооценки использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Были выявлены статистически значимые различия по показателю «социальное само-

уважение» ($p=0,028$). В группе испытуемых с модификациями тела уровень социального самоуважения выше, чем в группе сравнения.

Выводы. 1. Существует связь между нанесением самоповреждений и модификациями тела.

2. Наиболее тесная связь обнаружена между актами самоповреждения и такими параметрами модификаций тела, как самостоятельность и импульсивность их осуществления, а также стремление к совершенству и высокая требовательность к себе.

2. Эта связь психологически детерминирована и имеет социальную направленность.

3. Модификации тела могут быть рассмотрены как способ социализации индивида, повышающий актуальную самооценку на уровне социального самоуважения.

4. С другой стороны, модификации тела могут представлять собой способ псевдокомпенсации психологических дисфункций личности, когда создаваемый в самоотчетах психологический автопортрет испытуемого существенно расходится с данными тестовых личностных опросников и других объективизирующих исследований (наблюдение, социометрия, глубинное интервью и т. п.).

Рогачева Т.В.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМЫХ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург).

Проблема профилактики аддиктивного поведения требует четкого ответа на вопрос: какие факторы провоцируют формирование наркотической зависимости? Данные факторы можно условно разделить на социальные и личностные. К социальным факторам относятся:

1. Нестабильность экономической ситуации, характеризующейся снижением качества жизни большей части студенчества и отсутствием осознаваемых условий для ее улучшения, что приводит к состоянию т. н. «социальной депрессии», отсутствию чувства личной перспективы и личностной значимости. Рекламируемые средствами массовой коммуникации высокие стандарты индивидуального благосостояния приводят к формированию у некоторой части молодежи имитационных моделей поведения.

2. Несоответствие между социальной политикой в отношении алкоголя и табака и рекламированием данных продуктов (отметим, что и алкоголь, и табак относятся к разряду пищевых продуктов).

3. Отсутствие целостной информационной стратегии, ориентирующей молодое поколение страны на сохранение здоровья и работоспособности как основного и обязательного фактора собственного жизненного благополучия и реальной ценности.

4. Неосторожное и зачастую неадекватное обращение с материалами о наркотических веществах, приводящее к формированию нездорового интереса, а иногда романтического ореола по отношению к потреблению и потребителям наркотических веществ.

5. Навязанная обществу дискуссия о целесообразности легализации наркотических веществ в России, в том числе однобокое и тенденциозное освещение

опыта легализации препаратов каннабиса в Нидерландах и Испании с умалчиванием отрицательных последствий этих шагов.

6. Недостаточный уровень осознания угрозы злоупотребления наркотическими веществами в обществе.

К личностным факторам можно отнести:

1. Изменение системы ценностей молодежи в сочетании с ревизией опыта старших поколений.

2. Низкий авторитет семьи на фоне разрушения этических концепций и постулатов социалистического образа жизни.

3. Недостаточная информированность родителей и учителей (преподавателей) в вопросах формирования антинаркотических установок у молодых людей.

4. Попытки стать самостоятельным, освободиться от чрезмерной опеки родителей, особенно в ситуациях отрыва от дома.

5. Травматичный опыт, особенно в раннем детстве.

На наш взгляд, вопрос первичной профилактики должен решаться в соответствии с проведенными научными исследованиями, которые дают четкое представление о структуре студенчества по отношению к наркотическим зависимостям. Так, социологами [1] в рамках проекта «Молодежь и наркотики» были опрошены студенты трех крупных вузов г.Екатеринбурга. По результатам исследования выделены основные модели поведения студенческой молодежи по отношению к наркотикам (см. табл. 1).

Студенчество демонстрирует признание остроты проблемы зависимых от наркотических веществ моделей поведения. За практические мероприятия высказался каждый третий студент [1], причем наибольшей поддержкой студентов пользуются медицинские и социальные (реабилитационные) организации. Сотрудничать с ними готова половина опрошенных. На втором месте – общественные организации. Как видно из табл. 1, около 40% студентов готовы активно противодействовать употреблению наркотических веществ в своей среде. Именно они могут составить основу волонтерских служб по профилактике зависимых моделей поведения. Наименьшую популярность у студентов имеют правоохранительные органы.

Таблица 1. Модели поведения студенческой молодежи по отношению к наркотикам.

Типы и подтипы	Характерные особенности		%	
	Употребление наркотиков	Отношение к употреблению		
«чистые»	Не употребляют	Активно противодействуют	26,5	
«равнодушные»	Не употребляют	Предпочитают не замечать	26,8	
«экспериментаторы» А) амбивалентные Б) лояльные	Имеют опыт однократного употребления «легких» или «синтетических» наркотиков	А) активно противодействуют Б) предпочитают не замечать	3,2 5,4	8,6
«любители»	Имеют опыт многократного употребления «легких» или «синтетических»	А) активно противодействуют Б) предпочитают не замечать или поддер-	4,5 14,1	18,6

	наркотиков	живают компанию		
«наркоманы» А) амбивалентные Б) лояльные	Имеют опыт многократного употребления всех видов наркотиков, в т.ч. тяжелых	А) активно противодействуют Б) предпочитают не замечать или поддерживать компанию	2,5 6,5	9,0
«неискренние»	В ответах обнаруживается логическая противоречивость, непоследовательность, желание обмануть, «переиграть» исследователя. Анкеты этих респондентов были исключены из последующего анализа.		10,5	
Итого:			100	

Психологическая составляющая профилактики зависимых моделей поведения среди студенчества предполагает, на наш взгляд, следующие направления:

1. Выявление и психологическая диагностика «групп риска».
2. Психологическая помощь студентам, попавшим в затруднительные ситуации, которые могут спровоцировать употребление наркотических веществ.
3. Содействие формированию негативного общественного мнения по отношению к наркотикам среди студенчества с помощью психологических технологий.
4. Помощь в организации и функционировании волонтерских служб по противодействию зависимым моделям поведения.
5. Формирование установки среди студентов, что наркомания – социальная болезнь.
6. Помощь в медико-психологической реабилитации студентам, имеющим опыт употребления наркотических веществ.
7. Информирование преподавателей и кураторов студенческих групп о психологических механизмах формирования и проявлений наркотической зависимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маликова Н.Н. Студенчество и наркомания: правило или исключение // Теория и практика решения проблемы профилактики наркомании. – Материалы международного семинара. – Екатеринбург, 2003. – С. 7-18.

Соборникова Е.А.

ОПЫТ РАБОТЫ С УНИВЕРСАЛЬНЫМИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).

В третичной профилактике аддиктивных расстройств (в реабилитации) необходимо достичь нормативных изменений в поведении зависимого человека. На наш взгляд, это можно обеспечить через проработку с реабилитантом универсальных человеческих потребностей в условиях терапевтического сообщества (ТС). Основной психологический механизм развития зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и психоактивных действий (ПАД) - получение чувства комфорта, удовольствия при помощи использования аддиктивных агентов без совершения

реальной деятельности по удовлетворению конкретной потребности. Неудовлетворенные потребности создают потребностное напряжение, которое воспринимается как дискомфортное состояние. Если в условиях семьи не научить ребенка распознавать и удовлетворять свои потребности здоровыми способами, формируются, как правило, патологические способы разрядки энергии неудовлетворенных потребностей (употребление ПАВ или другие виды аддиктивного поведения).

На базе подросткового кабинета наркологического диспансера ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница» с 1999 г. работает программа амбулаторной реабилитации пациентов наркологического профиля. Для совладания с зависимостью пациент в реабилитационной программе развивает способность осознавать, формулировать свои потребности и удовлетворять их социально-приемлемыми способами, учится отказываться от суррогатных способов снятия потребностного напряжения.

Работа с потребностями включает:

- изучение универсальных человеческих потребностей (в классификациях А. Маслоу, Э. Фромма, Ю.В. Валентика);
- обнаружение собственных фрустрированных потребностей;
- осознание неосознанных фрустрированных потребностей;
- проработка конструктивных способов удовлетворения фрустрированных потребностей;
- освоение конструктивных способов разрядки потребностного напряжения.

Изучение универсальных человеческих потребностей осуществляется на специальных семинарах. Осознанные фрустрированные потребности могут быть обнаружены в клинической беседе. Пациенту предлагается оценить удовлетворенность базовых универсальных потребностей в баллах от 0 до 10. Осознание неосознанных фрустрированных потребностей производится во время индивидуальных и групповых сеансов психотерапии с использованием методов психодинамической психотерапии (арт-терапии, психодрамы, символдрамы).

Если удовлетворение той или иной потребности в силу каких-то причин невозможно, то пациент учится применять конструктивные способы разрядки потребностного напряжения, такие как физическая нагрузка, интенсивная деятельность, смех, плач, исповедь, сублимация в творчество. Приобретенные навыки отрабатываются в тренингах и закрепляются приобретением практического опыта в условиях ТС и реальной жизни. С пациентом также проводится работа по осознанию им деструктивных способов разрядки потребностного напряжения, используемых ранее, и анализируются пагубные последствия, к которым они приводили.

Для оценки эффективности реабилитационной программы нами было исследовано 166 катамнезов пациентов с зависимостью от ПАВ. В основную группу были включены 83 пациента, которые проходили курс реабилитации в амбулаторной программе. Была также исследована контрольная группа, в которую вошло 83 пациента со сходными атрибутивными характеристиками и диагнозами, которые не участвовали в реабилитации.

Установлено, что длительность ремиссии в основной группе была в среднем в 15,6 раз выше, чем в контрольной группе. Средняя длительность ремиссии в основной группе за период наблюдения составила 45,7 мес. (в контрольной группе – 2,9 мес.). В основной группе в ремиссии к концу первого года наблюдения находились 72,3% пациентов от исходного количества (в контрольной группе – 4,8%), к концу второго года – 61,4% (в контрольной группе таких пациентов не было) В основной группе 48% пациентов в течение 3 лет и более пребывали в ремиссии.

После реабилитации 90,4% пациентов основной группы имели семью на момент изучения катамнеза; 84,3% - учились или работали, 85,5% не имели проблем с законом. Улучшение показателей наличия учебы/работы, семьи и уменьшение проблем с законом после прохождения курса реабилитации в основной группе отражает хорошее качество достигнутой ремиссии. В контрольной группе улучшения этих показателей не отмечалось. Напротив, обнаружилась тенденция к разрушению семей и потере социального статуса (утраты работы или учебы и сохранение криминального образа жизни).

Таким образом, работа с потребностями в реабилитационной программе позволяет достичь стойких нормативных изменений в поведении пациентов, страдающих аддиктивными расстройствами.

Стрижев В.А.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ
СРЕДИ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
Кубанский государственный медицинский университет (Краснодар).**

Российская Федерация относится к странам с очень высокой распространенностью потребления табачных изделий. Статистические данные последних лет говорят об увеличении числа курящих, особенно среди женщин молодого возраста. Вопрос о распространенности табакокурения (ТК) среди студенток, молодых девушек не только медицинский, но и социально значимый.

Цель исследования: изучение распространенности, интенсивности и мотивации ТК среди девушек-студенток медицинского вуза.

Материалы и методы исследования: было проведено одномоментное эпидемиологическое исследование среди студенток медицинского университета. В выборку были включены девушки-студентки, обучающиеся на пятом курсе лечебного и педиатрического факультетов в 2012-2013 учебном году. Всем было предложено анонимное анкетирование с помощью анкеты-опросника, включающей в себя 24 вопроса, большинство из которых имело готовые альтернативные ответы. С учетом отказавшихся от анкетирования опрошены 279 студенток. Средний возраст опрошенных составил $20,9 \pm 1,2$ года. Статус курения определялся в соответствии с рекомендациями ВОЗ, согласно которым курильщики – это лица, выкуривающие хотя бы одну сигарету за сутки, бросившие курить – это лица, которые курили в прошлом и не курят в течение 30 и более дней.

Результаты и их обсуждение: потребителями табачных изделий среди студенток являются 19% ($n=53$), из них курят регулярно 71,7% ($n=38$), иногда (от случая к случаю) – 28,3% ($n=15$). Экс-курильщиками являются 4,3% ($n=12$). Процент всех когда-либо куривших девушек составил 23,3% ($n=65$). Число пассивных курильщиц составило 11,5% ($n=32$). Никогда не курили 76,7% ($n=214$) студенток. Средний возраст начала курения у девушек составил $13,8 \pm 2,5$ лет. Следует отметить тот факт, что среди всех опрошенных 3,3% приобрели первый опыт курения в возрасте до 10 лет, 61,5% девушек начали курить в возрасте от 11 до 15 лет. Таким образом, больше половины студенток (64,8%) начали курить ещё в школьном возрасте. Данный факт в очередной раз подтверждает необходимость универсальной профилактики именно в этом возрастном периоде. Анализ интенсивности курения показал, что ежедневно выкуривают до 5 сигарет 35,8% респондентов, от 5 до 10 сигарет – 15,1% студенток, 10-20 сигарет - 47,2% девушек, более 20 сигарет – 1,9%. Результаты исследования говорят о том, что почти половина опрошенных

девушек курит табак в количествах, оказывающих существенное отрицательное влияние на здоровье. На вопрос о причинах курения большинство респондентов (34%) выбрало ответ «за компанию», 14% студенток объяснили причину курения привычкой, 13% курение «нравится», у 11% курения «снимает напряжение», «улучшает работоспособность» 9% курильщиц, 8% девушкам курение «помогает скоротать время», у 8% студенток курение «снижает аппетит», а 3% считают курение «модным». Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что причиной курения среди девушек является влияние компании.

Исследование мотивации первой пробы показало, что основным мотивом явилось любопытство (55%), закурили «за компанию» - 28%, в подражание кумирам – 9%, для «облегчения общения» - 5% студенток, ответ «модно» выбрали 3% респондентов. Таким образом, любопытство является основным мотивом первой пробы среди студенток.

Опрос показал, что бросить курить пытались 49% девушек, а отказаться от курения на время удалось 35%. Вновь начинали курить в среднем через полгода. Причинами отказа от курения явились: 61% - «по собственному желанию», 11% - по совету врача, 9% под влиянием средств массовой информации, 8% по состоянию здоровья, 6% - по совету близких, и 5% - «за компанию». Также исследование показало, что 44% девушек не владеют технологией отказа от курения, 38% не хотят бросать курить, у 15% студенток есть знания о вреде курения, но нет убеждения в необходимости отказа от него, а оставшиеся 3% сослались на отсутствие убедительной информации о вреде курения.

Выводы: данные исследования продемонстрировали высокую распространенность ТК среди девушек-студенток медицинского вуза, что, несомненно, требует более активного проведения профилактических мероприятий, направленных как на отказ от курения, так и на предотвращение вовлечения в ТК некурящих. Кроме того, снижению распространенности курения среди будущих врачей может способствовать развитие профессиональных знаний и подготовленности студентов-медиков, создание системы обучения и подготовки в отношении табачной зависимости с целью формирования у них профессионального отношения к табакокурению.

Урусова В.С.

СУИЦИД И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

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

В последние годы состояние здоровья населения России вызывает все большую тревогу, что связано с ростом заболеваемости, сокращением продолжительности жизни, проявлением различных форм девиантного поведения, в ряду которых наибольшую значимость приобретает рост числа самоубийств. Отечественными и зарубежными учеными установлено, что самоубийство обусловлено множеством факторов: социальных, биологических, экономических, политических, психологических и выступает индикатором благополучия развития общества. Особое внимание в рамках обозначенной проблемы приобретает рост суицидов в подростковой и молодежной среде, что характеризует особенности современного подрастающего поколения. Проблема суицида среди детей и подростков является одной из первостепенных и наиболее актуальных социальных проблем в России.

Установлено, что лишь у 10% подростков в случае самоубийства имеется истинное желание покончить собой, в остальных 90% - это «крик о помощи». Часто суицидальные действия подростков носят демонстративный характер, осуществляются в виде своеобразного «суицидального шантажа». Такие попытки чаще всего спровоцированы наказаниями, которые подросток считает несправедливыми, и бывают окрашены возникающим чувством мести по отношению к обидчику, желанием доставить ему большие неприятности.

Как в зарубежной, так и в отечественной литературе анализируются многие факторы, влияющие на совершение суицида, как у взрослых людей, так и у подростков. Но если психологический, социальный, эмоциональный аспект суицидального поведения в литературе освещен достаточно широко, то медицинская сторона вопроса исследователями вводится практически всегда в рамки психиатрии. А между тем лишь 5% лиц с суицидальными тенденциями обращаются к психиатру или психотерапевту, предпочитая посещение врача общей практики в первичной медицинской сети. В свою очередь, суицидальная симптоматика диагностируется поликлиническими педиатрами лишь в 5% случаев. Также известно, что около 30% лиц, совершивших суицид или суицидальную попытку, в течение предшествующего месяца обращались к врачам и/или психологам, но не получили адекватной помощи.

Определение детей группы риска возможного суицида — задача чрезвычайно трудная. Вопросы о том, кого следует считать потенциальным суицидентом, с какого момента и при каких условиях подросток может быть включен в «группу риска», не имеют однозначного решения.

В настоящее время абсолютно не разработаны схемы диагностики суицидального поведения несовершеннолетних педиатрами поликлинического звена, а также медицинскими работниками школ; недостаточно исследованы медико-социальный статус и качество жизни подростков с аутоагрессивным поведением. В связи с этим дальнейшая работа в этом направлении представляет большой интерес, поскольку позволит разработать эффективную схему диагностики аутоагрессивного поведения детей в условиях поликлиники, а также систему реабилитационных мероприятий, направленных на предотвращение дальнейших суицидальных попыток.

Усачёва Е.Л.¹, Панкова О.Ф.², Смирнов И.И.³

СУИЦИДАЛЬНОЕ (АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ) ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЯВИВШЕЕСЯ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

^{1,3}Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, ²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).

Цель работы. Целью настоящей работы явилось изучение распространенности, структуры и динамики суицидального (аутодеструктивного) поведения у детей и подростков - пациентов психиатрического стационара.

Материал и методы исследования, полученные результаты. Анализируя базы данных в системе электронной истории болезни в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы, нами были изучены все случаи госпитализаций детей и подростков в связи с аутодеструктивным (суицидальным) поведением в течение 2012 г. За ис-

следуемый период число пациентов, у которых имели место те или иные формы суицидальных проявлений, составило 37,84% (165 наблюдений) от общего числа пациентов, поступивших в стационар в экстренном порядке. Распределение по возрасту было следующим: детский возраст до 11 лет - 24 наблюдения (19 мальчиков и 5 девочек) – 14,54% от общего числа изученных пациентов, подростковый возраст 11-14 лет (44 мальчика и 61 девочка) – 63,63%, старший подростковый возраст 15-17 лет (14 мальчиков и 22 девочек) – 21,81%.

По психологическим и клинко-психопатологическим механизмам все изученные случаи суицидального поведения у детей и подростков нами были разделены на три группы.

Первая группа пациентов характеризовалась отсутствием или преходящим характером суицидальных намерений и антивитаальных переживаний. В данной группе было выделено два основных типа суицидального (аутодеструктивного) поведения. Первый тип характеризовался преимущественно шантажно-демонстративными угрозами (39,39%) или попытками (21,81%). В эту подгруппу были отнесены все случаи, когда на высоте аффективного возбуждения (чаще в ходе конфликтных ситуаций), дети и подростки, преследуя определенные цели (например, напугать родных, добиться от родных разрешения поиграть в компьютерную игру, выйти погулять, не делать уроки), прибегали к шантажного характера угрозам покончить собой или нанести себе самоповреждения. В ситуациях, относящихся к суицидальным попыткам шантажно-демонстративного характера, дети и подростки прибегали к каким-либо действиям, имитирующим суицидальное поведение (например, выбегали на балкон, свешивались через подоконник, наносили себе заведомо поверхностные порезы на коже предплечий, имитировали удушье).

Вторую подгруппу (21,21%) составили пациенты, совершившие суицидальные попытки под влиянием выраженного душевного волнения, обозначенные нами как аффективные или аффектогенные. У большинства из этих пациентов антивитаальные переживания непосредственно предшествовали совершению аутодеструктивных действий с суицидальной направленностью, возникая по типу «короткого замыкания». В группы аффективных суицидальных попыток были отнесены незавершенные суициды, когда пациенты намеренно совершали реально опасные для жизни и здоровья действия (отравление, падение с высоты, повешение, вскрытие вен)

Ко второй группе пациентов относились те, у которых суицидальные проявления возникали на фоне затяжного депрессивного состояния, развивающегося как в рамках психогений, так и аффективной патологии эндогенной природы. Здесь было выделено 2 подгруппы пациентов.

В первую подгруппу (7,87%) вошли пациенты, у которых выявлялись стойкие суицидальные мысли и высказывания, которые не носили шантажно-демонстративного характера. Вторую подгруппу (4,84%) составили те пациенты, которые совершили истинные суицидальные попытки, которым предшествовал большей или меньшей продолжительности период подготовки.

В третью группу были отнесены 8 пациентов (4,84%), у которых аутодеструктивное (суицидальное) поведение наблюдалось в рамках грубой психической патологии и являлось следствием достигающей психотического уровня дезорганизации психической деятельности

Суицидальные угрозы и попытки в рамках шантажно-демонстративного поведения встречались в большинстве наблюдений с небольшим перевесом у лиц женского пола. Аффективные и истинные суицидальные попытки у лиц женского

пола встречались примерно в четыре раза чаще, чем у лиц мужского пола. Данные показатели кардинально отличаются от аналогичных показателей у взрослых, где имеет место обратная частота. Также чаще у девочек суицидальные мысли и высказывания, коморбидные с депрессивными проявлениями, встречались примерно в 2 раза чаще, чем у мальчиков.

Несмотря на то, что суицидальные угрозы в рамках шантажно-демонстративного поведения являются доминирующими во всех возрастных группах, с возрастом отмечается явная тенденция к их убыванию, особенно заметная у девочек: 60% в возрасте 7-10 лет и 35% в возрасте 15-17 лет. Напротив, с возрастом у девочек отмечается тенденция возрастания аффективных и истинных суицидальных попыток и коморбидных с депрессией суицидальных мыслей и высказываний.

Выводы. 1. Примерно у 80% всех пациентов наблюдаемые суицидальные проявления совершались под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными и личностными особенностями пациентов.

2. Для данного большинства пациентов оказывается явно недостаточным оказание только медицинской помощи, такие пациенты нуждаются в комплексной помощи с проведением профилактических и реабилитационных мероприятий при участии иных специалистов (психологов, психотерапевтов, социальных работников и т. д.) и вне условий психиатрических учреждений (специальных реабилитационных центрах, кабинетах).

3. Необходимо иметь более четкие медико-правовые критерии оказания лечебной помощи контингенту больных с суицидальными проявлениями, включая при наличии показаний оказание помощи в недобровольном порядке.

4. Требуется проведение мероприятий, направленных на дестигматизацию психиатрии, с тем чтобы пациенты и их родственники не испытывали опасений как при амбулаторным обращении к врачу-психиатру, так и перед госпитализацией.

Фомушкина М.Г.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Тюменская государственная медицинская академия (Тюмень).

Проблема расстройств поведения и роста числа противоправных поступков, совершаемых подростками, по-прежнему актуальна как в социально-нравственном, так и в клиническом аспектах.

С целью изучения особенностей личности подростка с расстройствами поведения нами было обследовано 70 пациентов в возрасте от 14-16 лет (из них мальчиков 74,3%, девочек 25,7%), проходивших лечение в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» с расстройствами поведения, отвечающими диагностическим критериям F91 по МКБ-10 и с общим интеллектуальным показателем по шкале Векслера не ниже 71 балла. Клинико-психопатологически исследовалось поведение подростка в семье, учебной среде, среди сверстников, а также морально-этические аспекты. Психопатологическое обследование дополнялось данными психологических методик, разработанных для обследования подростков: «Уровня развития субъектности личности (УРСЛ)» (Щукина М.А., 2005) и диагностики волевых качеств личности (ВКЛ) (Чумаков М.В., 2006).

Анализ полученных данных показал, что у подростков с расстройствами поведения отмечались нарушения семейной системы. Они в большинстве случаев (77,4%) проживали в неполных, малообеспеченных семьях, где вместо отца был отчим, родители имели асоциальную направленность в поведении. Более половины подростков (67,1%) родители наказывали за провинность, в том числе физически. 61,4% обследованных, также как их родители, были эмоционально неуравновешенными, использовали в речи нецензурные выражения. Остальные пациенты находились в учреждениях интернатного типа. Почти все обследованные вступали в ссоры и конфликты с родителями (воспитателями), 42,9% пациентов не могли себя сдерживать, чтобы не подраться с обидчиком, 27,1% первыми начинали ссору. У всех подростков с расстройствами поведения отмечались пропуски школьных занятий. 50% пациентов не имели устойчивых увлечений, у них отсутствовали интеллектуальные интересы, в свободное время они играли в компьютерные игры агрессивного содержания, вели праздный образ жизни.

В сфере морально-этических аспектов поведения подростков, находящихся на лечении, были выявлены следующие особенности: 67,2% пациентов не были способны преодолевать жизненные трудности самостоятельно, случаи воровства наблюдались у 65,7% несовершеннолетних, только около половины (52,4%) знало, чем они могли бы помочь другим людям в сложных ситуациях. За совершение правонарушений к уголовной ответственности привлекались 37,1% подростков, 87,5% пациентов курили сигареты, 68,5% эпизодически употребляли алкоголь, 40% пробовали вдыхание средств бытовой химии, 11,4% - наркотические вещества.

По результатам диагностики методикой УРСЛ больше чем у четверти обследованных подростков с расстройствами поведения выявлен низкий уровень развития отдельных параметров личностной субъектности. Для 36,6% обследованных была характерна выраженная зависимость, подчиняемость окружающим, они не способны принимать самостоятельные решения, перекладывали ответственность на других людей или на обстоятельства. У 26,6% подростков отмечалась неустойчивость системы интересов, взглядов и ценностей, им необходимы более или менее интенсивные внешние воздействия, чтобы начать действовать. 26,2% имели низкий уровень развития самооценочности, стремились быть незаметными, не имели своего мнения, были готовы от него отказаться, если оно противоречило мнению окружающих, часто ощущали свою ничтожность. У 23,3% пациентов проявлялась ригидность в социальных отношениях, они были склонны действовать по давно сложившемуся обычаю, поступать «как все», «как надо», «как призывали», нестандартная ситуация являлась для них стрессовой. У 20% человек имелись непреодолимые барьеры в общении с окружающими, отсутствовала интеграция в социуме. 20% подростков проявляли импульсивность, не были склонны обдумывать причины своих поступков, прогнозировать развитие ситуации, плохо понимали свои достоинства и недостатки, им трудно было учитывать требования, нормативы социального контекста, в котором они действовали.

Установлено, что низкий уровень волевых качеств (при подсчете общего количества баллов по всем шкалам ВКЛ) имели 40% пациентов: они были неуверенны в себе, безынициативны, несамостоятельны; могли пренебречь своими обязанностями в ситуациях, когда внешний контроль за их действиями ослаблен; у этой части больных отмечались проблемы с произвольной концентрацией внимания; их жизненные цели были недостаточно осознаны; при условии равных способностей они, как правило, достигали меньших или менее стабильных результатов в деятельности, чем другие. По результатам отдельных шкал методики у 43,3% обследо-

дованных были слабо развиты такие личностные качества, как «ответственность», у 40,0% - «настойчивость», у 36,6% - «энергичность» и «выдержанность», у 33,3% - «целеустремленность», у 30% - «самостоятельность», у 26,6% - «решительность» и 20% - «инициативность».

Таким образом, у подростков с расстройствами поведения отмечается дефицит морально-нравственного компонента в структуре личности, который при сохраняющейся неблагоприятной микросоциальной среде является пусковым механизмом для развития аддиктивного поведения, расстройств влечений (бродяжничество, сексуальные девиации), а также способствует развитию личностной патологии.

Худяков А.В., Урсу А.В., Хватков А.А.

ОТНОШЕНИЕ УЧИТЕЛЕЙ СРЕДНИХ ШКОЛ К ТЕСТИРОВАНИЮ УЧАЩИХСЯ НА НАРКОТИКИ

Ивановская государственная медицинская академия (Иваново).

На протяжении последних 8 лет в средствах массовой информации и научной литературе идет спор о целесообразности проведения тестирования учащихся на наркотики. К настоящему времени спор о необходимости проведения тестирования стал неактуален, поскольку в начале июня 2013 г. Президентом подписан закон, в соответствии с которым ученики «в образовательных организациях, реализующих программы общего и профессионального образования», будут проходить тестирование на употребление «наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача». Однако остается дискуссионным вопрос об эффективности тестирования, определяемого снижением немедицинского употребления наркотиков. Это весьма затруднительно, поскольку практически невозможно вычленить роль тестирования из числа других факторов, влияющих на наркопотребление. Косвенным показателем эффективности является оценка отношения населения к тестированию. Ранее нами было изучено отношение учащихся к этому мероприятию. С точки зрения значительной части подростков тестирование не может явиться действенной мерой профилактики немедицинского употребления наркотиков.

В данном сообщении анализируется мнение учителей средних школ по этому вопросу. По специально разработанной анкете нами было опрошено 95 учителей из 7 средних школ, расположенных в разных районах г. Иваново. Во всех этих учебных заведениях ранее проводилось добровольное тестирование на употребление наркотиков. Среди опрошенных в основном были женщины – 94,7%, среди которых преобладали учителя-предметники – 88,4%, классными руководителями были 75,8%.

Положительно отнеслись к тестированию 67,3% учителей, оценили его «скорее положительно» – 23,2%, отрицательно – 1,1% и не дали оценки – 8,4%. Снизит ли проводимое тестирование немедицинское употребление наркотиков? На этот вопрос положительно ответили 31,6%, считают, что «скорее снизит» – 37,9%, «скорее не снизит» – 15,8%, не снизит – 8,4%, не ответили на вопрос – 6,3%. В свете вышеизложенного ожидаемо было получить положительное мнение относительно оправданности затрат на это мероприятие: положительный ответ дали 64,2%, отрицательный – 15,8%, не имеют своего мнения – 20,0%.

Мотивы отказа учащихся от тестирования учителями были оценены следующим образом: чувство противоречия – 35,8%, боязнь выявления факта нарколиза-

ции – 34,7%, запрет родителей – 17,9%, другие мотивы – 5,3%, не дали ответа на вопрос – 6,3%.

Учителя следующим образом оценили процент наркопотребителей среди отказавшихся от тестирования: 44,2% считают, что потребители составляют менее 10%, 13,7% определяют их долю в 10%-29%, 11,6% - в 30%-49%, 7,4% - в 50%-69%, а 5,3% учителей считают, что они составляют более 70%. Показательно, что 17,9% учителей не смогли дать ответа на этот вопрос.

Как отнеслись учащиеся к тестированию? Ответы распределились следующим образом: с пониманием – 55,8%, согласие было вынужденным – 18,9%, иронически – 16,8%, другое – 8,4%. Большая часть учителей (65,3%) считает, что наркопотребители не имеют каких либо социально-психологических отличий от остальной молодежи, не согласны с этим 15,8%, не смогли дать ответ – 18,9%.

В основном учителя поддерживают идею о введении обязательного тестирования – 64,2%, не согласны с этим – 21,1%, не имеют своего мнения – 14,7%. Большинство учителей (72,6%) считает, что для эффективности тестирования достаточно проводить его один раз в год, 13,7% предлагали проводить его ежеквартально, а 3,2% – ежемесячно. Не смогли дать ответ на этот вопрос – 10,5%. Никто из учителей не указал, что имеет достоверные сведения о конкретных потребителях наркотиков в школе, имеют подозрение 21,1%. Большая часть учителей выразила согласие принять участие в профилактике наркомании в рамках своей специальности – 72,6%. При этом 56,8% хотели бы пройти дополнительное обучение по этому вопросу.

Анализ с использованием коэффициента корреляции показал наличие следующих взаимосвязей. Респонденты, положительно относящиеся к тестированию, считают, что оно поможет снизить потребление наркотиков (0,41). При этом в целесообразности тестирования больше уверены педагоги, работающие со старшими классами (0,34). Соответственно, справедливо и обратное утверждение. Мнение об оправданности финансовых затрат коррелирует с мнением о целесообразности обязательного тестирования на наркотики. Учителя, работающие в старших классах (где проводилось тестирование), в большей степени готовы пройти обучение по профилактике употребления наркотиков учащимися.

Таким образом, исследование показало положительное отношение учителей к тестированию учащихся и готовности к участию в профилактических мероприятиях при недостаточном знании реальной ситуации с потреблением наркотиков в образовательной среде.

Чернобровкина Т.В.

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРУПП
АДДИКТИВНОГО РИСКА ПО ДАННЫМ ОБСЛЕДОВАНИЯ
В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

Московский научно-практический центр наркологии (Москва).

У детей и подростков, которые проходят освидетельствование на употребление психоактивных веществ (ПАВ) в наркодиспансерах (НД), кроме мониторинга алкоголизации и наркотизации клинико-биохимическими методами изучались сопутствующие функциональные нарушения и патология внутренних органов и систем, являющихся мишенями для ПАВ. Результаты комплексного клинико-психолого-лабораторного изучения дают объективную информацию об индивиду-

альных адаптационных резервах, толерантности к алкоголю, аллергической готовности организма, а также позволяют судить о наличии/отсутствии наркотизации и ее структуре, стадии формирования аддикции, ее психоорганических и соматоневрологических сопровождениях.

Проведенное на базе амбулаторного отделения НД в Восточном АО г. Москвы лонгитюдное комплексное исследование детей и подростков (7-18 лет) позволяет отметить значительную долю «пораженных» алкоголизацией и наркотизацией детей и подростков, имея в виду не только сам факт эпизодического или систематического употребления ПАВ, но и вызванные этим заболевания печени, поджелудочной железы, почек, сердца, мозга. Так, из 405 обследованных за 2007-2012 гг. мальчиков и юношей (7-18 лет) доля детей и подростков с расстройствами этих типов распределилась неодинаковым образом: в период 2010-2012 гг. по сравнению с 2007-2009 гг. несколько снизился процент выявляемых расстройств печени, поджелудочной железы, а также почек и мочевыводящей системы, но сохранилась и даже заметно возросла доля выявляемых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, а также весьма высок уровень встречаемости сочетанной органопатологии у одного человека (в среднем у $\approx$ от 12% до 40% обследованных ежегодно) как по данным клинико-лабораторных, так и подтверждаемых методами функциональной диагностики (ЭКГ, ЭЭГ) и УЗИ исследований. Кажущееся на первый взгляд снижение встречаемости объективно выявляемой органопатологии в динамике с 2007 по 2012 гг. объясняется тем, что в общем потоке обследованных именно за последние 3 года возросла удельная доля юношей допризывного возраста, направляемых в НД военкоматом, а также доля проходящих диспансеризацию подростков, поступающих на обучение в высшую школу полиции и профессиональные специализированные колледжи. Среди этих категорий подростков значительно реже, чем среди детей и подростков группы риска, обнаруживаются лица, скрывающие употребление ПАВ, и, соответственно, регистрируется большее число практически здоровых ребят. Однако нельзя не отметить постоянно сохраняющуюся высокую долю ребят с нарушенными показателями энергообеспеченности сердечной мышцы (причем регистрируется как *гипо*-, так и *гипер*энергический статус миокарда). Это может объясняться популяризацией потребления молодежью слабоалкогольных энергетических напитков, содержащих компоненты, стимулирующие выброс адреналина, а с другой стороны, продолжающимся увлечением ненормированными нагрузками «качалкой» и потреблением протеиновых коктейлей, рекомендуемых для ускоренного наращивания мышц и компенсации энергетических затрат. Последние в растущем организме на фоне гормональных возрастных перестроек оказывают на миокард эффекты, подобные стимуляторам, и вызывают функциональное истощение надпочечников с падением уровня общей резистентности организма и биохимический симптомокомплекс рабдомиолиза («синдрома раздавливания») с характерными гиперкреатининемией и гиперактивностью креатинфосфокиназы. Часто такой же симптомокомплекс мы находим у наркоманов со стажем в состоянии абстиненции и «ломки».

Но основная тенденция заключается в том, что, наряду со снижением доли детей и подростков, употребляющих героин и в целом ПАВ класса опиоидов, а также стимуляторы или летучие токсиканты, и сохранением доли употребляющих препараты конопли, имеют место увеличение потребления слабоалкогольных напитков – пива и энергетиков – и переход к хаотическому употреблению алкоголя, одурманивающих средств, пробам таблетированных медикаментов в сочетании с курением никотиновых сигарет и спайсов. Такая тенденция для обследуемых детей и подростков группы риска может быть охарактеризована как *период*

неосознанного «экспериментального поиска средств и способов достижения состояний измененного сознания». Для них типичны склонность к экстремальному вызывающему поведению и аутоагрессии на фоне сниженной адаптации и духовной незрелости, выливающиеся в поисковое аддиктивное поведение с выраженной угрозой раннего формирования расстройств психосоматического здоровья даже до развития зависимости от ПАВ.

Причины такой тенденции надо искать в сочетанном взаимодействии причинных факторов социальных, медико-биологических и психологических, что обуславливает необходимость системного взгляда на проблему здоровья подрастающего поколения и мультидисциплинарность в подходах к профилактике аддикций. Например, психологическим тестированием отмечается: отсутствие ответственности за поступки, торможение духовного развития (духовное обеднение, нищета) на фоне влияния родительской депривации, что вызывает внутренний дискомфорт, трудности адаптации и создает ситуацию перехода конфликта в аутоагрессию, отчужденность и жестокость в коммуникативном общении.

Оказалось, что различия частоты встречаемости психосоматических расстройств и самой картины морфофункционального состояния органов и систем у детей и подростков группы аддиктивного риска, впервые выявляемых в условиях амбулаторного обследования в НД и на фоне отсутствия жалоб, могут быть обусловлены и другими причинами, а именно: патогформирующей ролью такого фактора риска, как *семейный алкогольный анамнез*. Для проверки этого предположения мы провели сопоставительный анализ полученных нами в 2007-2012 гг. результатов обследованных 405 детей и подростков о дисрегуляторных нарушениях, предпатологическом состоянии ряда систем и органов или латентно протекающих, рано и быстро развивающихся формах органопатологии при эпизодическом и пагубном употреблении ПАВ без явлений зависимости с результатами аналогичного обследования категории мальчиков 7-18 лет (418 чел.) в том же диспансере в 1996 г.

Возрастающая в отрезке времени ($\approx$ за 15 лет) частота фактора семейной отягощенности алкоголизмом в относительно сходных по численности, возрасту и полу группах мальчиков из категории риска, как ожидалось, может быть связана с обусловленной ростом алкоголизации населения тенденцией увеличения вероятности развития соматического неблагополучия в будущих поколениях. Так, среди обследованных в 2007-12 гг., из 297 детей (73,4%) с выявленными соматическими нарушениями оказалось: у 61% страдал алкоголизмом отец (против 42% в 1996 г.), у 18% – мать (против 12% в 1996 г.) и у 21% (против 14% в 1996 г.) – оба родителя. В среднем в оба сравниваемых периода времени выявленная органопатологии у детей тесно была тесно сопряжена с алкоголизмом отца ($r=0.51$), матери ($r=0.29$), и болезнью обоих родителей ($r=0.62$). Говорить о строгих закономерностях пока невозможно, но ретроспективный анализ частоты выявляемых амбулаторно форм нарушенного здоровья у детей и подростков и уровни корреляционной сопряженности этих расстройств с фактором семейной отягощенности алкоголизмом позволяют предположить и обсуждать возможность накопления в поколениях больных алкоголизмом не только психопатологии, но и других рисков, в частности, высокой степени уязвимости соматической сферы с соответствующим снижением адаптивных способностей.

Нами ранее обнаружена и описана эта предполагаемая зависимость на примере результатов, полученных в клинко-лабораторных экспедиционных исследованиях, проведенных в регионах Чукотского автономного округа. Так, причины резкого роста (в 8.2 раза) признаков умственной отсталости и психических (ост-

рых и хронических) расстройств у детей, а также увеличения в 2.4 раза случаев врожденных аномалий развития и умственной отсталости у подростков, наблюдаемых за 10-летний период 1991-2001 г.г., мы предположительно связывали с реализованным «вкладом» больных алкоголизмом родителей в потомство, что на общепопуляционном уровне вполне вероятно, но требовало четких математических доказательств. Действительно, высокие уровни алкоголизации, алкогольной коморбидной заболеваемости и смертности при изучении массивных выборок из числа взрослых коренных жителей Чукотки были нами объективно зафиксированы в экспедиционных исследованиях и описаны в 1984 и 1991 годах. Фактически – эти наблюдения могут собой представлять фенотипическое (эпигенетическое) отражение эффектов антропогенного груза алкоголя в поколениях, пагубный «вклад» родительского алкоголизма в здоровье последующих поколений. Тогда, в 80-е и 90-е гг. XX в. в публикациях и на закрытых конференциях в Новосибирском Академгородке и в г. Анадыре обсуждалась актуальная проблема вырождения под влиянием алкоголя коренных жителей как на территориях Российского севера, так и среди жителей американской Аляски. Похоже, что проблема *алкогольного наследственного шлейфа*, или *антропогенного алкогольного груза*, с тех пор расширила и свои пространственные географические, и временные границы, перешагнув в век нынешний.

Наблюдаемые сегодня результаты клинико-лабораторного исследования в НД состояния здоровья детей и подростков групп риска косвенно подтверждают вероятность «накопления» антропогенных эффектов и проявления патогенности алкоголя и наркотиков в целых поколениях и тем самым позволяют не только качественно, с клинических позиций, но и количественно оценить реальную степень катастрофичности семейных форм алкоголизма для демографических процессов. Вышеизложенное дает основания предметно рассматривать вопрос о снижении *адаптационного потенциала* вновь рождающихся детей в наркологически отягощенных семьях и экологической опасности немедицинского употребления ПАВ для социума в целом, а также диктует необходимость переоценки значения проводимого в НД профилактического диагностического обследования детей и подростков и разработки новых организационных форм, моделей стандартизации профилактики психосоматических расстройств и заболеваний, коморбидных с аддикциями.

Александрова Н.В.

СЕМЕЙНЫЙ КОНТЕКСТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

**Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова
(Санкт-Петербург).**

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией и СПИДом в России началась в конце восьмидесятых-начале девяностых годов прошлого столетия. В те же годы детское население оказалось под ударом – сразу в нескольких медицинских учреждениях России парэнтерально были заражены дети разных возрастов. В те годы заболевание было неизлечимым, о путях заражения существовало много мифов, практически все заболевшие или инфицированные боялись огласки, так как общество каждого пациента было склонно рассматривать как принадлежащего к группам риска (гомосексуальным и пр.). Семьи с ВИЧ-инфицированными детьми также не избежали участи изгоев, определенной сегрегации. Достаточно сказать, что детей не брали в детские учреждения, а семьи, получившие положенные льготы (квар-

тира, пенсии и т. д.), подвергались разным формам социальной дискриминации. Многие дети не дожили до появления терапии, позволяющей продлить срок жизни.

Характеризуя семейный контекст детей этой условно первой волны распространения ВИЧ (парэнтеральное заражение в медицинских учреждениях), можно отметить следующие особенности:

1. Все эти дети имели благоприятный для их личностного развития опыт жизни с родными (отец, мать) и любящими их людьми.

2. Родители этих детей испытывали сильное чувство вины не столько в связи с заражением их, сколько с тем, что позволили госпитализировать их и тем самым подвергли риску инфицирования, вследствие чего в семьях нарастали тревога и напряжение, в первую очередь у взрослых.

3. Инфицированность ребенка, необходимость обследований, лечения, социальная сегрегация, материальные трудности привели во многих семьях к проявлению ранее дремавшего супружеского конфликта, что привело во многих случаях к разводу – уходу отцов из семей и одиночеству матерей с инфицированным ребенком. Подобная ситуация еще больше усиливала напряжение и тревожность у женщин;

4. Накапливающиеся напряжение, вина, тревога приводили к тому, что родители этих детей становились агрессивными в социальном общении, требовательными по отношению к медперсоналу тех учреждений, где оказывалась помощь детям, занимали позицию «нам все должны».

5. В отношении детей тревога, страх, вина приводили к воспитанию по типу потворствующей или доминирующей гиперпротекции, что в свою очередь вкупе с заболеванием инфантилизировало детей.

6. Заболевание ребенка, ожидание «чуда» - необыкновенного лекарства приводили к тому, что при появлении терапии, требующей скупуплезности в выполнении назначений именно от родителей, разочаровывали последних, и они, как это ни звучит парадоксально, не хотели выполнять предписания медперсонала. За годы жизни с больным ребенком родители приспосабливались к болезни и боялись тех перемен, которые пришли бы в их жизнь при выздоровлении детей. Для родителей становилось проблемой, как сказать ребенку о заболевании и тех ограничениях, которые оно приносит в их жизнь (как сказать подростку о сексуальных проблемах, связанных с инфицированием и 122 статьей УК).

7. Ситуация с наличием инфицированного ребенка выявляла личностную проблематику самих родителей.

Таким образом, именно родители инфицированных детей этой первой волны нуждались в психотерапии.

По мере развития заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России менялся контингент как больных взрослых, так и инфицированных детей. Заражение детей стало в основном внутриутробным, а матери инфицировались либо парэнтерально при употреблении психоактивных веществ, либо половым путем в контакте с инфицированным партнером. Несмотря на то, что внутриутробное заражение на сегодняшний день не превышает 1-3% при условии ранней терапии беременной женщины, приходится констатировать наличие детей с ВИЧ инфекцией, полученной именно внутриутробно.

Семейный контекст таких детей отличается от такового у детей первой волны:

1. Как правило, это дети из семей наркоманов, где женщины либо не принимают терапию вовремя, либо встают на учет на поздних сроках. В таких семьях

происходит либо отказ от детей в роддоме, либо родителей лишают родительских прав в связи с асоциальным образом жизни. Дети в таких семьях могут подвергаться разным формам насилия.

2. Часть этих детей попадает под опеку ближайших родственников (как правило, бабушек) и далее воспитываются последними с той или иной степенью гиперопеки.

3. Другая часть детей оказывается в государственных учреждениях на разных стадиях развития. Если ребенок с рождения находится на попечении государства, у него осложняется личностное развитие – не формируется объект постоянной привязанности, а следовательно, нарушается формирование границ. Ребенок не научается любить, так как не имел опыта любви к себе. Такой ребенок инфантилен, имеет низкую самооценку, высокую тревожность. Дети, попадающие в более позднем возрасте в детдома, имеют отрицательный опыт потерь, насилия над ними, что также неблагоприятно отражается на их личностном развитии. Кроме того, очень многое зависит от персонала того учреждения, в котором находится ребенок. Если это обычный детский дом, то персонал может не знать об особенностях детей с ВИЧ-инфекцией. Если это медицинское учреждение, то перед персоналом нет задачи воспитывать, обучать, способствовать личностному росту ребенка. Кроме того, персонал любого учреждения не свободен от общебытовых воззрений на этих детей («бесперспективные, никому не нужные»), что в той или иной мере и форме проявляется в отношении к детям.

Таким образом, современные ВИЧ-инфицированные дети, как живущие с опекунами или усыновителями, так и в государственных учреждениях, нуждаются не только в психологическом сопровождении на пути их личностного роста. Эти дети нуждаются в командном сопровождении – медицинском, воспитательском, педагогическом, психологическом, при этом каждый специалист знает зону своей ответственности и уважает ответственность и компетентность остальных членов команды. В подобном командном сопровождении нуждаются и опекуны, и усыновители детей.

В каждом случае усыновления или опекуна важно не только разобраться с мотивацией взрослых, но и подробно ознакомить их с особенностями развития и способами личностного реагирования ребенка, помочь установлению контакта и продолжать сопровождение и после того, как ребенок оказался в новой семье.

Беккер О.Ю.

**НАРРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ В РАМКАХ
ППМС-ЦЕНТРА
ППМС-центр «Развитие» (Санкт-Петербург).**

Семейное консультирование позволяет членам семьи разобраться в том, что происходит, дает возможность высказаться и быть услышанными, найти новые силы, и ресурсы, чтобы двигаться и развиваться дальше [2, 5, 7]. В процессе беседы специалист выясняет особенности взаимодействия в семье, что позволяет сформулировать гипотезу, о возможных паттернах поведения. Любое поведение в семье – это коммуникация [1, 5], это способы, которыми члены семьи пытаются достичь своей цели, ведут борьбу за власть, удерживают гомеостаз.

Как отмечает Копытин А.И [3], «...благодаря применению различных приемов постмодернистского «деконструирования» специалисты начинают осознавать, что любые интерпретации и иные виды обратной связи так или иначе отражают

господствующие в обществе отношения неравноправия и тесно связанные с ними формы культурного и профессионального дискурса». Одним из таких направлений является нарративный подход.

В беседе, с помощью вопросов, специалист от процесса творческого самовыражения переходит к другим формам отображения действительности – повествованию, рассказу, письму [3, 4, 6.]. В ходе беседы создается «насыщенное» описание предпочитаемой истории. Основные техники нарративного подхода, в рамках которого происходит задавание вопросов, это экстернализация, пересочинение, восстановление участия, свидетельский отклик, «отсутствующее, но подразумеваемое».

«Хорошие вопросы делают видимым невидимое и подвергают сомнению само собой разумеющееся» [6]. Хорошие вопросы в нарративном подходе формулируются в экстернализирующем языке. Экстернализация позволяет занять рефлексивную позицию, в которой и ребенок, и родитель смогут:

- осознать ограниченность влияния доминирующей проблемной истории;
- выявить исключения из нее, выстроить из них альтернативную историю;
- убедиться, что эта история является предпочитаемой;
- создать описание этой истории, отразив последовательность событий в прошлом, настоящем и возможном будущем, связанных общей смысловой, и ценностной темой.

Главная идея нарративного подхода не в том, что есть хорошая история и есть плохая, а что есть много историй. Помочь человеку увидеть с помощью уникального эпизода, что у него есть еще и такая история.

В рамках этой системы психологической помощи могут быть встроены следующие этапы:

1. познакомиться с клиентом за пределами «сферы влияния» проблемы.
2. помочь клиенту сформулировать предпочитаемые жизненные направления.
3. помочь клиенту выделить факторы, препятствующие или помогающие двигаться в предпочитаемом направлении.
4. помочь клиенту изменить отношения к факторам, препятствующим движению в предпочитаемом направлении, и укрепить отношения с факторами, способствующими движению в предпочитаемом направлении.

Сочетание творческого самовыражения и последующее обсуждение, беседа, направленная на расширение возможных позитивных жизненных историй семьи, позволяет родителям и детям находить новые решения и способы взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я. Системная психотерапия супружеских пар. – М.: Когито-Центр, 2012. – 342 с.
2. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. / Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии. - СПб.: Речь, 2010. – 256 с.
3. Копытин А.И. «Системная арт-терапия». СПб.: Питер, 2001 – 221 с.
4. Кутузова Д.А. Введение в нарративную практику // Журнал практического психолога, № 2, 2011. - С. 23-41.
5. Современный ребенок. Энциклопедия взаимопонимания / Под ред. А.Я. Варги. – М.: Прагматика культуры, 2006. – 640 с.
6. Уайт М. Карты нарративной практики. - М.: Генезис, 2010. – 326 с.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Центр социально-психологической адаптации и развития подростков
«Перекресток» МГППУ (Москва).**

В последние годы в мире наблюдается тенденция к включению средств обратной связи от клиентов в процесс социальной и психологической работы. Под обратной связью понимается возможность получателей услуг оценивать процесс и результаты такой работы и влиять на них. В рамках психологического консультирования использование средств обратной связи позволяет снизить риски преждевременного завершения консультирования и повысить его эффективность. Использование таких методик обратной связи позволяет также строить отношения с клиентами, основанные на сотрудничестве, т. к. у клиентов появляется возможность участвовать в процессе решения своих проблем в качестве активного партнера, а не только “получателя” помощи. У клиента появляется “право голоса”.

Поскольку основными требованиями к методикам, позволяющим собрать и проанализировать обратную связь от клиента, является экономичность и краткость, Б. Дункан и С. Миллер разработали 2 шкалы (ORS и SRS), заполнение которых занимает минимальное количество времени и не требует серьезных усилий со стороны клиента. Обе шкалы состоят из четырех линий длиной 10 см каждая, на которой клиенту предлагается поставить отметку, отражающую его мнение. С левой стороны находятся низкие значения, с правой – высокие. Сумма баллов по каждой из четырех линий дает общий балл, выраженный в сантиметрах, от 0 до 40. Данные шкалы используются для подростков и взрослых, начиная с 13 лет.

Шкала оценки результата (Outcome Rating Scale) предлагает оценить уровень благополучия за последнюю неделю в следующих областях – индивидуальной, в личных отношениях (в семье или с близкими), социальной (на работе/учебе, с друзьями) и общий уровень благополучия. Изменения по данным параметрам отражают основные показатели успешной психологической помощи. Шкала заполняется в начале встречи. Шкала показала себя как надежный и валидный инструмент в исследованиях на клинической и неклинической выборке.

Шкала оценки встречи (Session Rating Scale) полностью посвящена оценке терапевтического альянса – фактора, являющегося одним из лучших предикторов успешности психологической помощи. Инструмент позволяет дать оценку прошедшей встрече по следующим параметрам: отношение специалиста; адекватность выбранных целей работы и тем разговора; приемлемость подхода или методов, используемых специалистом; общая оценка встречи. Шкала заполняется в конце каждой встречи. Данный инструмент также показал достаточно высокие значения надежности и валидности в обычной психологической практике.

Таким образом, значения по Шкале оценки результата отражают изменения состояния клиента и позволяют отслеживать его динамику, а значения по Шкале оценки встречи отражают изменения в отношениях между специалистом и клиентом. Инструменты получения обратной связи делают процесс психологической помощи более открытым и прозрачным, позволяя клиентам влиять на ее процесс и принимать совместные с психологом решения (например, при отсутствии прогресса по шкале или при ухудшении изначальных оценок может быть полезным открыто обсудить возможности изменения подхода, частоты консультаций или перенаправления к другому специалисту). Использование комбинации описанных

шкал позволяет значительно повысить эффективность психологической помощи и снизить количество преждевременного “выпадения” клиентов. При использовании данных шкал в консультировании взрослых в 3,5 раза увеличивается вероятность достижения клиентом достоверных положительных изменений и в 2 раза снижается вероятность ухудшения.

Существуют также варианты обеих шкал для детского возраста и для групповой работы. Так, для детей от 6 до 12 лет были разработаны 2 аналогичные шкалы - CORS и CSRS (Duncan, Miller, Sparks, 2003). Шкала CORS предлагает ребенку оценить уровень благополучия в 4 областях - личной (“Как у меня дела”), в семье (“Как дела в моей семье?”), в школе (“Как дела у меня в школе?”) и в целом (“Как дела в общем?”). На концах шкал расположены рисунки улыбающегося или хмурущегося лица, что позволяет детям быстрее понять смысл инструкции и поставить отметку на шкале. Валидность и надежность шкалы были подтверждены исследованием на группе детей, получавших психологическую помощь. Шкала CSRS позволяет ребенку дать обратную связь по поводу того, слушали ли его (отношение специалиста), были ли важно содержание беседы/игры (цели и темы работы), понравилось ли ребенку то, что делал специалист (адекватность метода) и как прошла встреча в целом (общая оценка).

Описанные шкалы также могут быть использованы в семейном психологическом консультировании и групповой работе. Так, различия в оценках членов семьи могут дать богатые возможности для обсуждения того, что является проблемой, кто больше всего заинтересован в изменениях и что будет считаться улучшением.

Шкалы были переведены на русский язык с помощью профессиональных переводчиков, а также осуществлена проверка с использованием процедуры обратного перевода и последующим внесением исправлений. Русскоязычные версии шкал показывают надежность и признаки валидности в использовании на российской выборке. Шкалы на русском языке можно бесплатно скачать на сайте www.centerforclinicalexcellence.com.

Захаров Н.П.

КОГНИТИВНЫЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ СТИЛЬ ПРИ ФОБИЯХ, ПАНИЧЕСКИХ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).

В когнитивно ориентированной психологии и психотерапии эмоционально-поведенческие реакции и состояния человека рассматриваются вторичными по отношению к его мышлению, интеллектуальному опосредованию внешних воздействий или внутренних состояний. Особенности переработки информации и когнитивные профили при фобиях, панических и тревожно-депрессивных состояниях изучались в наших исследованиях, направленных на разработку эффективных психотерапевтических технологий помощи лицам с пограничными и аддиктивными расстройствами. При этом в качестве «мишени» для лечебно-коррекционных воздействий рассматривались проблемно-ориентированные осознаваемые и неосознаваемые вербальные и невербальные (наглядно-образные) мыслительные операции пациентов. Среди них наиболее важное место имела идентификация (отождествление, распознавание сущности, места и значения актуальной ситуации среди других ситуаций и проблем).

Идентификация опирается на ряд мыслительных операций более мелкого масштаба, в первую очередь на процесс ассоциирования с негативными когнитивно-эмоциональными артефактами – фактами памяти, отдаленного или ближайшего личного прошлого, содержащими когнитивные искажения в виде дизадаптирующих трактовок полученного опыта. Такие артефакты ориентированы из прошлого в настоящее и будущее и спаяны с заметными отрицательными эмоциями. Их особенностью является способность флюктуировать из архивов памяти и внедряться в последовательность эмоционально-поведенческого реагирования при восприятии тождественных или аналогичных стимулов и направлять исход реагирования в деструктивную сторону, побеждая доводы разума и логику, особенно у детей и инфантильных лиц. Помимо ассоциирования при идентификации факта, ситуации или объекта синхронно включается их интерпретация в качественном и количественном плане. Обследованные лица были склонны к негативным интерпретациям, преувеличивали (катастрофизировали) сложность проблем, во всех случаях была заметна боязнь и драматизация отрицательных эмоций. Это предопределяло соответствующую негативную полярность и яркость эмоционально-поведенческих реакций.

Третьим элементом идентификации являлось прогнозирование – анализ факта с ориентацией в будущее, разработка вариантов развития событий и стратегий достижения желаемой цели. Оно, также как ассоциации и интерпретации, в соответствии со своим знаком – позитивным, нейтральным или негативным – влияло на итоговое состояние. Прогностические схемы у обследованных сводились к конвергентному, одновариантному негативному представлению о будущем. Их построение нередко происходило задолго, иногда за годы, до непосредственного столкновения с реальностью. Пациенты необоснованно предполагали высокую вероятность, чаще всего абсолютную неизбежность, плохого, в т. ч. фатального развития актуальных событий. Здесь могло быть ошибочное ожидание конкретных, в основном близких, опасностей (нападения собаки, крушения самолета, скандала, увольнения, измены, пренебрежительной реакции, унижительной сцены, обморока, инсульта, инфаркта, смерти, судорожного приступа, сумасшествия и т. п.). В других случаях негативные прогнозы отличались недифференцированным, аморфным характером – «случится что-то ужасное». Многовариантное (всереобразное) и пошаговое прогнозирование с последовательным рассмотрением динамики событий для больных было нехарактерно. Если им предлагалось рассмотреть будущее подробно этап за этапом, то они прогнозировали разнообразные непропорционально тяжелые осложнения в развитии ситуаций, вплоть до собственной смерти в итоге, например, из-за последствий школьной неуспеваемости или невозможности восстановить отношения с любимой девушкой.

Обследованные лица не разрабатывали конструктивных мероприятий по предупреждению опасного исхода, решению возможной проблемы, уменьшению или компенсации возможного вреда или ущерба, выбирая в основном тактику избегания, капитуляции и последующего пассивного переживания психотравмирующего события («Я этого не перенесу», «Уж лучше повеситься», «Я сойду с ума», «У меня разорвется сердце» и т. п.). В основе этого лежал привычный шаблон каузальной атрибуции – субъективного объяснения причин и мотивов собственного поведения собственной беспомощностью и неполноценностью с императивом потери контроля над собой и способности управлять происходящим с боязнью этой беспомощности.

Эмоции вообще и тревожность, страхи, панику или депрессивность в частности пациенты связывали с непосредственным воздействием какой-либо причины,

а не с мыслями о ней, связанное с ней душевное состояние определялось в качестве объективной необходимости, неизбежности и безальтернативной заданности этим факторами. Больные не рассматривали себя творцами своих собственных отрицательных эмоций, создателями своего заболевания. Опыт поступков оценивался тенденциозно, в аналогичных ситуациях игнорировалась объективная информация, заменяясь субъективной трактовкой происходящего («Я действительно неполноценен и беспомощен», «Я действительно чуть не сошел с ума», «Я действительно мог здесь пострадать» и т. п.), выгодной для удовлетворения концептуальных иллюзий и связанных с ними дизадаптивных когнитивно-эмоциональных поведенческих шаблонов.

Прицельное использование рассмотренных когнитивных «мишеней» в структуре любых направлений психотерапии значительно ускоряет лечебный процесс. Без изменения их содержания лечебный эффект не наступал.

Корень Е.В., Степунина Н.Е.

**К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ
ОБОСНОВАНИИ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА**

Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва).

Развитие психосоциальной составляющей комплексной помощи является одной из стратегических задач, стоящих перед детской психиатрией в плане совершенствования помощи детям и подросткам с психическими расстройствами. Этим определяется необходимость научного обоснования и методологического обеспечения эффективных программ психосоциальной реабилитации (ПСР), позволяющих учитывать весь комплекс специфических психосоциальных потребностей психически больного ребенка, включая разработку и внедрение различных форм и методов психосоциальной терапии (ПСТ) как интегральных параметров, отражающих психосоциальный ресурс развития и определяющих устойчивую реадaptацию и реинтеграцию ребенка в сообществе с учетом специфики детской психиатрии, в первую очередь, определяемой наличием фактора развития.

Особый интерес представляет поиск подходов к решению проблемы повышения эффективности реабилитационных программ (модулей) помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра как особой категории больных со специфическим профилем клинко-социальных потребностей на основе концепции социального выздоровления, выводящей на первый план требование повышения уровня социального функционирования и качества жизни больных как ключевых детерминант, обеспечивающих наиболее благоприятное психосоциальное развитие ребенка.

Целью настоящей работы являлось изучение динамики просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков при проведении групповой PST у подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы В исследование с контрольной группой были включены 56 подростков (34 девушки и 22 юноши) в возрасте 15-17 лет (средний возраст $17,4 \pm 0,8$ лет), страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (средний стаж заболевания $5,1 \pm 2,7$ лет) на этапе становления ремиссии. С подростками основной группы (30 больных) проводилась групповая PST в груп-

пах по 6-8 человек. Модуль включал 12 занятий 1 раз в неделю (по 120 минут), на основе психообразовательного подхода с тренингом коммуникативных навыков.

В обеих группах проводилась динамическая оценка (через 3 мес.) со статистической обработкой уровня социального функционирования по CGAS и PedsQL, просоциального поведения (опросник «Сильные стороны и трудности» SDQ и опросник социальных навыков А. Гольдштейна). Для оценки качества и напряженности механизмов совладания в ходе социальной адаптации подростков применялся адаптированный копинг-тест Лазаруса. Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении PANSS.

Результаты и их обсуждение. По шкале PANSS наблюдалась сопоставимая редукция психопатологической симптоматики за 3 мес. в обеих группах (в основной группе с $75,6 \pm 9,9$ до $60,2 \pm 9,2$, а в группе сравнения – с $76,3 \pm 10,7$ до $64,3 \pm 7,8$) без статистически значимых различий между группами. Динамика по CGAS показала статистически достоверные различия между группами ($p < 0,05$), что говорит об отчетливой терапевтической эффективности занятий ($d_c = 0,5$). По PedsQL в обеих группах прослеживается повышение качества жизни, более отчетливо выраженное в основной группе: статистически достоверные различия между группами отмечаются в сфере общения со сверстниками ($p < 0,05$). При сравнении оценок родителей в обеих группах статистически значимые различия отмечались в сферах общения со сверстниками ($p < 0,01$; $d_c = 0,6$) и учебы ($p < 0,05$; $d_c = 0,5$).

По SDQ выявлены достоверные отличия между группами в динамике просоциального поведения ($p < 0,001$), а по оценке родителей подростков – в динамике просоциального поведения ($p < 0,001$), трудностей в общении со сверстниками ($p < 0,05$) и общего балла трудности ($p < 0,01$).

По результатам опросника социальных навыков А. Гольдштейна для подростков обеих групп была характерна низкая оценка социальных способностей сверстников (нормативный диапазон 3,00-3,60) при не выходящей за нормативный диапазон, но находящейся на нижней границе нормы оценке собственных социальных способностей (нормативный диапазон – 3,10-3,85). Коэффициент отличия в обеих группах превышал установленную границу в 1,10 баллов. В динамике группы достоверно различались по большинству показателей: средняя оценка своих социальных навыков ($p < 0,05$) и социальных навыков сверстников ($p < 0,001$), начальные навыки ($p < 0,001$), реакция на мнение другого человека в разговоре ($p < 0,05$), планирование предстоящих действий ($p < 0,01$) и альтернатива агрессивному поведению ($p < 0,05$) в основной группе получили достоверно более высокие оценки. Коэффициент отличия в основной группе через 3 мес. занятий не выходил за нормативный предел, а в группе сравнения оставался выше нормы. Наиболее часто используемыми стратегиями по копинг-тесту Лазаруса в обеих группах были принятие ответственности, поиск социальной поддержки и избегание. При оценке через 3 мес. подростки основной группы достоверно чаще при столкновении с трудностями прибегали к поиску социальной поддержки ($p < 0,01$) и положительной переоценке происходящих изменений ($p < 0,05$), что свидетельствует о развитии навыков эффективной саморегуляции. У подростков группы сравнения преобладающие копинг-стратегии остались прежними.

Выводы. Групповая ПСТ с подростками оказывает значимое положительное влияние на их социальное функционирование за счет формирования и развития социальных навыков, направленных на преодоление последствий заболевания и улучшение социальной адаптации (просоциальное поведение, начальные навыки общения, реакция на мнение другого человека в разговоре, планирование пред-

стоящих действий, альтернатива агрессивному поведению), повышения стрессоустойчивости с возрастом напряженности функциональных видов копинга, а также изменения самооощущения с повышением оценки собственной социальной компетентности, уверенности в себе, что позволяет подросткам не только выходить на более высокий уровень социального функционирования, преодолевая трудности во взаимоотношениях со сверстниками, являющиеся одним из ведущих факторов в их социальной дизадаптации, но и удерживаться на достигнутом уровне, продолжая самостоятельно набирать недостающие навыки и повышая тем самым уровень социальной компетентности.

Тотальность позитивных изменений, лежащих в основе улучшения в сфере взаимоотношений со сверстниками, выявленных с помощью опросников PedsQL и SDQ, и повышения общего уровня социального функционирования (по CGAS), позволяет предположить наличие каскадного механизма формирования социальных навыков в процессе ПСР, отражающих динамику психосоциального развития подростков, где выбор в качестве базовых «мишеней» социальных навыков, оказывающих наиболее заметное влияние на уровень социального функционирования подростков, является пусковым фактором для формирования и улучшения других навыков, «добираемых» участниками группы самостоятельно благодаря внутрigrupповому взаимодействию и общению со сверстниками вне группы.

Корнеева В.А., Шевченко Ю.С.

ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ: ЭТОЛОГО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).

В настоящее время применение технологии холдинг-терапии вышло за клинические пределы, а ее теоретическая интерпретация уже не укладывается в узкие рамки первичной психоаналитической парадигмы. Наш опыт использования холдинг-терапии позволяет говорить о ее эффективности в отношении широкого круга нервно-психических расстройств, отмечающихся в детском возрасте. В частности, данная технология с успехом использовалась в комплексном лечении детей в возрасте от 4 до 12 лет, не только страдающих расстройствами аутистического и шизофренического спектра, но также с различными формами пограничных состояний: истерических, фобических, психопатических и психопатоподобных, системных соматовегетативных и поведенческих расстройств (элективный мутизм, СДВГ, патологические привычные действия, патохарактерологические реакции протестного, агрессивного, аутоагрессивного типа и др.) При этом холдинг осуществлялся не только матерью или другим родственником после соответствующего обучения, но и самим психотерапевтом во время занятий. Основными показаниями к использованию данного приема являлись отказ ребенка от выполнения инструкций родителей или психотерапевта и/или проявление агрессии по отношению к окружающим.

Можно предположить, что **холдинг** воздействует на поведение ребенка двойным образом. Он протраивает иерархию в диадных отношениях на основе «кто сильнее», а также формирует взаимную привязанность по механизму импринтинга, обеспечивающегося выбросом окситоцина (который называют также «гормоном объятий», «гормоном счастья» и т. п.), провоцируемого «железными объятиями». Это объясняет эффект последствия доведенного до конца холдинга – дети не только успокаиваются и начинают подчиняться (в частности, смотреть в

глаза), но и проявляют положительные эмоции в отношении взрослого, осуществившего данную эмоционально стрессовую процедуру. При лечении детей с аутизмом сочетание холдинга с интраназальным введением окситоцина (может быть, не только ребенку, но и матери), вероятно, способно обеспечить позитивный регресс к состоянию послеродового импринтинга. Та же процедура может быть использована в отношении обоих партнеров в случае усыновления или удочерения ребенка.

Технически холдинг-терапия осуществлялась в виде нескольких вариантов. Так, например, в зависимости от физического развития и степени сопротивления ребенка человек, проводящий холдинг, может уложить его на жесткую поверхность (кушетка, пол) и лечь сверху, максимально ограничив движения ребенка. Другой вариант – взрослый самостоятельно или с помощью ассистента фиксирует конечности ребенка в лежачем или сидячем положении. Фиксация должна быть безопасной, но жесткой, что позволяет нам использовать понятный для ребенка рабочий термин «железные объятия». Последний логически включается в контекст словесных обращений к ребенку (например: «Я слишком тебя люблю, чтобы позволить твоим капризам руководить твоим поведением, что может повредить твоему здоровью, характеру и отношениям с другими людьми» или «Я не только умнее и опытнее, но и сильнее. Поэтому пока я главный, я твой начальник. А любящий и сильный начальник – это тот человек, которого нужно, полезно и выгодно слушаться»). Удержание осуществляется до тех пор, пока ребенок не перестанет сопротивляться и не вступит в продуктивный диалог. После того, как ребенок согласится выполнить предъявляемую инструкцию, холдинг прекращается, и в случае выполнения инструкции, ребенок получает поощрение. В случае обмана холдинг возобновляется и назначается штрафное время, после которого возобновляется диалог.

Критерием эффективности удержания является то, что ребенок начинает себя вести «по правилам», отказавшись от деструктивных поступков, подчиняясь старшим и старательно работая.

Опыт показывает, что эффект данного приема сохраняется как минимум несколько дней и в последующем не всегда требует повторения, поскольку часто достаточно только напоминания о возможности его применения.

Как видно из приведенных примеров, данный вариант холдинг-терапии направлен не на символически-психоаналитическое «воссоединение» матери и ребенка, а на бихевиоральное обучение нужным поведенческим моделям и аверсивное преодоление негативных вербальных и невербальных стереотипов. Второй механизм психотерапевтического воздействия холдинг-терапии относится к более глубоким инстинктивным механизмам поведения. Этологические аналоги холдинга широко представлены в поведении многих животных, в частности, в их взаимоотношениях как друг с другом, так и со своими детенышами. Насильственно прижав и обездвижив более молодого и слабого, но не навредив ему, доминантная особь фактически мгновенно простраивает иерархию в их взаимоотношениях. В отношении ребенка данный этологический механизм может быть дополнен когнитивным приемом в виде следующего тезиса: «Сильный и любящий родитель – это тот «президент», которого дети сами бы избрали, если бы имели такую возможность».

КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

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

Интерактивная сторона общения включает в себя компоненты общения, связанные с взаимодействием людей, с непосредственной организацией их совместной деятельности. Кооперация, т. е. координация единичных сил участников - необходимый элемент совместной деятельности.

Модернизации в обучении. Современные технологии обучения - дистантное обучение, компьютерное обучение, программированное обучение. Существуют программы линейные и разветвленные. В линейной программе каждый учащийся изучает одну и ту же, одинаковую для всех последовательность учебных частей. При работе с разветвленной программой учащиеся обучаются различным путем в зависимости от своих индивидуальных особенностей. В репетиторских системах используются управляющие воздействия, идущие как от программы, так и от самого учащегося, т. е. осуществляется диалог между учащимся и машиной. В обучении используется и интернет. Интернет принято называть интерактивной сетью (взаимодействие). Преподаватели используют мультимедийные технологии интернета. Преподаватель осознает ответственность разработанных им программ обучения.

Метод ролевой игры. В ролевой игре моделируются человеческие взаимоотношения, например, в учебном коллективе. Моделирование человеческих взаимоотношений представляется наиболее простой задачей, поскольку сама игра является общением в рамках определенных взаимоотношений участников и сам материал как бы соответствует реальности взаимоотношений. Но именно это сходство и определяет не только специфику, но и основную трудность организации ролевых игр. Основная ошибка заключается в том, что роль психологически не прорисовывается. Какой педагог, инициативный или пассивный, требовательный или уступчивый и т. п., – участнику игры не ясно. И он вынужден играть самого себя в представляемой ситуации. Поэтому и критика при анализе направлена не на роль и модель ситуации, а на личность участников. Особый эффект достигается именно тогда, когда психологический портрет роли совпадает с личностными особенностями участника, т. к. осознанная и заданная роль все равно отчуждается от ее носителя и может обсуждаться, не задевая прямо участника, но воздействуя на него, как на кого-то другого. В этом воздействии принимает участие и сам носитель роли. В-третьих, роль выступает как отражение важнейших личностных качеств участников игры, конечно, при условии сознательно поставленных воспитательных целей организаторами игры. При неумелой организации игры описание роли и характер ее исполнителя сочетаются случайным образом и имеют результатом непредсказуемые воздействия на личность учащихся и учебную группу в целом, хотя, в определенном смысле, это тоже «воспитательные воздействия».

Таким образом, при составлении игры преподаватель выступает как личность со своей позицией, со своим взглядом на реальность, используя накопленный научный потенциал и компетентность в данной проблеме. В игре вырабатываются практические действия и установки, которые могут быть первоначально словесно не формализуемы, для этого необходима специальная работа.

«Арт-психология» как метод психокоррекции. Развитие социальной перцепции является важнейшим условием развитием эмпатии, в основе которой ле-

жит программа анализа микромимики с учетом сложившейся ситуации и знания особенностей изучаемого лица. Идентификация собственных чувств с переживаниями клиента требует от психолога повышенной чуткости, эмоциональной мобильности. В то же время оправданная невербальная передача своего отношения к тревожащей клиента ситуации зависит от саморегуляции собственных психических состояний психолога.

С целью развития у клиента умения социальной перцепции полезно предложить ему проанализировать несколько серий характерных мимических схем, выражающих как контрастные переживания людей (например, грусть, радость, злость, спокойствие), так и схемы с более тонкими различиями в рамках одного эмоционального фона (например, грусть, обида, тоска). Эффективная саморегуляция возможна через внешнее проявление чувств, посредством управления напряжением мышц тела, лица, а также темпом деятельности – речи, письма, походки, отдельных действий. Развитие у клиента социальной перцепции, эмпатии, умения саморегуляции положительно влияют на совершенствование непосредственной мимической и пантомимической выразительности, в чем проявляется передача своего отношения к тому, что происходит в окружающей действительности. Разработанный нами метод «Арт-психология» является перспективой не только для коррекционной работы, но воспитания в целом.

Куприянова Т.А., Корень Е.В.

**ВЛИЯНИЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С
РОДИТЕЛЯМИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА**

Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва).

Специфической особенностью психосоциальных вмешательств в детской психиатрии является то значение, которое придается роли семьи и вовлечению родителей в лечебно-реабилитационный процесс. Семья психически больного ребенка рассматривается в качестве основного источника его поддержки в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий имеющегося психического расстройства. Психическое расстройство у ребенка оказывает серьезное негативное влияние на семью в целом с высокими показателями как объективного (сокращение социальных контактов, самостигматизация, ухудшение физического здоровья, разрыв семейных отношений и взаимоотношений с родственниками, экономические потери, финансовые трудности), так и субъективного (чувство собственной вины, беспокойство, растерянность и депрессивные переживания) бремени. Учитывая это, семейное бремя, как интегративный параметр, должно рассматриваться как один из ключевых проблемных аспектов помощи детям в процессе оказания мультидисциплинарной помощи, но в практической деятельности часто недооценивается специалистами в плане отрицательного влияния на симптоматику, социальное функционирование ребенка и результаты лечебно-реабилитационных вмешательств. Это влечет за собой необходимость разработки мероприятий по психосоциальной поддержке семьи и нацеленных психосоциальных вмешательств для родителей, направленных на снижение семейного бремени и повышение уровня социального функционирования детей, а также формирование адекватных представлений о болезни, совладания со стрессом и взаимодей-

ствия с больным ребенком, в том числе за счет установления и поддержания партнерских отношений с врачом.

Цель: изучение влияния групповой психосоциальной терапии с родителями детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра на динамику семейного бремени и социальное функционирование детей.

Материалы и методы: проведено комплексное динамическое обследование 140 пациентов (92 мальчика и 48 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст $13,9 \pm 5,5$) с расстройствами шизофренического спектра и их родителей (матерей).

Все обследуемые были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным возрастным и клинико-социальным характеристикам: основную группу, где с родителями проводилась групповая психосоциальная терапия (85 человек), и группу сравнения (55 человек), в которой психосоциальная терапия с родителями больных детей не проводилась. По нозологической принадлежности детей состав групп был однородным, но в одну группу объединялись матери, отличающиеся по возрасту, образованию, другим социальным характеристикам, а также - по реакции на болезнь ребенка. Это в ряде случаев способствовало повышению терапевтического потенциала группы.

Групповая психосоциальная терапия с родителями проводилась по модульному принципу в группах с количеством участников в каждой 8-9 человек. Общее количество проводившихся рабочих сессий - 8. Частота занятий - 2 раза в неделю, продолжительность каждого занятия - 90 минут.

Для динамической оценки эффективности проводимой психосоциальной терапии, направленной на снижение бремени (объективного и субъективного), поддержание комплаенса, динамику социального функционирования детей с расстройствами шизофренического спектра, при инициальной оценке через 3 и 6 мес. в обеих группах был использован ряд опросников: для оценки субъективного и объективного бремени семьи применялись русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire - CGSQ) и шкала оценки нагрузки на семью (Experience of caregiving inventory - ECI), определяющие степень нагрузки, которая ложится на семью больного ребенка и выраженность объективной и субъективной сторон бремени семьи (семейные отношения, отношения на работе, с соседями, материальное положение, обида, злость, смущение, чувство вины, усталость, беспокойство, тревога). Шкала ECI отличается тем, что, помимо негативных субшкал, в ней имеются позитивные субшкалы, касающиеся положительных моментов во взаимоотношениях с больным ребенком. Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении (PANSS), а оценка уровня социального функционирования проводилась с помощью детской шкалы CGAS (Children's Global Assessment Scale).

Результаты: при инициальной оценке по шкалам CGSQ и ECI отмечался высокий уровень семейного бремени (объективного и субъективного), касающийся чувства вины, смущения, стыда, неловкости, степени изолированности, недопонимания со стороны родных, сложности общения с ними. В то же время, при анализе позитивных субшкал ECI были отмечены некоторые положительные моменты во взаимоотношениях матерей с больным ребенком, включающие общие интересы, особенности общения, помощь по хозяйству, а также личного опыта матерей, в том числе, отношения к самим себе, попыток принять больного ребенка таким, какой он есть, и попыток объяснить это другим людям. При сопоставлении

полученных до начала терапии показателей семейного бремени с оценкой по CGAS с преобладанием выраженных, реже умеренных, степеней социальной адаптации было установлено наличие отрицательной корреляционной связи ($r=-0.463$, $P=0.005$), что является прямым доказательством того, что повышение показателей семейного бремени ассоциируется со снижением уровня социального функционирования у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Сравнительный анализ оценки через 6 мес. по шкале CGSQ и ECI в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ($p<0,05$). При анализе динамики показателей по позитивным субшкалам опросника ECI отмечено, что практически все матери стали лучше понимать своего ребенка, его проблемы, анализировать состояние, из-за чего отношения с ним улучшились, что в некоторой степени коррелирует с появлением у детей и родителей активных установок на преодоление негативных последствий имеющегося у ребенка психического расстройства.

При сопоставлении показателей семейного бремени с проведенной оценкой общего функционирования детей по CGAS через 6 мес. после проведения психосоциальной терапии сохранялась отрицательная корреляционная связь: со снижением бремени улучшалось социальное функционирование детей.

При оценке результатов по шкале PANSS между группами не было отмечено статистически значимых различий в динамике клинического состояния, но тенденция к более выраженному улучшению была отмечена в основной группе больных.

Обсуждение и выводы: результаты проведенного исследования показывают высокий уровень семейного бремени, особенно субъективного, в семьях детей с расстройствами шизофренического спектра со статистически значимой корреляцией между тяжестью бремени и более низким уровнем социального функционирования у детей и подростков. Достоверное уменьшение семейного бремени (субъективного и объективного) в процессе проведения групповой психосоциальной терапии с родителями способствует повышению уровня социального функционирования и качества жизни детей, но не связано напрямую с тяжестью психического состояния.

Таким образом, семейное бремя, учитывая выраженность его и тяжесть психосоциальных последствий для ребенка, должно рассматриваться в качестве самостоятельной базовой «мишени» психосоциальных вмешательств при групповой психосоциальной терапии с родителями, а вовлечение родителей в лечебно-реабилитационный процесс является обязательным компонентом комплексной помощи. Данный интегративный динамический параметр требует обязательного учета при построении индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ (модулей) и разработке мероприятий по психосоциальной поддержке семьи.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ДЕТСКИХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ (МНЕНИЕ ПРАКТИКУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА)

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

Цель доклада, с одной стороны, обратить внимание лиц, занимающихся вопросами организации психологической помощи населению, на тот огромный объем работы, который ложится на плечи медицинского психолога в условиях работы в детской городской поликлинике (ДГП), а с другой стороны, объяснить необходимость этой работы. Совершенно очевидно, что помощь со стороны психологов, работающих в районных психологических консультациях, не может покрыть весь объем нижеописанной работы. Платные консультации могут быть недоступны для родителей, или их качество никем не контролируется. Юридическая ответственность и первых, и вторых очень условна. Далее в конспективном порядке излагаю круг вопросов, с которыми реально сталкиваются психологи ДГП в своей повседневной работе.

Период новорожденности и возраст до 2-3 лет:

- *просветительская работа с родителями*, т. к. до 2-3 лет мамы с ребенком не бывают нигде, кроме детской поликлиники. Врачи не могут справиться с работой, т. к. не имеют специальных знаний о воспитании ребенка, не ориентируются в многообразной, зачастую противоречивой и плохо адаптированной к нашему социуму, литературе на эту тему.

- *психологическая помощь маме*, т. к. ДГП - это самое доступное для нее место как психологически, так и территориально и материально.

- *тестирование темпов психического развития ребенка*, начиная с периода новорожденности, своевременная профилактика задержки речевого развития, психического развития с учетом возрастных сенситивных периодов. Врачи (педиатры и неврологи) обычно констатируют уже сложившееся нарушение развития. Не владея методами психологической, педагогической, социальной, а также нейропсихологической коррекции, либо никак не занимаются этими детьми, либо корректируют их медикаментозно, что зачастую бывает неэффективно без комплекса вышеуказанных мер, а иногда даже вредно. Направление к логопеду до 3 лет в случае отсутствия выраженной патологии носит формальный характер.

- *просветительская работа с сотрудниками детских городских поликлиник*, т. к. влияние многих аспектов изменившегося социума на развитие ребенка не всегда получает правильную оценку в среде практикующих врачей.

Возраст раннего детства и дошкольный период:

- тот же круг вопросов, описанный в периоде новорожденности.

- если родители принимают решение не отдавать ребенка в детский сад, то вплоть до школьного возраста *медицинский психолог в ДГП остается единственным специалистом*, способным профессионально оценить уровень психического развития ребенка и в случае необходимости своевременно дать нужные рекомендации.

- на первое место выходит работа *по профилактике возникновения детсадовской дизадаптации*. Оформление медицинской карты к детскому саду при отсутствии медицинского психолога в ДГП не дает родителям представления о том, как они должны подготовить ребенка к посещению детского сада. Сотрудники детских садов зачастую ограничиваются предоставлением формальной информации

без объяснения возможных последствий от неправильно проведенного адаптационного периода.

- после того, как ребенок стал посещать детский сад, необходимость наличия медицинского психолога в ДГП не теряет своей актуальности. *Детские сады укомплектованы психологами с педагогическим образованием*, ясельных логопедических групп практически не существует. В силу увеличения количества детей с диагнозом «задержка речевого развития» и «задержка психоречевого развития» самым доступным и эффективным является обращение в ДГП к медицинскому психологу.

- на протяжении всего дошкольного периода работа медицинского психолога включает в себя работу с воспитателями прикрепленных к поликлинике детских садов как непосредственно, так и через медсестру детского сада, которая является сотрудником ДГП. Решение конфликтных ситуаций (родители–воспитатели), независимая консультация.

- оформление школьных карт по окончании детьми детского сада и поступление в школу.

Школьный возраст до 15 лет, а также III группа здоровья и инвалиды до 18 лет:

- консультация детей по вопросам школьной адаптации.
- дифференциальная диагностика возникающих в школе проблем.
- независимые консультации, тестирование.

- контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм, непосредственно влияющих не только на физическое, но и психологическое состояние детей. Возможность осуществление этого контроля как непосредственно, так и через медсестру школы.

- консультация родителей по-прежнему остается актуальной, т. к. график работы школьных психологов редко совпадает с режимом работы родителей, и уровень откровенности родителей в случае консультации с независимым психологом обычно бывает выше, что дает возможность на ранних стадиях выявить проблему.

- консультация детей, пришедших на прием к медицинскому психологу по собственной инициативе. Как правило, это те вопросы, которые не удалось решить в школьном коллективе, в том числе и школьному психологу.

Мнение, выраженное в этой статье, основано на десятилетнем опыте работы в одной и той же поликлинике. Количество обращений за этот период составило более 8.5 тысяч случаев. Количество обращений в год, начиная с 2000 г., возросло в два раза и в 2007 г. составило 1361 случай. Увеличение количества обращений произошло в основном за счет детей дошкольного возраста. Как пример недостаточности работы с родителями детей раннего возраста могу сказать, что моими самыми распространенными в Интернет-изданиях статьями, без всяких моих усилий в этом направлении, являются статьи в журнале «Наш малыш»: «Если осенью в детский сад» и «Уже ходит, но не говорит». Разработанный мной информационный лист для родителей «Профилактика задержки речевого развития» получил активную поддержку специалистов не только нашей поликлиники, но и на уровне округа.

ФОРМИРОВАНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Региональный консультативный центр медико-психологического сопровождения «РОСТОК» (Нижний Новгород).

Междисциплинарный подход в ведении детей реализовался в нашем центре медико-психологического сопровождения «РОСТОК». Наличие в штате многопрофильных специалистов как медицинского направления (психиатров, психотерапевтов, невропатологов, врача функциональной диагностики), так и психологического, включающего в себя нейропсихологов, медицинских психологов, дефектолога, логопеда, позволяет максимально точно диагностировать ребенка на первом этапе обращения, в полном объеме планировать медицинские и психологические коррекционные мероприятия, а также наметить психотерапевтическое сопровождение всей семьи, поддержку, обучение конструктивным методам взаимодействия с ребенком, отслеживать динамику изменений в состоянии пациента сквозь призму взглядов разных специалистов на одно и то же заболевание. Практически мы получаем логопедический, нейропсихологический, патопсихологический, дефектологический и обобщающие всю предыдущую информацию - психиатрический, неврологический диагнозы.

Особое место в комплексном подходе уделяется нейропсихологической коррекции, на эту современную технологию мы особенно возлагаем высокие надежды. Причем, если раньше мы корректировали детей только с органической патологией, четко очерченных возрастов, то сейчас, в связи с большой обращаемостью в структуре первичного приема заболеваний шизотипического круга, таких как шизотипический диатез, РДА, шизоаффективные и шизотипические расстройства, включающие и эндогенные процессуальные расстройства, нейропсихологическая коррекция стала одним из ведущих психологических средств воздействия.

Сравнивая темпы развития детей, редукцию патологической симптоматики, способность ребенка к социализации, первой группы, которые проходили данную коррекцию в сочетании с логопедической, дефектологической работой со второй группой детей, получавших только медикаментозное лечение, логопедическую и дефектологическую коррекцию, можно предположить, что эффективность лечения с применением нейропсихологической коррекции более высока.

Опыт специалистов нашего центра по сопровождению детей с расстройствами шизотипического спектра позволяет сделать упор в коррекции на формирование саморегуляции. Мы разработали и апробировали специальную программу, направленную на формирование саморегуляции у детей 5-7 лет с расстройствами шизотипического спектра. Саморегуляция детей данной группы нарушена в выраженной степени. Дети с расстройствами шизотипического спектра избирательно принимают инструкции, удерживают данные инструкции согласно своей «логике» и воспроизводят их хаотично (как вербально, так и не вербально). Поэтому мы соединили нейропсихологическую коррекцию с работой логопеда и дефектолога, поскольку, на наш взгляд, комплексная работа позволяет охватить как сенсомоторный (базовый) уровень развития ребенка, так и целенаправленную работу по формированию связной речи. Соединение данных уровней позволяет корректировать саморегуляционные процессы в сенситивные сроки их развития.

Разработанная комплексная программа, направленная на коррекцию саморегуляции у детей с расстройствами шизотипического спектра, включает в себя поэтапное формирование действия самоконтроля на всех этапах деятельности в со-

четании с логопедико-дефектологической работой. Занятия проходят четыре раза в неделю. Курс включает в себя 75 занятий.

Первый этап программы направлен на формирование у детей с расстройствами шизотипического спектра действий самоконтроля в процессе принятия задания. Основная задача данного этапа – помощь в планировании предстоящих действий. Первая серия программы включала в себя 5 занятий, при проведении которых внимание детей последовательно фиксировалось на компонентах, составляющих действие самоконтроля при принятии задания на формирование пространственных представлений.

Вторая серия программы включала также 5 занятий, на которых дети упражняются в последовательном выполнении действий самоконтроля при принятии задания с опорой на графические схемы.

Третья серия состоит также из 5 занятий и направлена на закрепление освоенного действия самоконтроля в речевой форме, на его постепенный перевод во внутренний (умственный) план.

Второй этап программы формирования саморегуляции у детей имеет цель развития самоконтроля при выполнении задания. При этом нами решалась следующая основная задача: формировать у детей привычку пооперационного сличения выполняемых действий с предварительно вербализованным планом, формировать интерес к качеству выполнения заданий. Особое внимание обращалось на наличие и уровень сформированности навыков фразовой речи (умение дать краткий и развернутый ответ, задать вопрос педагогу, рассказать о планируемом и выполняемом действии и др.).

Первая серия состоит из 10 занятий, на которых внимание ребенка привлекается к качеству выполнения задания и осознанию способов контроля за точностью его выполнения. Эта задача выполняется при помощи пространственных представлений и введения в работу предлогов.

Вторая серия включает также 10 занятий, на которых дети упражняются в последовательном сличении выполняемых действий с планом в материализованной форме.

Третья серия второго этапа состоит из 10 занятий и подчинена вербальному закреплению правильности хода выполнения задания. Дети ставятся в условия, требующие тщательного сличения точности выполнения с предварительно осознанным планом.

Третий этап программы связан с формированием у детей спектра оценочного компонента саморегуляции и закреплением усвоенных ими способов регуляции собственной деятельности. На этом этапе мы решаем задачи формирования детей следующих умений:

- 1) оценивать полученный результат с точки зрения соответствия способа выполнения требованиям задания и принятой программе;
- 2) аргументировать оценку в развернутой речевой форме.

Первая серия третьего этапа состоит из 10 занятий, на которых основное внимание уделялось формированию интереса к самостоятельной оценке результата и осознанию способов оценки результата.

Вторая серия состоит из 10 занятий и подчинена формированию взаимодействия в коллективе. Дети дают развернутую вербальную оценку работе.

Третья серия также состоит из 10 занятий и посвящена закреплению усвоенных детьми способов регуляции деятельности.

В процессе занятий происходит постепенное формирование навыков: от механического принятия и выполнения ребенком строго заданной, развернутой ин-

струкции психолога к постепенному переходу к совместному, а затем и самостоятельному созданию им программы деятельности, ее реализации и контроль над результатами. Для закрепления достигнутых способов регуляции необходимо использовать приемы, побуждающие ребенка изменить свою позицию, т. е. рассматривать ситуацию с точки зрения другого.

Таким образом, коррекционная психологическая программа обеспечивает детям специальные условия, оптимизирующие формирование у них действий самоконтроля и саморегуляции:

- последовательность формирования действия самоконтроля на всех этапах деятельности;
- по мере сформированности действий принятия требований/правил (игры, соревнований, тренингов и т. д.) дети самостоятельно оценивают выполненные действия, что позволяет им лучше адаптироваться к социальным условиям;
- обучение принятию задания, помощь в планировании с опорой на предметные действия; формирование интереса к качеству выполнения задания через систему поощряющих мер, обучение сравнению с образцом;
- формирование привычки объективировать в слове все свои действия и операции.

Неженская А.В.

СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ПРОЦЕССЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЕ СЛУХА

Детский сад № 150 (Саратов).

Эмоциональные процессы являются той сферой психологического бытия ребёнка, которая заряжает и регулирует все остальные его функции, такие как восприятие, внимание, мышление, воображение, память. Все эти сложные процессы протекают под воздействием эмоциональной регуляции, поэтому развитие эмоциональной сферы ребёнка считается важнейшей задачей психолога и педагогов в ДОУ.

Двигательная функциональная система оказывает благотворное влияние на весь организм и особенно на деятельность мозга. Доказано, что двигательная активность способствует повышению умственной работоспособности, речевому развитию, полноценному формированию произвольных движений и действий, лежащих в основе двигательного поведения человека. Танцевальная терапия работает одновременно на двух пластах, эффект достигается быстрее, тем самым демонстрируется ее сильный лечебный потенциал.

Если, разработке проблем познавательных процессов ребенка в общей психологической, педагогической и специальной литературе уделялось очень большое внимание, то эмоциональному развитию ребенка дошкольного возраста, особенно с недостатками слуха отведено ограниченное место. Возможно, это связано с тем, что эмоции достаточно сложны для изучения, - это отмечали ведущие зарубежные и отечественные психологи.

В 2012-2013 г. мы провели исследование, в котором приняли участие 32 ребенка: из них 16 детей в возрасте 6-7 лет были с нарушением слуха и 16 детей в возрасте от 5-6 лет с нормальным психофизиологическим развитием.

В исследовании были применены следующие методики: «Пальцем окрашивания тест», Изучение способов выражения эмоций (Г.А. Урунтаева, Ю.А.

Афонькина). Качественный анализ рисунков проводится с учетом их формальных и содержательных аспектов.

Результаты первичного исследования эмоциональной сферы у слабослышащих детей дошкольного возраста по методике «Пальцем окрашивания тест» показали, что развитие эмоциональной сферы слабослышащих детей дошкольного возраста находилось на уровне ниже среднего. Этот же тест проводился с детьми в конце года, после проведения ряда занятий танцевально-двигательной терапии. Особое внимание уделялось тем детям, чье эмоциональное состояние было неустойчиво или совсем не развито. В ходе вторичного исследования мы убедились, что в рисунках стали преобладать более спокойные и яркие цвета, пропали черный и коричневый цвет, дети стали их заменять желтым, вместо мрачного и расплывчатого рисунка стали проявляться четкие очертания, стало наблюдаться расширение тематики рисунка, при этом рисунок детей носил ярко выраженный положительно окрашенный эмоциональный характер. Увеличился процент детей с преобладанием положительных эмоций.

Таким образом, необходимо отметить, что танцевально-двигательная терапия оказывает положительное влияние на слабослышащих детей, она повышает их стремление к общению и взаимодействию с окружающим миром.

С детьми старшего дошкольного возраста с нормальным психофизическим развитием мы провели методику изучения выражения эмоций (Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина). Детям необходимо было показать эмоциональное состояние другого человека, предлагалось не только определить эмоции, которые испытывает герой, но и показать их при помощи мимики, жестов, движений по музыку. По результатам исследования видно, что не все дети могут различать эмоции. Определение эмоции «Гнев», «Страх», «Обида» вызвало больше всего трудностей у испытуемых. Легче всего детям было определить эмоции «Радость», «Грусть». Следовательно, был установлен средний уровень выражения эмоций.

Анализируя данные, мы определили, что детям с нарушением слуха труднее проявить свое эмоциональное состояние, они гораздо хуже справляются с заданиями, чем дети дошкольного возраста с нормальным психофизическим развитием. У слабослышащих детей эмоциональная сфера была на низком или среднем уровне развития, а у детей с нормальным психофизиологическим развитием находилась на среднем уровне.

Проведя формирующий эксперимент по танцевально-двигательной терапии, была отмечена положительная динамика в проявлении эмоций слабослышащих детей, а контрольный срез показал, что эмоциональная сфера детей старшего дошкольного возраста, имеющих нарушение слуха, изменилась, т. е. низкий уровень повысился до уровня ниже среднего и среднего.

Следовательно, для того чтобы стимулировать эмоциональное развитие слабослышащих детей, необходимо внедрять в комплексную развивающую работу танцевально-двигательную терапию, в ходе которой дети будут развивать умение проявлять эмоции и полноценно общаться с окружающими.

Паклёва М.В., Иванова Е.С., Стрельбина Е.А.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ОБРАЗА
ЖИЗНИ НА СОМАТОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
И ПРАВИЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗМА
ДЕВОЧКИ/ДЕВУШКИ. ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ЗДОРОВАЯ
И СЧАСТЛИВАЯ»

Тверская государственная медицинская академия (Тверь).

Лонгитудинальными исследованиями НИИ гигиены детей и подростков с 1960 по 2004 гг. было выявлено формирование ряда изменений в физическом развитии девочек и девушек: увеличение продольного роста, что достигается исключительно за счёт удлинения ног; относительное уменьшение диаметра таза, окружности грудной клетки, ширины плеч. В 3 раза увеличилось число лиц с недостатком массы тела и в 2 раза уменьшилось число лиц с её избытком. Отмечено смещение на более поздние сроки начала менархе: с 12,6 к 13,25 годам, что сопровождается недостижением к моменту полового созревания необходимого уровня соматического развития. Указывается на отставание у выпускниц школ биологического возраста от паспортного в среднем на 3-4 года. На основании вышеуказанных исследований в конце 70-х годов НИИ гигиены детей и подростков был сделан прогноз о росте патологии новорожденных в связи с недостаточным физическим развитием будущих матерей, который полностью подтвердился в последующие десятилетия: рождался с патологией или заболели на первом году жизни в 1985 г. каждый 11-й ребёнок, в 1990 г. – каждый 7-8-й, в 1994-1995 гг. – каждый 4-й, с 1997 г. по настоящее время доля таких детей увеличилась на 30%. Чтобы ребёнок родился здоровым, здоровой должна быть мама. Однако за последние 60 лет в педагогической практике возник пробел в донесении знаний, преподавании навыков и формировании умений у девочек-девушек организовать свой образ жизни так, чтобы сформировать полноценный в соматофункциональном отношении женский организм.

Опираясь на указанные проблемы, мы решили разработать обучающую программу по приобщению девочек-девушек к образу жизни, способствующему формированию здорового женского организма.

Для разработки программы было проведено: 1. анонимное анкетирование студенток младших курсов ТГМА (n=200) и студенток ТМК (n=26) (17±1 лет) по вопросам психолого-педагогических аспектов правильного формирования женского организма; 2. антропометрическое и ортопедическое обследование студенток младших курсов ТГМА (600 человек); 3. оценка состояния мышц, прикрепляющихся к костям таза, (57 девушек в возрасте 17-21 лет). Для создания целевой аудитории проведены публичные лекции для студенток младших курсов ТГМА и ТМК по психолого-педагогическим основам формирования женского организма.

По результатам анкетирования установлено, что 89% студенток имели отрывочные знания о психологических особенностях формирования женского организма. 100% не имели никаких сведений о влиянии физкультурных занятий и занятий спортом на особенности формирования женского организма. Все респонденты указали на отсутствие знаний о необходимости особого построения физкультурных занятий для девочек-девушек по сравнению с мальчиками. 35% опрошенных не связывают состояние опорно-двигательного аппарата (ОДА) с репродуктивным здоровьем женщины. 67% не знают о роли жировой ткани в правильном формировании женского организма и о влиянии особенностей психологического статуса девушки на уровень развития жировой ткани и гормональный

фон женщины. 87% респондентов считали себя здоровыми в репродуктивном отношении. Однако проведенное антропометрическое и ортопедическое обследование выявило иную тенденцию: у 81% студенток младших курсов ТГМА имеется преобладание продольных пропорций по отношению к ширине кости, узкий таз зафиксирован у 60,7%, причём в 3 раза чаще это регистрировалось при удлинённых нижних конечностях, у 97% зафиксировано асимметричное взаиморасположение костей таза, что может явиться причиной родовых травм ОДА и нервной системы у новорожденных. Тестирование силы мышц, прикрепляющихся к костям таза, выявило значительное её снижение почти у 80%, а оценка статической выносливости мышц указала на значительное её снижение у 93%. 97% опрошенных студенток указали на желание получить глубокие знания об основных психолого-педагогических принципах правильного формирования женского организма. Студентки, обучающиеся в группах, где были проведены публичные лекции и вводные беседы, не пропустили ни одного занятия по физической культуре в рамках учебного расписания и 2-3 раза в неделю дополнительно посещали специальные физкультурные занятия, проводимые по методике «Синтез-тренинга», направленной на правильное формирование женского организма. В этих группах результаты антропометрического и ортопедического обследования указали на хороший корригирующий эффект подобных занятий.

Результатом нашей работы явилась разработка научно-образовательной программы «Здоровая и счастливая», направленной на восполнение ниши в образовании девушек по вопросам здорового образа жизни, способствующего правильному формированию женского организма. Тематические блоки программы: 1. физкультурный; 2. правильной походки; 3. правильного питания; 4. одежды; 5. эстетический; 6. психологический. В 2012 г. программа «Здоровая и счастливая» году стала победителем конкурса образовательных программ, проводимого Минобрнауки РФ.

Панкратова Н. А., Серебровская О.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ В РАМКАХ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Высокая распространенность перинатальной и ранней постнатальной патологии обуславливает увеличение частоты отклонений в развитии высших психических функций. Дисфункции различных отделов головного мозга отражаются на ходе психического онтогенеза. Наибольший вред патогенные факторы наносят функциям подкорково-стволовых структур, поскольку на перинатальный и ранний постнатальный периоды приходится сенситивный период их развития. Функциональная недостаточность подкорковых структур мозга проявляется не только в виде специфических симптомов, но и в снижении темпа и искажении хода сенсомоторного развития. Недостаточность активирующих влияний подкорковых структур приводит к нарушениям работоспособности, внимания, психического тонуса и другим нейродинамическим нарушениям, определяемым у ребенка в дошкольном возрасте.

Прямая связь между ходом психического развития ребенка и формированием компенсаторных механизмов путем своевременного проведения коррекционных мероприятий определяет актуальность настоящего исследования. Мы предпо-

жили, что с учетом краткосрочности психореабилитационного курса (менее двух месяцев) выбор сенсомоторной коррекции как одного из приоритетных направлений психокоррекционного воздействия является обоснованным. Использование метода сенсомоторной коррекции позволяет не только повлиять на отдельные симптомы, но и улучшить функционирование ЦНС в целом.

Целью исследования является адаптация комплекса практико-ориентированных методик сенсомоторной коррекции к условиям кратковременного психореабилитационного курса.

Материалы и методы. Получены результаты психокоррекционной работы с 20 пациентами дошкольного возраста (от 3 до 5 лет), находящимися на лечении в филиале № 28 ГКУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ. Средний срок пребывания 52 дня. На диагностическом этапе использовалась методика нейропсихологической диагностики Цветковой Л.С. При работе с экспериментальной группой (11 пациентов) использовался метод сенсомоторной коррекции, разработанный Горячевой Т.Г. и Султановой А.С. 9 пациентов составили контрольную группу.

Результаты и их обсуждение. В филиал № 28 НПЦ ПЗДП поступают пациенты с различными нервно-психическими нарушениями (неврозами неврозоподобными расстройствами; нарушениями поведения, сна и аппетита; задержкой психического и речевого развития). Характерной особенностью работы филиала является краткий курс пребывания пациентов (от 1,5 до 2 мес.), что существенно сказывается на деятельности медицинского психолога, вынуждая интенсифицировать как психодиагностическую, так и психокоррекционную работу, адаптируя методические приемы к потребностям практики.

В результате экспериментально-психологического исследования у 66,7% пациентов в экспериментальной группе и у 55,6% в контрольной группе выявлены снижение зрительной и вербальной памяти, нарушения пространственного гнозиса и праксиса, зрительно-моторной и реципрокной координации. В задачи психологической коррекции включались развитие функций подкорково-стволовых структур и предупреждение вторичной функциональной недостаточности височных и теменно-затылочных зон мозга. Для решения поставленных задач с пациентами, составившими экспериментальную группу, проводились специальные упражнения, направленные на оптимизацию функционального статуса подкорково-стволовых и корковых структур головного мозга. Сенсомоторная коррекция проводилась как в индивидуальной, так и в групповой формах. Коррекционная работа с пациентами контрольной группы не предполагала использования методических приемов сенсомоторной коррекции.

Для оценки эффективности было проведено диагностическое исследование с помощью тех же приемов, которые использовались перед началом коррекции. После ретестирования у пациентов экспериментальной группы выявлено улучшение зрительной памяти, пространственного гнозиса и праксиса, метрических и координатных представлений, зрительно-моторной и реципрокной координаций. У пациентов контрольной группы положительная динамика была минимальной.

Выводы. Включение метода сенсомоторной коррекции в комплексную программу психокоррекционной работы позволяет улучшить функциональный статус подкорково-стволовых и корковых структур мозга даже в рамках краткосрочного психореабилитационного воздействия. С учетом динамичности характера психического онтогенеза сенсомоторная коррекция должна продолжаться до достижения оптимального эффекта. Для оценки эффективности работы необходима отсроченная проверка устойчивости достигнутых результатов и использование объективных критериев улучшения состояния.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ
ЦЕЛЕОБРАЗОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ
В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ РАЗВИТИИ**

Белорусский государственный университет (Беларусь).

Подростковый возраст – период, в котором активно усваиваются и используются для организации собственной жизнедеятельности различные идеальные формы культуры (социальные нормы, правила, требования, ценности, задачи). Особенность таких идеальных форм заключается в их абстрактности, обобщенности и многозначности. Они не имеют жесткого и однозначного толкования, а следовательно, должны быть осмыслены самим подростком для того, чтобы опосредовать его деятельность. У подростка расширяется спектр и содержание ситуаций, в которых он вынужден самостоятельно ориентироваться и организовывать свою деятельность в соответствии с общими социальными требованиями (профессиональная подготовка, неформальные ситуации, отношения со сверстниками, разнообразными становятся бытовые ситуации и пр.). Усвоение подростком социальных требований и усложнение предметных условий его деятельности, требующих от него самоорганизации предполагает развитие особой активности по их соотношению друг с другом, по опредмечиванию идеальных форм культуры. Образование психологических структур, регулирующих такую активность, представляет собой важную задачу в процессе социализации подростка. Особенно актуальной эта проблема становится применительно к социализации подростков с легкими отклонениями в умственном развитии. Трудности социализации подростков данной категории проявляются в разных сферах их жизнедеятельности: в проблемах школьной успеваемости, в нарушениях поведения и дизадаптации, в проблемах трудового обучения и др.

Важнейшим психологическим образованием, обеспечивающим самостоятельную регуляцию и построение деятельности в соответствии с социальными требованиями и предметными условиями деятельности, является целеобразование. Оно выступает одним из центральных выражений субъектности и отражает эффективность процесса социализации подростка.

На основании проведенного нами эмпирического исследования подростков с трудностями в обучении (ЗПР) и легкой степенью умственной отсталости ($n=195$) можно утверждать, что у обеих групп испытуемых имеются нарушения становления процессов целеобразования и, следовательно, субъектности, способности к самостоятельному и осмысленному построению деятельности [1]. У обеих категорий подростков мы наблюдаем склонность к редукции многообразных общих социальных требований и неспособность к преобразованию предметных условий в соответствии с ними. Если при нормальном развитии реальность идеальных форм культуры, в которых существуют общие требования, нормы, ценности, и реальность предметной действительности оказываются как бы разделенными, подросток соединяет их как раз в процессе построения цели-замысла, то при ЗПР и интеллектуальной недостаточности эти реальности оказываются слепленными. В результате общие требования редуцируются до конкретных чувственных образов. Они не находят воплощения в поливариативно представляемых результатах и способах деятельности. Все это указывает на необходимость проведения коррекционно-развивающей работы по формированию целеобразования у подростков данной категории. Основной мишенью такой работы может стать соотношение це-

лей деятельности подростка, с одной стороны, с общими социальными требованиями, а с другой – с предметными условиями.

Формирование целеобразования предполагает создание таких условий, которые будут способствовать развитию умения ребенка самостоятельно выстраивать замысел деятельности, а также действовать в нестандартных, неоднозначных ситуациях, ситуациях неопределенности [2]. Для этого используются задания открытого типа, в которых ребенку предлагается лишь общая цель или предьявляется проблема, которую он должен решить, но которая не предполагает жесткий алгоритм деятельности. Ребенок должен сам адаптировать задачу к конкретным условиям. При этом ему может оказываться помощь по созданию замысла. Взрослый постепенно передает функцию построения замысла самому ребенку.

Выполнение такого рода заданий требует от ребенка сознательного учета *множества общих требований* к деятельности и *выделения* среди них *главных* для решения задачи *в данной конкретной ситуации*. Диапазон таких заданий достаточно широк: начиная от заданий на построение движений в конкретных условиях и заканчивая проблемными ситуациями, требующими для своего разрешения совершения сложных социальных действий.

В психокоррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии могут использоваться задачи открытого типа, такие как:

- решение задач, имеющих множество вариантов решения в учебной деятельности (например, конструирование, построение аргументированного высказывания и т. п.);
- действия в различных бытовых ситуациях в соответствии с предьявляемыми требованиями (например, навести порядок в комнате без указания, что и куда следует положить);
- решение задач в сфере социального взаимодействия (например, договориться о чем-то с кем-то) и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поляков А.М. Особенности целеобразования у подростков с интеллектуальной недостаточностью // Вопросы психологии. 2009. № 6. – С. 23–33.
2. Слепович Е.С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. СПб.: Речь, 2008. – 247 с.

Простомолотов В.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ СИСТЕМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Институт инновационного и последипломного образования Одесского
национального университета им. И.И. Мечникова (Украина).**

Уже в начале врачебной деятельности (196870 гг.) мне стало ясно, что успешно лечить системные расстройства у детей и подростков можно только в рамках комплексного подхода, привлекая невропатолога и физиотерапевта при энурезе, плюс к ним еще и логопеда при заикании. Но если к врачебной деятельности относиться творчески, то очень скоро становится ясно, что необходимый комплексный подход может стать медвежьей услугой для подобных больных детей и подростков, как правило, с церебрастеническими симптомами, т. к. перегружает и их, и их родителей тратой времени на посещение других специалистов, что в итоге отрицательно сказывается на эффективности лечения. Выход из этой ситу-

ации простой: вникнув в нюансы неврологического, лекарственного и физиотерапевтического лечения расстройств, овладев навыками логопедии заикания, психотерапевт назначает/применяет необходимый больному комплекс лечебных мероприятий в своем кабинете.

Примененная психотерапевтом комплексная терапия обладает более быстрым и более эффективным действием. Анализ полученных результатов показал, что этот эффект обусловлен рядом факторов: 1) прицельно назначая лекарства, психотерапевт перманентно контролирует их действие, в необходимых случаях увеличивая или уменьшая дозы, отменяя и назначая взамен их другие, не на кого сваливать вину за неэффективность или нежелательные побочные действия; 2) назначенные психотерапевтом лекарства обладают значительным плацебо эффектом, что усиливает их действие; 3) применяемые логопедами упражнения, безусловно, суггестивно заряжены: стоит побывать несколько раз на проводимых ими индивидуальных и групповых логопедических занятиях, чтобы заметить не только это, но и феномен групповой индукции; применяемые профессиональным психотерапевтом логопедические упражнения, проводимые в кабинете, в котором пациент занимается и аутогенной тренировкой, и самовнушением, и погружается во внушенный сон, не могут не быть, учитывая рефлекторный характер всей психической деятельности человека вообще, проведены вне измененного сознания больного той или иной степени, что способствует успехам в овладении регуляцией тонуса речевых мышц и их стойкой фиксации; 4) какие бы методы ни применял психотерапевт, одним из главных способов психотерапии является его умение в процессе беседы с пациентом добиваться того, чтобы его советы, разъяснения, установки глубоко западали в душу ребенка/подростка и производили лечебный эффект, что возможно достичь только в условиях хорошего контакта и взаимопонимания между ними при умении психотерапевта говорить интересно (когда хочется слушать), понятно (когда все четко представляется), проникновенно душевно (когда запоминается надолго, иногда на всю жизнь).

Отмечу, что применяемая нами психотерапия заикания и ночного энуреза не может быть однозначно отнесена ни к директивному, ни к недирективному направлению. На возражение, что уже одно то, что пациентам для достижения успеха в устранении системного расстройства предлагается не выбор мер, а строго регламентированное соблюдение правил, доказывает их директивность, отвечу, что в таком случае и лечение сахарного диабета, и эпилепсии, и невротического расстройства, и др. требует директивного подхода, так как в каждом конкретном случае имеется свой оптимальный вариант назначений. Искусство психотерапии, на мой взгляд, и состоит в том, чтобы, не оказывая на больного принуждающих воздействий (словом, интонацией, жестом, мимикой) добиваться резонанса психических явлений с ним с целью осознания пациентом происходящего в нем и активного стремления к овладению функцией расстроенной системы.

В лечении ночного энуреза психотерапия играет важную, определяющую роль, но, как правило, она должна сопровождаться комплексом таких общих гигиенических и физиотерапевтических мероприятий, как нормализация пищевого, водного, температурного режима, физических тренировок и разного рода процедур, а также исключением эмоциональных и интеллектуальных перегрузок, нормализацией носового дыхания, а также в ряде случаев умеренного лекарственного сопровождения. Всегда следует исключить возможность ночных бессудорожных и abortивных судорожных эпилептических припадков манифестировать недержанием мочи, а также спинальной и урологической патологии. С учетом этих обстоя-

ятельств дети с ночным энурезом должны быть квалифицировано обследованы в указанном направлении.

Лечение заикания - многотрудный процесс, требующий немало терпения и настойчивости, но также и остроумного нахождения в каждом конкретном случае каких-то, может быть, необычных вариантов терапии. Лечение заикания не энтузиастом психотерапии логоневроза гиблое дело, так как мало самому верить в успех (точнее, знать, что успех придет, если очень стараться), необходимо этой верой индуцировать больного. К тому же, несмотря на то что в некоторых нередких случаях одно только гипносуггестивное воздействие приносит освобождение от заикания и счастье свободной речи, в большинстве случаев необходима кропотливая и комплексная терапия, включающая лекарственное сопровождение, логопедию со многими упражнениями, в т. ч. нормализацию речевого дыхания, правильную артикуляцию звуков и слогов, умение релаксироваться, а также натренированный навык речевого общения во всевозможных ситуациях. Наш опыт подтверждает мнение В.М. Шкловского, что основу комплексного лечения заикания составляет психотерапия.

Соловьева Е.В., Ивашев С.П.

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ РИСУНКОВ: К ВОПРОСУ ОБ ОПОСРЕДОВАНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РЕБЕНКОМ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница (Волгоград).

В работе с ребенком художественная (изобразительная) деятельность – «переходный мост» между пациентом и специалистом педагогом, психологом, психотерапевтом. «Продукт» подобной деятельности - это, с одной стороны, материал, имеющий диагностическую ценность, с другой, – эффект, в разной мере значимый как терапевтический. Очерченная сфера по-прежнему является проблемной для специалистов, занимающихся вопросами охраны психического здоровья несовершеннолетних, что составило цель пилотного исследования.

С этой целью проанализировано случайно отобранных 100 спонтанных рисунков детей 5–13-летнего возраста - пациентов психиатрического стационара. Полученный материал рассматривался с художественно-искусствоведческой и психолого-педагогической точек зрения по следующим формальным параметрам: 1) сюжет, 2) техника исполнения, 3) цвет, 4) характер линий (мазка), 5) ощущение перспективы. Это позволило наметить ключевые индикаторы афферентного и эфферентного (в системном смысле П.К. Анохина) «портрета» пациента.

С художественной точки зрения, все рисунки были разделены на две группы: сюжетные и бессюжетные, то есть абстрактные. В количественном отношении сюжетные рисунки преобладают над абстракцией (64 сюжетных рисунка и 36 абстрактных). Чаще всего преобладает сюжет дома, семьи. Это половина рисунков (32). Далее идут урбанистические рисунки с изображением дорожной магистрали, машин, дорожных аварий (15). «Пейзажи» - с изображением леса, моря – занимают третье место (10). И четвертое место – фантазмагорические, где изображаются разные фантастические существа (7 опусов). Сюжет дома, семьи чаще всего выбирают дети из детских домов или дети, воспитывающиеся в социально неблагополучных семьях. В выборе данной темы видится скрытое желание обретения семьи, родных, ощущения своей личности принадлежащей роду. Возрастная категория,

рисующая семью, самая большая: от 5 до 13 лет. В младшем возрасте (до 9 лет) сюжет семьи встречается чаще, чем в подростковом. Данный сюжет выбирают как девочки, так и мальчики. Урбанистические сюжеты в подавляющем большинстве выбирают мальчики, возраст которых от 7 до 13 лет. Это мальчики, как из полных семей, так и из детских домов. «Пейзажи» в основном рисуют девочки. Выбор данного сюжета характерен, с одной стороны, для «закрытых» детей, с другой, это желание представить себя лидером, показать «где я была». К фантазмагорическим сюжетам обращаются агрессивные мальчики-подростки. В подобных сюжетах видится желание уйти в мир «фантома», выплеснуть накопившуюся агрессию. Абстрактные рисунки возникают у детей с асинхронией развития, агрессивных, отчужденных.

С точки зрения техники исполнения, рисунки разделяются на три группы: первая – акварельные рисунки (76), вторая – пастельные (цветные карандаши) (15), третья – графика (черные чернила, шариковая ручка) (9). Отметим, что дети, нарисовавшие графические рисунки, отличались гипотимическим (тревога, страх) аффектом.

При рассмотрении цветовой (колористической) гаммы всех рисунков выявляется тяготение к темному цвету (черный, фиолетовый, коричневый, темно-синий). Следует так же отметить особую «грязноту» цвета. То есть, кроме того что цвет сам по себе темный (например черный), в него добавляется ещё цвет или несколько цветов (например, синий или темно-зеленый). И подобных «грязных» рисунков, с точки зрения колористики, больше половины. Остальные «чистые» рисунки. Отметим также преобладание холодных тонов во всех рисунках. Теплые тона преобладают крайне редко, в 5 рисунках из 100. В рисунках используется 2-3 цвета. Это фактор указывает на негативное состояние пациентов. Тревожные по характеру дети в основном используют темно-синий цвет; пациенты с депрессивной симптоматикой выбирают черный или фиолетовый цвет; агрессивно настроенные – красный; пациенты, внешне равнодушные ко всему, – небесно-голубой цвет.

Следующий аспект – характер мазка в акварельных рисунках и характер линий в пастельных и графических рисунках. В акварелях ведущим становится «плавный» мазок, длинная линия. Практически отсутствует «точечный», пуантилистический вид мазка. В пастельных и графических рисунках наоборот – линии жесткие, прерванные, можно сказать, «рваные». Обращает на себя внимание отсутствие закругленных, плавных, длинных линий. В связи с данной особенностью силуэты в сюжетных рисунках имеют схематический характер. «Рваными», жесткими линиями рисуют агрессивно настроенные, а также тревожные пациенты. «Плавный» мазок характерен для отчужденных, эмоционально-«застывших» пациентов.

Важнейшей особенностью всех рисунков является их линейный, схематический характер, отсутствие перспективы и объема, отсутствие «ощущения» пространства, расположение фигур людей; предметы в сюжетных рисунках на переднем плане, что в особенности характерно для пациентов с социально-педагогической депривацией.

С учетом наблюдаемого позитивного копинг-эффекта апробируемый подход к художественной деятельности пациентов позволяет рассматривать рисунок, по Б.В. Журавлеву, и как результат, «внешний объект», и как источник построения «эффекта» в системе, тем самым создавая почву для коррекционно-диагностической работы с несовершеннолетними.

ТАНЕЦ В СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бердянский государственный педагогический университет (Украина).

Маленькие дети владеют врожденной грацией и свободой тела. Они очень естественно могут двигаться под музыку. Ребенок рождается, уже умея танцевать, но со временем встречается с запретами на проявление физической активности: "не бегай", "не прыгай", его начинают обучать двигаться на специальных занятиях (музыкальных, физкультурных), в повседневной жизни. Результатом может стать восприятие физической, телесной части своего "Я" как неправильной. Как следствие, появляются скованность, неуверенность или формализация движений (оторванность от внутреннего состояния). Поэтому очень важно в процессе воспитания не растратить заложенный от природы потенциал, естественные двигательные умения, которые присущи каждому человеку, его кинестетическое "Я", а развивать, направлять, делать более осознанным.

Танец является спонтанной трансформацией внутреннего Я в движение [2]. Танцуя, человек может не только выразить, но и изменить себя посредством движений. Во всех исследованиях, которые посвящены изучению теории танца и танцевально-двигательных методов отмечается, что через движение и танец происходит раскрытие содержания образа "Я". Понимание подобной функции танца привело к появлению танцевально-двигательной терапии, в которой тело является инструментом, а движение - процессом, помогающим клиентам пережить, распознать и выразить свои чувства и конфликты.

Важными критериями психического здоровья являются жизнерадостность, спонтанность, творчество, активность, живой интерес к окружающему миру и готовность его исследовать. Для гармоничного развития ребенка важны не только знания, но и движения. Маленькие дети учатся действовать, чувствовать в процессе наблюдения, подражания, имитации движений. Соответственно, для работы с дошкольниками одними из наиболее удачных методов, которые будут оказывать влияние на более четкое представление о собственных двигательных возможностях, на формирование способности выражать себя через активные движения, на развитие конструктивного образа "Я" являются танцевально-игровые.

В результате исследования образа "Я" ребенка старшего дошкольного возраста, нами были выделены следующие группы характеристик, которые дети используют при самоописании: объективные (имя, гендерные и социальные роли, стереотипные, общие характеристики); субъективные, которые выражают самоотношение ребенка ("красавчик", "умница"), образные (индивидуально-образные, индивидуально-ролевые, индивидуально-профессиональные). Среди желаний, которые характеризуют потенциальный образ "Я" ребенка, можно выделить следующие: романтически-фантастические, альтруистические (блага для семьи, для животных, для всех людей), материальные желания (вещи, ценности, игрушки, животные, еда); развлекательные (игра, развлечения), желания достижений (социальные, позиционные, бытовые, художественные, музыкальные, спортивные), познавательные (детсадовские, школьные, учебные), желания, связанные с отношениями (дружеские, родственные), ситуационные. Проработка этих тем в процессе танцевально-игровых занятий способствует расширению представления ребенка о себе, о своем телесном "Я", о своих качествах, умениях, поступках, социальных, гендерной ролях, о своих желаниях, стремлениях.

Структуру занятий можно представить в виде последовательных этапов. Вступительная часть: ритуал приветствия, повторение, вхождение в страну движения и танца, сплочение группы, разогрев (самомассаж, подготовка тела к движению). Основная часть: импровизационные, тематические танцы, связь нового опыта с реальной жизнью. Заключительная часть: дыхательная гимнастика, обратная связь, ритуал прощания.

Реализация танцевально-игровой программы формирования конструктивного образа "Я" ребенка старшего дошкольного способствует решению следующих задач: стимулирование интереса к самопознанию внутреннего эмоционального мира; развитие физического компонента образа "Я", содействие дифференциации образа "Я", развитие положительного отношения к себе, активизация и удовлетворение стремления к самовыражению, коррекция неадекватного представления о себе; формирование способности видеть перспективу своего жизненного пути и собственного развития; развитие умения распознавать свои эмоции и осознавать их; расширение репертуара невербальных средств коммуникации; овладение элементарными танцевальными техниками разного содержания; развитие умения выражать эмоциональные состояния в социально приемлемых формах; обучение использованию танцевально-игровых техник для самопознания и самовыражения. В результате танцевально-игровой программы формирования конструктивного образа "Я" ребенок должен иметь позитивную самооценку, свой разнообразный багаж внутренних переживаний и понимать, что окружающие тоже богаты своим внутренним миром; с доверием и уважением относиться к себе и к окружающим; обнаруживать активный познавательный интерес к собственному Я и к другим людям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гренлюнд Э. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика / Э. Гренлюнд, Н.Ю. Оганесян.- СПб.: Речь, 2004. – 288 с.
2. Рудестам К. Групповая психотерапия. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2000. - 384 с.
3. Фурман А.В. Психология Я-концепции: учебное пособие / А.В. Фурман, О.Э. Гуменюк - Львов: Новый Мир.-2000, 2006. - 360 с.

Тетерина М.Н., Арефьев И.М.

ИГРОВОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ

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

В настоящее время необходимо отметить большую численность детей с патологией поведения, в структуре которого ведущее место занимают дети, имеющие патохарактерологические развитие и реакции. Также значительным является обилие кризисных ситуаций, с которыми сталкивается ребенок с патохарактерологическими чертами характера, возникающих как сами по себе, так и спровоцированные его поведением. Часто детям сложно справиться с возникшими психотравмирующими событиями, при этом неудачи еще больше усугубляют развитие патологических черт характера и способствуют образованию неправильных форм поведенческого реагирования. Основную роль играют механизмы психологической защиты, которые помогают справиться в ситуации стресса. В связи с этим стоит

задача не только диагностики совладающего поведения, но и коррекции дизадаптивных моделей поведения данной группы детей.

Для диагностики существуют разные подходы, включающие в себя и опросники, которые, в свою очередь, удобно применять. Но, несмотря на очевидные преимущества, они не являются универсальными и не лишены недостатков, так как чем меньше возраст ребенка, тем меньше вербальное воспроизведение. Исходя из выше изложенного, представляется актуальным поиск дополнительных методов исследования, ориентированных на наглядно-действенный уровень детей.

Диагностический аспект метода игрового биоуправления до настоящего времени недостаточно изучен и редко применяется в клинике детской психиатрии. Существует немало работ, посвященных биологической обратной связи (БОС) как методу лечения и коррекции, но относительно редко упоминается о его диагностическом значении. Стратегии, выявляемые при игровом биоуправлении, могут быть дополнительным диагностическим критерием для психологической оценки копинг-поведения у детей младшего школьного возраста с патохарактерологическим развитием. На сегодняшний день существует только одна методика для данного возраста, направленная на выявление копинг-стратегий у детей, это "Опросник копинг-стратегий", адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским в варианте И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2006).

Целью нашего исследования является изучение и сопоставление стратегий поведения у данной группы детей, полученных с помощью игрового биоуправления и "Опросника копинг-стратегий", адаптированного Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским в варианте И. М. Никольской и Р. М. Грановской (2006), фрустрационный тест С. Розенцвейга (Данилова Е.Е., 1996), исследующий особенности детского реагирования в сложной, фрустрирующей ситуации).

Нами обследованы 20 пациентов в возрасте от 10 до 12 лет с диагнозами F07.88 (Другие органические расстройства личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями), и F43.25 (Смешенное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации). Диагнозы были выставлены на основе клинико-психологического обследования и наблюдения. В том числе были проведены выше описанные диагностические методики, направленные на выявление ведущих копинг-стратегий.

В результате исследования были установлены корреляционные параметры между стратегиями игрового биоуправления и видами копинг-поведения, полученными в ходе психологического исследования.

Для определения различных стратегий поведения, которые ребенок использует в различных стрессовых ситуациях, взят компьютерный вариант игрового биоуправления, который, в свою очередь, позволяет оценить степень развития и владения навыками саморегуляции под контролем сердечного ритма в различных искусственно созданных ситуациях.

Описание методики. Игра базируется на центральных механизмах физиологической регуляции, построена по принципу биологической обратной связи. Сюжет игры управляется ключевым психофизиологическим параметром – частотой сердечных сокращений с помощью специальных простых датчиков, регулирующий сигнал и передающих его в компьютер. Используется игровой сюжет «ВИРА» - соревнование по подводному погружению, в котором скорость играющего обратно пропорционально пульсу, являясь психофизиологической моделью стрессовой ситуации в игровой форме. Испытуемый управляет одним из соревнующихся. Его задача - обогнать соперника, скорость которого – это скорость игрока, достигнутая в предыдущей попытке, т. е. испытуемый соревнуется сам с собой.

Чтобы обогнать соперника и победить в игре, нужно продемонстрировать навыки саморегуляции и управления своими физиологическими параметрами в стрессовой ситуации. Тестирование проводится в индивидуальном варианте.

Диагностическая сессия включает 6 попыток, одна попытка – пробная ознакомительная, пять попыток – тестовых, по результатам которых выстраиваются профили регулируемых показателей, которые, в свою очередь, соответствуют определенной ведущей стратегии саморегуляции. Стратегии, полученные в ходе проведения психологических методик, сравниваются с выявляемыми стратегиями при проведении игрового биоуправления, находятся корреляционные связи полученных результатов.

По результатам игрового биоуправления было выявлено: 16 пациентов используют неэффективные стратегии, к которым относятся: стратегия "демотивации" (испытуемый достигал поставленной цели в первой половине сеанса, а затем результат ухудшался) и стратегия "ригидный результат" (испытуемый не демонстрировал значительных изменений показателя RR- кардиоинтервал). По результатам методик Опросник копинг-стратегий, адаптированный Н. А. Сиротой и В. М. Ялтонским в варианте И. М. Никольской и Р. М. Грановской (2006), было выявлено, что пациенты используют следующие копинг-стратегии: "плачу, крушу", "бью, ломаю или швыряю вещи" и "схожу с ума". Данные копинг-стратегии у испытуемых свидетельствуют об использовании неэффективного совладающего поведения, а также указывают на легкую возбудимость, низкий самоконтроль, напряженность и склонность к риску. По результату теста С. Розенцвейга можно предположить, что испытуемые используют препятственно-доминантную реакцию, тип реакции «с фиксацией на препятствии». Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные.

Таким образом, выявленные стратегии в игровом биоуправлении совпадают с результатами опросника копинг-стратегий у детей младшего школьного возраста. Метод игрового биоуправления может быть эффективным для диагностики совладающего поведения у детей младшего школьного возраста с патохарактерологическим развитием, а также полученные данные могут использоваться в разработке не только коррекционных, но и психотерапевтических программ.

Шадура А.Ф.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С НЕМОТИВИРОВАННЫМ КЛИЕНТОМ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ С ДЕТЬМИ

Института психолого-педагогических проблем детства РАО (Москва).

Детский психолог или психотерапевт часто сталкивается в своей работе с людьми, не имеющими в момент обращения мотивации на получение помощи. В качестве такого немотивированного субъекта помощи (я не употребляю здесь слово «клиент», поскольку пока нет контракта на помощь, нет и отношений «терапевт–клиент») может выступать:

- ребенок, которого к специалисту привел родитель или (в образовательной организации) учитель;
- сам родитель, который хочет односторонних изменений со стороны ребенка, тем самым уходя от ответственности за процесс воспитания и своего собственного развития как родителя;

- родители, которых к психологу направил учитель или завуч школы;
- бабушка, согласная водить внука на занятия, но избегающая участвовать в терапевтическом процессе;
- оба родителя, каждый из которых считает, что он воспитывает ребенка правильно, а вот мужу (жене) надо изменить свои методы воспитания.

Для того чтобы любой из выше перечисленных людей стал клиентом в терапевтическом контексте, необходимо создать мотивацию через пробуждение интереса к взаимодействию со специалистом. И тогда главный вопрос, который должен в этом случае ставить перед собой терапевт, звучит так: какова главная потребность человека, которая привела его в кабинет (или к кабинету, как в случае с бабушкой) специалиста? Анализ моего многолетнего практического опыта работы с семьями позволил выделить следующие потребности разных категорий клиентов.

Ребенком движет интерес к новой ситуации и опыту, а так же глубоко скрытая надежда на понимание и помощь в преодолении трудностей. Актуальные потребности: в понимании, уважении и признании, новом опыте.

Родители одолеваемы чувством вины за своего ребенка, непониманием причин возникшей ситуации. Они хотят почувствовать себя успешными в воспитании и надеются на то, что специалист, к которому их направили, поможет им понять, что происходит и что они могут сделать, чтобы исправить ситуацию. Даже если они заявляют лишь «объектный» запрос типа «сделайте так, чтобы он не грызался, слушал на уроках, учился» и т. п. Актуальные потребности: в понимании, поддержке, избавлении от неприятных чувств (обычно вины и стыда), самореализации себя как родителя.

Бабушка хочет, чтобы внуки были успешными, и у них все было хорошо. При этом довольно часто бабушки или дедушки оказываются в эмоционально противоречивой ситуации: вместо того, чтобы любить и баловать внуков, что для них является естественной ролью, они оказываются в ситуации, когда надо контролировать и воспитывать, то есть выполнять родительские функции. Ложность этой ситуации очень чутко чувствуют дети, саботируя указания и контроль бабушек, что приводит к конфликтам, нарастанию чувства беспомощности и вины за то, что не может справиться и плохо помогает детям. В этом случае бабушка, всегда желающая внукам добра, будет признательна за любую помощь, которая помогла бы ей если не убрать совсем эти не приятные переживания, то хотя бы снизить их интенсивность. Актуальные потребности: чувствовать себя полезной детям и внукам, избавиться от чувства вины.

Каждый из конфликтующих родителей надеется, что психолог поможет другой стороне признать свою неправоту, и в этом смысле готов пользоваться любой помощью, даже если в нее не очень верит. Каждый из них испытывает колоссальной силы фрустрацию своих потребностей и стремится от нее избавиться. Актуальные потребности: в понимании и поддержке, признании, самореализации себя как родителя, избавление от фрустрации.

В начале терапевтического взаимодействия специалист должен в своей работе опираться на актуальные потребности каждого субъекта помощи, прежде всего для выстраивания с ними отношений *Контакта* – «такого уровня безопасности, принятия и доверия во взаимодействии с консультантом, который позволяет клиенту выразить то, что его беспокоит¹». В развивающихся диалогах с каждым чле-

¹ Певзнер М.М. Процесс консультирования // Мастерство психологического консультирования. Под ред. А.А. Бадхена, А.М. Родиной. - СПб.: «Европейский дом», 2002.

ном семьи специалист должен использовать методы активного слушания и уважительной коммуникации, чтобы стимулировать людей высказывать свою точку зрения на происходящее, не оценивая эти мнения, а принимая их, как ценную информацию, достойную обдумывания и заслуживающую внимания. В этом случае бывает необходимым проводить интервью не со всеми членами семьи одновременно, а по очереди, выстраивая с каждым свой конфиденциальный диалог. В каждом диалоге необходимо четко определить, какую информацию можно вынести на данном этапе отношений для обсуждения с другими участниками процесса, а какая должна остаться закрытой от них. Что касается последовательности выстраивания таких диалогов, то я считаю нужным начинать с ребенка, поскольку обычно именно он является наиболее подавляемым членом семьи и в начале терапии важно усилить его субъектность и чувство собственной значимости. Если же родители просят сначала выслушать их, то я всегда спрашиваю ребенка, позволит ли он построить взаимодействие таким образом, что тоже подчеркивает его важную решающую роль в процессе психологической помощи. Внимательное отношение помогающего специалиста к актуальным потребностям клиентов на первой встрече позволяет обеспечить успех дальнейшего терапевтического взаимодействия.

Бенилова С.Ю.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ (ОПЫТ РАБОТЫ С НЕГОВОРЯЩИМИ ДЕТЬМИ)

Центр патологии речи и нейрореабилитации (Москва).

Введение. В последние годы прослеживается значительное увеличение количества детей с детским аутизмом, а также и детей с системными нарушениями развития экспрессивно-рецептивной речи. Дифференциальная диагностика этих расстройств представляет собой серьезную проблему, т. к. в клинической картине обоих расстройств имеются общие клинические проявления: эхолалии, «манежное поведение», однообразные моторные и речевые действия, постоянные манипуляции предметами, однообразные монотонные игры, отсутствие вербальной речи, полное или недостаточное понимание обращенной речи, отсутствие или непостоянство отклика на обращение и собственное имя, заметная реакция на слабые звуки и её отсутствие в ответ на звуки более громкие, неинтонированные вокализации, однократное произнесение отдельных слов или слогов без дальнейшего их употребления, отсутствие потребности в общении, избирательные контакты, раздражительность, неустойчивость эмоциональных реакций от аффективных до безучастных, психомоторное возбуждение, слабость побуждений, вялость или расторможенность поведения, усиление примитивных влечений, снижение уровня активного внимания и его ограниченность, низкий уровень объёма кратковременной памяти, повышенная инертность психических процессов, повышенная утомляемость и истощаемость, особенно при психических нагрузках, социальная дезадаптация. Это нередко приводит к тому, что системные нарушения речи у дошкольников расценивают как детский аутизм. В связи с этим встает вопрос о необходимости проведения дифференциальной диагностики. Поэтому под руководством профессора В.М.Шкловского в детском отделении Центра был организован ориентировочно-диагностический курс (ОДК), в рамках которого проводи-

лась дифференциальная следящая диагностика. Исследование было открытое, лонгитудинальное, верифицированное.

Цель исследования: выявление диагностически значимых показателей задержки формирования речи и других ВПФ, фиксирование появления позитивных новообразований в психоречевом развитии и редукции психопатологических проявлений и аутистических черт, выявление максимального уровня развития ребенка и качество его перехода с одного уровня формирования ВПФ на другой.

Критерии включения в исследование: отсутствие вербальных средств общения; возраст от 2 лет 6 мес. до 6 лет, отсутствие эндогенного заболевания, информированное согласие родителей, отсутствие комплексной нейрореабилитации последние два месяца до обращения.

Материал и методы. В течение 2001–2012 гг. в детском отделении Центра проводилось наблюдение за 97 неговорящими детьми (73 – мальчика, 24 – девочки, возраст – от 3 до 6 лет), поступивших в Центр без вербальных средств общения, с выраженными проявлениями аутистического спектра и задержанным психическим развитием. Дети прошли полное обследование у психиатра, невролога, педиатра, логопеда, нейропсихолога, психолога, проводился углубленный анализ анамнестических данных и современные нейрофизиологические исследования. Диагностика проводилась в рубриках МКБ-10. С детьми работала бригада специалистов: психиатр, невролог, логопед, психолог, педиатр, логоритмист, нейропсихолог, психотерапевт. Длительность проведения ОДК составляла от 6 до 12–18 мес., у отдельных детей — до 24. Дифференциальная диагностика осуществлялась в динамике на фоне комплексной медико-психолого-педагогической коррекции с регулярным динамическим наблюдением.

Содержание комплексной нейрореабилитации: 1 – индивидуальные и групповые логопедические занятия по методике Т. С. Резниченко (стимулирование появления речи с учетом когнитивного стиля восприятия информации ребенком и опорой на чтение); 2 – индивидуальные и групповые психологические занятия, направленные на формирование речевой и интеллектуально-познавательной деятельности, когнитивных функций, коммуникативной сферы, нормализации эмоционально-поведенческих расстройств; 3 – курсовая медикаментозная патогенетическая терапия – КПМТ, основанная на одновременном воздействии на взаимосвязанные звенья патогенеза (С.Ю. Бенилова, 2004); 3 – психотерапевтическая поддержка семьи, коррекция детско-родительских отношений; 4 – логоритмические занятия; 5 – массаж, ЛФК. На ОДК диагностически значимые показатели специалисты фиксировали после каждого занятия.

Результаты. Были зафиксированы изменения диагностически значимых показателей: *эмоционально-поведенческие реакции, понимание речи, соотношение названия предметов с самими предметами, формирование совместной игровой деятельности, появление коммуникативных жестов, состояние экспрессивной речи, способность к произвольной невербальной деятельности, появление чувства юмора, уровень принятия помощи, самостоятельное выполнение заданий, способность к переносу полученных навыков, способность ориентироваться в ситуации занятия, реагировать действием или репликой, вовлекаться в игры, умение ждать, пока настанет очередь в совместной игре, появление интереса к занятиям, снижение уровня персеверативных реакций.* При проведении ОДК регистрировались зарождение речи, процесс ее активизации, нормализация эмоционально-поведенческой и коммуникативной деятельности. Диагноз «детский аутизм» снимался, когда были четко зафиксированы изменения. Сроки изменения диагноза детский аутизм на экспрессивно-импрессивную алалию: через 4 мес. – у 8% детей,

через 6 мес. – у 49%, через 12 мес. – у 19%, через 18 мес. – у 5%, через 24 мес. – у 9%. Подтвержден диагноз детского аутизма у 15% детей. Сравнительная динамика общих клинических проявлений при аутизме и нарушении развития речи представлена в таблице.

Общие клинические проявления	Системное нарушение развитие речи (%)					Детский аутизм (%)				
	2 мес.	4 мес.	6 мес.	12 мес.	24 мес.	2 мес.	4 мес.	6 мес.	12 мес.	24 мес.
появление речевых форм	31,9	17	19,2	21,3	0	0	0	0	1*	1*
появление коммуникативных реакций	25,6	55,3	6,4	2,1	0	0	0	1**	1***	0
купирование психомоторного возбуждения	27,7	48,6	19,1	0	0	0	0	1	1	1
купирование «манежного поведения»	17,0	57,9	21,3	0	0	0	0	1****	1*****	0
купирование стереотипий	6,4	34	29,8	15,4	3,8	0	0	0	1	0
купирование эхололий	4,3	8,5	55,3	15,7	5,7	0	0	0	1	1

* – до 10 слов; ** – формальные и кратковременные реакции; *** – реакция на обращение; **** – проявления стали значительно реже; ***** – снизилась интенсивность.

Заключение. Сопоставление приведенных данных исследования достоверно показало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной медико-психолого-педагогической коррекционной программы для дифференциальной диагностики детского аутизма и специфического расстройства развития экспрессивно-импрессивной речи по типу афазии развития. В дальнейшем, как показали катamnестические данные, 87 детей, у которых не подтвердился диагноз детского аутизма, были успешно интегрированы в социум.

**Бойко Е.О., Вакула И.Н., Никифорова Е.Ю., Мальфина И.Ю.,
Никифорова Д., Шелудько М.В.**

ЗНАЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЕНСАЦИИ ДЕФИЦИТА В ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СФЕРАХ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

**Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1
(Краснодар) .**

Введение. В спектр аутистических расстройств, вне зависимости от уровня интеллектуальных и других психофизических особенностей, может быть отнесён любой, кто имеет дефицит в трёх следующих поведенческих сферах: 1) социальные навыки, эмпатия (сопереживание) и умение понять эмоции и поведение другого человека в определённой ситуации; 2) вербальное и невербальное общение и воображение; 3) интеллектуальная и поведенческая гибкость.

Цель. Целью исследования было отследить уровень положительной динамики, в том числе в 3 поведенческих сферах, при реабилитации детей с диагнозом аутизм/атипичный аутизм. Все дети данной выборки имели эпилептиформную активность, выявленную при проведении ночного ЭЭГ-видеомониторинга.

Материалы и методы. В исследование были включены 28 человек в возрасте от 3 до 13 лет (модальный возраст 6 лет), из них 23 мальчика и 5 девочек с диагнозом: детский аутизм на резидуально-органическом фоне (25+-8,2%), атипичный аутизм на резидуально-органическом фоне (43+-9,5%), атипичный аутизм с умственной отсталостью на резидуально-органическом фоне (32+-9,5%). 93% детей данной выборки посещают коррекционные образовательные учреждения.

У всех детей была выявлена патологическая активность при проведении ночного ЭЭГ-видеомониторинга. В бодрствовании преобладала значительно дезорганизованная альфа-активность, часто в сочетании с локально выраженными ирритативными и региональными замедлениями. Патологические эпилептиформные паттерны, чаще длительно или постоянно, наблюдались во время сна в виде «острых-медленных волн» или «пик-волн», преимущественно в лобно-центральных или лобно-передневисочных областях, как справа, так и слева. При углублении сна отмечалась склонность к генерализации.

Клинически (и по тестам психолога) всем детям выборки проводилось углубленное обследование, в том числе оценка сформированности базовых составляющих психического развития, эмоционального состояния, поведенческих сфер. Использовались методики Выгодского-Сахарова, «Контурный САТ-Н», кубики Коса, «Эмоциональные лица», «Исключения». Родители заполняли специальный опросник (контрольный лист аномального поведения) до реабилитации, через 6 месяцев и через 12 месяцев. В опросник были включены следующие группы параметров: речь, гнозис, невербальные эмоциональные реакции, настроение, нарушения сна, игровая деятельность, агрессивность. Наличие патологии функционирования обозначалось цифрой (1-3), отсутствие – 0. Меньшее итоговое число баллов, набранное ребенком, свидетельствовало о высоком качестве реабилитации, большее – о низком.

Для достижения положительной динамики, в том числе и в поведенческих доменах, всем детям проводились реабилитационные мероприятия. В данном исследовании мы сочетали психофармакотерапию с коррекционной работой, проводимой различными специалистами. В связи с наличием эпилептиформной активности на ЭЭГ у всех детей к антипсихотикам (рисперидон, кветиапин, кломипрамин, сертралин, флувоксамин и т. д.) и/или ноотропам добавляли антиконвульсанты. Кроме медикаментозной терапии проводилась психолого-педагогическая коррекция: занятия с дефектологом и психологом в рамках нейро-когнитивного тренинга и арт-терапии в индивидуальном порядке и совместно с родителями. Реабилитационное воздействие отслеживалось в течение 12 месяцев и более. Через 12 мес. проводился контроль (ночной ЭЭГ-видеомониторинг и набор психологических тестов).

Результаты и обсуждение. Положительная динамика наиболее отчетливо и последовательно наблюдалась у детей младшего возраста (2-4 г.), с относительно сохранным интеллектом и при активном участии в процессе реабилитации родителей. В фармакотерапии добавление АЭП к индивидуальной схеме лечения каждого ребёнка в 91% случаев дало положительный эффект (у 26 детей эпилептиформность купировалась). Важное значение в реабилитации, помимо традиционных психологических методик, имели: игротерапия (индивидуальная и групповая), дельфино-терапия, иппотерапия, посещения зрелищных мероприятий (цирк, театр,

концерт и т. д.). Положительная динамика, отмеченная всеми участниками реабилитационного процесса, в первую очередь проявлялась в уменьшении эмоционально-двигательного возбуждения, улучшении показателей сна и упорядочении поведения. На этом фоне более отчетливо стали заметны улучшения социального взаимодействия: использования в общении взгляда, мимических реакций, жестов, появление совместной деятельности с близкими и с младшими по возрасту, становление более адекватного реагирования на чувства окружающих. Наконец, важным этапом явилось развитие речи, в том числе разговорной речи, мотивации на общение и поддержание речевого контакта.

Таким образом, только реабилитация (комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий), взятая на вооружение всеми заинтересованными лицами, может дать конкретный положительный результат в изменении поведенческих доменов детей с аутизмом.

**Горбачевская Н.Л., Пороховник Л.Н, Козловская Г.В., Сорокин А.Б.,
Калинина М.А., Коровина Н.Ю. ,Прус Ю.А., Голубева Н.И., Ляпунова Н.А.,
Сухогина Н.К.**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

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

В настоящее время проблема расстройств аутистического спектра (РАС) привлекает широкое внимание в связи со значительным увеличением их распространенности. Достаточно сказать, что в настоящее время заболеваемость составляет 1:88. Аутизм, безусловно, представляет собой множество различных генетически обусловленных заболеваний с общими фенотипическими проявлениями в виде основной триады симптомов. По-видимому, трудности коррекции этих расстройств обусловлены тем, что они нарушают основные врожденные программы человека - речевые и социальные. Последние исследования генетической природы РАС показывают, что гены, функционирование которых нарушено при этих расстройствах, участвуют преимущественно в процессах синаптической передачи. Однако, стремительное увеличение количества детей с этим нарушением развития не может быть обусловлено чисто генетическими факторами, здесь, вероятно, ведущую роль играют факторы эпигенетические, действующие преимущественно в критические периоды онтогенеза. Можно предположить, что небольшие (<1 млн пар нуклеотидов) комплексные вариации числа копий последовательностей ДНК, часто встречающиеся у детей с РАС (микроделеции, микродупликации и пр.) под действием средовых факторов могут сдвинуть точку равновесия и генетически предопределенное развитие пойдет по иному пути. Этими факторами могут являться разнообразные изменения среды, с которыми человечество ранее не сталкивалось: изменение пищевого рациона, неконтролируемое количество антибиотиков, гормонов и пестицидов в продуктах питания, неудачный график профилактических прививок, по срокам максимально приближенный ко времени основных событий в постнатальном формировании ЦНС, соматические заболевания любой этиологии и препараты, использовавшиеся для лечения этих заболеваний, и, наконец, психогенные факторы, главными из которых является те, которые нарушают функционирование врожденных поведенческих программ человека. Все эти внешние факторы приводят к окислительному стрессу и могут повлиять на основ-

ные процессы, которые наиболее интенсивно происходят в ЦНС в период до 30 месяца жизни, и нарушить генетически запрограммированное течение онтогенеза. Показано, что одни и те же внешние влияния могут оказывать разное воздействие на клеточные структуры в зависимости от устойчивости клеток к воздействию окисления, которая определяется геномной дозой активных рибосомных генов. Для того чтобы определить прогноз и соответствующую тактику коррекционных мероприятий, а также предупредить повторение случаев в семье, необходимо разработать и апробировать протокол диагностики этих расстройств. В этот протокол должны входить, помимо тщательного клинического и психологического описания расстройства с использованием общепринятых количественных методов оценки выраженности аутистических нарушений, уровня дизадаптации, степени интеллектуальной недостаточности и др., генетическое тестирование и определение чувствительности к окислительному стрессу. На первом этапе генетического исследования необходимо исключить известные синдромальные формы РАС, которые в общей сложности составляют не менее 10% всех случаев этих расстройств. Самой распространенной моногенной формой РАС является синдром умственной отсталости, сцепленный с ломкой хромосомой X (FXS), он встречается с частотой 4-6% среди детей с аутизмом. Это диктует необходимость безвыборочного скрининга на этот синдром всех детей с РАС с помощью исследования количества повторов в промоторе гена *FMR1*.

Проведенное нами пилотное исследование 50 детей с аутизмом и умственной отсталостью позволило обнаружить у 3 детей (6%) этот синдром. Ранняя диагностика FXS позволяет осуществлять первичную профилактику (выявлять носителей премутации детородного возраста в семьях пробандов), применять патогенетически обусловленную терапию, которая существенно снижает аутистические проявления, оказывать своевременную помощь лицам с премутацией, которая, как оказалось, вызывает нейродегенеративное заболевание FXS/ТА, проявляющееся в треморе, атаксии, ранней деменции и др. симптомах.

Следующим этапом должно стать полное исследование генома с той или иной степенью разрешения. В настоящее время описано множество разнообразных генетических феноменов, проявляющихся перестройками в самых разных участках хромосом, которые приводят к РАС. Эффективной технологией обнаружения таких геномных микроаномалий является серийная геномная гибридизация (аггау CGH) на ДНК-микрочипах или молекулярное кариотипирование. Этот метод позволяет выявить несбалансированные геномные перестройки (CNV – copy number variations) у детей с РАС и интеллектуальной недостаточностью более чем в 50% случаев. Необходимо создание в нашей стране базы данных пациентов с нарушением интеллектуального и психического развития, которым проведен полногеномный скрининг. Это позволит изучать случаи со сходными генетическими перестройками: выявлять общий поведенческий фенотип, создавать модели таких же изменений на животных и разрабатывать патогенетическую терапию. На этом пути уже имеются определенные успехи. Так, при синдроме FXS успешно прошли клинические испытания препарата, улучшающего социальное функционирование. Следующим этапом диагностики должно быть выявление устойчивости к окислительному стрессу с помощью определения количества копий активных рибосомных генов, что позволит при необходимости использовать препараты, повышающие устойчивость к внешним воздействиям.

Т. о. комплексная диагностика РАС позволит не только осуществлять первичную профилактику, но и представлять прогноз заболевания и искать эффективные пути помощи.

Горюнова А.В.², Баздырев Е.И.², Кузьмич Г.В.¹, Смирнов И.И.¹
**КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ
АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

¹Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков,
²Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).

Многочисленные научные исследования указывают на коморбидность эпилептических припадков и раннего детского аутизма. Частота эпилепсии при аутизме колеблется довольно в широком диапазоне от 5% до 46% и зависит от возраста пациента и формы эпилепсии. Установлено, что у детей эпилептические приступы встречаются чаще и дебютируют обычно в пре- и пубертатном возрасте. В ходе исследований, изучавших зависимость эпилепсии при аутизме от дополнительных факторов (сопутствующей умственной отсталости, органического повреждения головного мозга, хромосомных аномалий, метаболических нарушений), было установлено, что эпилепсия чаще встречается при симптоматическом аутизме. При эндогенном аутизме без интеллектуальных нарушений эпилептические приступы встречаются редко и риск появления эпилептиформной активности на ЭЭГ минимален. Исследования последних лет показывают, что при первичном аутизме наличие эпилепсии или эпилептиформной активности на ЭЭГ не всегда имеет причинно-следственную связь. Вместе с тем, у пациентов с первичным аутизмом не исключена возможность развития симптоматической фокальной эпилепсии, так как у большинства больных детским аутизмом имеются указания на перинатальное поражение ЦНС. Существует мнение, что у детей с ранними формами эпилепсии, в частности, с синдромом Веста, при достижении клинической ремиссии часто развиваются нарушения аутистического спектра. Полагают, что при эпилепсии могут избирательно нарушаться различные функциональные зоны развивающегося головного мозга, в том числе отвечающие за эмоциональное развитие, формирование социального поведения и взаимодействия. Это, в свою очередь, можно рассматривать в качестве причины возникновения аутистических расстройств, т. е. аутизм может быть следствием тяжелых форм эпилепсии. В то же время сопутствующая эпилепсия оказывает дополнительное негативное влияние на социальную адаптацию, поведение и эмоциональную сферу пациентов с детским аутизмом.

Таким образом, многие вопросы причинно-следственных взаимоотношений аутизма и эпилепсии у детей, особенно в дошкольном возрасте, остаются не изученными, так же как и особенности клинической структуры аутизма при присоединении эпилепсии. Неизвестно, как часто пароксизмальные изменения биоэлектрической активности ГМ сопровождаются эпилептическими приступами, а также является ли обнаруженная в дошкольном возрасте у детей с аутизмом эпилептиформная активность на ЭЭГ предиктором дебюта эпилепсии в более старшем возрасте.

Цель: описать виды патологической активности на ЭЭГ у детей дошкольного возраста с аутизмом и провести сравнительный клинико-электроэнцефалографический анализ при сопутствующей эпилепсии.

Материалы и методы. На базе НПЦ ПЗДП ДЗ г. Москвы под наблюдением находились 79 детей с аутизмом в возрасте от 3 до 7 лет, из них мальчиков 54, девочек – 25. Средний возраст 4г. 6мес. Для установления диагноза использовали критерии МКБ-10 и DSM-IV. По диагнозам больные распределились следующим образом: детский аутизм и атипичный аутизм – 47 детей, из них с умственной отсталостью – 28; аутизм вследствие других причин – 27 детей, из них с умственной

отсталостью - 17; органический аутизм - 5 детей, из них с умственной отсталостью - 3. Психическое и неврологическое обследование проводилось по принятым в детской психиатрии и неврологии методикам. Уровень интеллекта и когнитивных функций исследовали по нейропсихологическим методикам и шкалам. Степень аутистических расстройств определяли по шкале DSM-IV. ЭЭГ-обследование проводилось на аппарате Nikolet с использованием стандартной схемы наложения электродов 10-20.

Результаты. Изменения биоэлектрической активности мозга обнаружены у 68 детей (86%). Они были представлены неспецифической патологической активностью - признаки нейрофизиологической незрелости, чрезмерное убыстрение ритмики, региональная патологическая медленноволновая активность. У 11 детей (16,1%) на фоне этих изменений зарегистрирована эпилептиформная активность. Сравнительный анализ частоты эпилептиформной активности в зависимости от умственной отсталости достоверных различий не выявил. Умственная отсталость в группе с зарегистрированной эпилептиформной активностью установлена в 70% наблюдений, а в группе без эпилептиформной активности – в 66,1%. Эпилептиформная активность достоверно чаще была при органическом аутизме – 30%, тогда как при аутизме вследствие других причин она наблюдалась в 11% случаев. а при детском и атипичном аутизме в 10.6%.

Регистрируемая эпилептиформная активность у большинства детей была региональной. При диффузной эпиактивности определялся четкий региональный акцент. Анализ латерализации эпилептиформной активности выявил достоверное преобладание в правой гемисфере (у 9 детей из 11). Эпилептиформная активность локализовалась преимущественно в центрально-височных областях (50%), реже - в лобной (20%) и теменно-затылочных (30%) областях. У 3 пациентов из 11 на ЭЭГ выявлена эпилептиформная активность типа доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД).

При проведении длительного видео-ЭЭГ-мониторинга с включением сна ни у одного из пациентов с зарегистрированной эпилептиформной активностью не было выявлено электрического эпилептического статуса медленного сна.

Эпилепсия верифицирована только у трех пациентов – 4,2% и сопровождалась на ЭЭГ эпилептиформной активностью. В одном случае аутистические нарушения укладывались в критерии органического аутизма с умственной отсталостью, в двух случаях в возрасте трех лет диагностирован аутизм Каннера с умственной отсталостью, причем в одном случае фокальная эпилепсия правой гемисферы дебютировала в возрасте 11 мес. с терапевтической ремиссией в возрасте 2 лет.

В ходе клинко-электрофизиологического наблюдения было установлено, что у больных аутизмом детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ в клинической картине чаще наблюдается гипердинамический синдром (40%) по сравнению с детьми без эпилептиформной активности (17.7%).

Выводы. Эпилептиформная активность у детей с аутизмом зарегистрирована в 16,1% наблюдений и чаще выявляется у детей с вторичным аутизмом.

1. Эпилепсия у детей с аутизмом выявлена только у 4,2%, что, вероятно, обусловлено возрастом детей в выборке. Для решения прогностической роли эпиактивности необходимо дальнейшее наблюдение.

2. Установлены прямые корреляции между эпилептиформной активностью в ЭЭГ и гипердинамическим синдромом в клинической картине у детей дошкольного возраста с аутизмом.

3. У большинства детей эпилептиформная активность регистрировалась в правой гемисфере, что подтверждает предположение ряда исследователей о роли дисфункции субдоминантного полушария в патогенезе аутизма.

Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Горбачевская Н.Л.
ОЦЕНКА УРОВНЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)
И СИНДРОМОМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, СЦЕПЛЕННОЙ
С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X (FRAXA)²

**Московский городской психолого-педагогический университет, НОЦ
 «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний
 детей и подростков» (Москва).**

Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (FRAXA) - наследственное заболевание, характеризующееся нарушением когнитивного развития, поведенческими, эмоционально-личностными и коммуникативными расстройствами. От 15% до 30% детей с этим синдромом удовлетворяют критериям для постановки диагноза аутизм, а 90% имеют расстройства аутистического спектра (РАС), в большинстве случаев имеются признаки дефицита внимания и гиперактивности. В качестве главного этиологического фактора выступает дефицит белка FMRP из-за нарушения функционирования гена *FMR1*, что приводит к нарушению синаптических контактов. Диагностика FRAXA возможна только на молекулярно-генетическом уровне и базируется на определении числа повторов в промоторе этого гена. Распространенность заболевания достаточно высока: по различным оценкам частота встречаемости среди лиц мужского пола составляет от 1:4000 до 1:2500. В настоящее время в нашей стране диагностика этого заболевания крайне низка. Детям и подросткам с неустановленным синдромом FRAXA врачи, как правило, ставят диагнозы: шизофрения, РАС, интеллектуальная недостаточность, СДВГ. Мы считаем, что постановка дифференциального диагноза крайне важна, так как позволяет прогнозировать жизненный путь ребенка, возможности психолого-педагогического и поэтапного медицинского вмешательства, а также обеспечить корректное сопровождение на всех этапах взросления ребенка с синдромом FRAXA.

Цель данного исследования состоит в описании и сравнении показателей адаптивного поведения, характерных для детей и подростков с РАС и FRAXA. В исследовании приняли участие 17 лиц мужского пола с генетически подтвержденным диагнозом FRAXA (количество CGG-повторов в промоторе гена *FMR1* >200) в возрасте от 5 лет 10 мес. до 22 лет 10 мес. (средние значения возраста - 12 лет 2 мес.), а также 28 мальчиков с РАС в возрасте от 7 лет 9 мес. до 17 лет 10 мес. (средние значения возраста - 10 лет 8 мес.) Для оценки уровня адаптации нами использовалась общепризнанная в международной практике шкала адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scale – VABS), которая представляет собой полуструктурированное интервью с родителями ребенка. Были исследованы основные сферы жизнедеятельности: коммуникация, повседневные житейские навыки, социализация. Показатели уровня адаптации в группе лиц с FRAXA варьируют от 28 до 78, что соответствует низкому и умеренно-низкому

² Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ (грант МК-5980.2012.6).

уровню адаптации. Показатели уровня адаптации в группе детей с РАС варьируют от 20 до 66 стандартных баллов, что соответствует низкому уровню адаптации. Значения низкого уровня адаптации можно разделить на 4 уровня по степени выраженности дефицита адаптации на мягкий, умеренный, тяжелый и глубокий. В группе детского аутизма значения распределились следующим образом: мягкий дефицит у 1 испытуемого (2,78%), умеренный дефицит у 10 (35,7%), тяжелый дефицит у 10 человек (35,7%), и глубокий дефицит у 7 (25%). В группе FRAXA мягкий дефицит у 15,8%, умеренный дефицит у 63,2%, тяжелый у 21%, глубокий дефицит адаптации не отмечен. Средние показатели в группе FRAXA по шкале коммуникации - 46 баллов, повседневные навыки - 62 балла, социализация - 67,6 баллов. Средние показатели в группе РАС по шкале коммуникации - 34,4 балла, повседневные навыки - 31 балл, социализация - 46 баллов. Таким образом, показатели уровня адаптации в обеих группах находятся на низком уровне. Однако, при сравнении групп детей с РАС и с FRAXA значения по всем шкалам (коммуникация, повседневные навыки и социализация) оказались ниже в группе РАС на уровне тенденций. Т. е. адаптивные возможности пациентов с FRAXA выше, чем у пациентов с РАС и они в целом имеют более благоприятный прогноз в сфере адаптивного функционирования по сравнению с детьми с РАС неясной этиологии.

В настоящий момент на основе знаний о патогенезе синдрома FRAXA разрабатывается адекватная медикаментозная терапия. Опубликованные недавно результаты второго этапа масштабного клинического испытания препарата Arbaclofen, являющегося агонистом гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), у больных с FRAXA в возрасте от 5 до 50 лет показали значительное улучшение социального функционирования и навыков коммуникации, что составляет основу успешной адаптации. Исследованные нами отдельные пациенты с FRAXA на терапии аналогичным препаратом в течение одного месяца также показали улучшение показателей по шкале «Социализация» адаптивного поведения Вайнленд у всех испытуемых. Также были отмечены положительные изменения в поведении детей по результатам экспертной оценки Ранговой шкалы клинических проявлений синдрома FRAXA: улучшилось внимание (на 1-2 балла), в свободном поведении стало меньше двигательных стереотипий (на 2 балла), в речи отмечалось сокращение эпизодов эхолалий (на 2 балла). В картине ЭЭГ также была зафиксирована позитивная динамика биоэлектрической активности головного мозга в виде снижения индекса тета-ритма в теменно-центральных отведениях и увеличении альфа-ритма в затылочных областях коры головного мозга. Таким образом, полученные первые предварительные данные на выборке российских детей подтверждают данными зарубежных исследований о положительном эффекте агонистов ГАМК на улучшение социального взаимодействия при данной синдромальной патологии. Можно однозначно утверждать, что полноценная эффективная коррекционно-развивающая работа невозможна без медикаментозной терапии, целью которой является восстановление и создание биологических предпосылок для успешного усвоения и закрепления приобретаемых знаний и навыков.

Дробинская А.О., Корень Е.В., Косолапова Д.С.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ
АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва).

Качество социализации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в значительной мере зависит от сформированных устойчивых паттернов поведения, которые могут играть как позитивную, так и негативную роль. Одним из таких паттернов является агрессивное поведение (АП), которое существенно осложняет адаптацию детей с РАС к социуму, нередко оказывает негативное влияние на последующее развитие ребенка, часто выглядит непонятным, непредсказуемым, чрезмерно интенсивным и опасным, трудно регулируется со стороны взрослого, в связи с чем расценивается как важное показание для применения нейрорепетитивной терапии. При этом нередко недооцениваются неоднозначность и разнообразие феноменов АП, которые в некоторых случаях выполняют защитную функцию, необходимую для адаптации, отражают стремление аутичного ребенка к активному исследованию окружающего, многообразие как клинических, так и непатологических форм (психологически понятной, ситуативно обусловленной) агрессии, вопросы взаимосвязи аффективного реагирования и АП при детском аутизме, а также клинико-этологический аспект различных агрессивных проявлений. Очевидна бесспорная актуальность изучения феномена АП с позиций его влияния на социальную адаптацию детей с РАС и необходимости учета данного параметра при разработке индивидуализированных программ психосоциальной реабилитации (ПСР).

Нами был проведен анализ АП 126 детей с РАС в возрасте от 3 до 11 лет (НПЦ ПЗДД г. Москвы, МНИИП Минздрава РФ, ЦПМСС г. Москвы). Использовались клинико-психологический подход с элементами поведенческого анализа, структурированное наблюдение с выделением и анализом паттернов АП и их динамики на фоне лечения, психокоррекционной и педагогической работы, анализ АП проводился с опорой на этологический подход к пониманию агрессии и теорию эмоциональной регуляции В.В. Лебединского.

В ходе исследования было выделено несколько вариантов дизадаптивного АП, первые три из которых расценены нами как условно непатологические (отражающие становление этологических и социально-коммуникативных паттернов поведения в условиях аутистического дизонтогенеза), а три следующие отражают болезненные расстройства, входящие в структуру аутистических расстройств либо коморбидные им.

1. Появление АП как благоприятный фактор развития при нарушении развития нормативной возрастной детской агрессии.
2. АП как искажение нормативной детской агрессии.
3. АП как способ коммуникации.
4. АП как способ отреагирования при чрезмерных аффективных нагрузках.
5. Искажение АП: вербальное агрессивное фантазирование, агрессивно-садистические действия, расторможение агрессивных влечений, влечение к страшному, мертвому, разрушенному.
6. Внеситуативные импульсивные или компульсивные агрессивные и аутоагрессивные действия.

Дизадаптирующий характер первых трех вариантов АП обусловлен чрезмерностью и неуместностью проявлений в связи с несостоятельностью инстинктив-

ных форм регуляции поведения у детей с РАС: нарушение базовых форм контакта, инстинкта самосохранения. Феномен протодиакризиса приводит к тому, что этологически значимые сигналы не считаются и/или не регулируют поведение ребенка с РАС. В результате возникающее АП может оказаться слишком интенсивным, длительным и соответственно опасным.

При анализе полученных результатов были также выявлены определенные закономерности, представляющие практический интерес:

- частота «нормативных» вариантов АП выше в группе детей дошкольного возраста, имеющих относительно нетяжелую степень выраженности аутистического синдрома;

- АП при чрезмерных аффективных нагрузках чаще отмечалось у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с высоким уровнем тревоги, в значительной степени определяющим клиническую картину состояния;

- искажение АП с признаками агрессивно-садистических влечений чаще отмечалось в группе детей старше 6 лет и при наличии признаков эндогенного процессуального психического заболевания;

- импульсивное и компульсивное АП встречалось с одинаковой частотой в разных возрастных группах, но коррелировало с глубиной умственного недоразвития ребенка;

- значительная часть проанализированных случаев АП у детей с РАС была сложной по своей структуре и требовала как психологического, в том числе поведенческого, анализа, так и медикаментозного лечения, направленного на снижение тревоги, аффективной возбудимости, а также на этиопатогенетическую терапию психического расстройства, лежащего в основе дизадаптивного поведения.

Анализ особенностей АП детей с РАС позволил определить акцент лечебно-реабилитационных и психокоррекционных мероприятий в комплексной задаче ПСР: направленность на усвоение детьми более адаптивных форм социального взаимодействия и коммуникации, преодоление аффективного дисбаланса, медикаментозная терапия психопатологических нарушений, лежащих в основе патологических вариантов агрессии.

Душка А.Л.

ИГРА КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ АУТИЗМА)

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

Игровая деятельности ребенка – ведущее средство познания окружающего мира и одно из основных средств социализации. Играя, дети легче адаптируются к окружающему миру, реализуют свои социальные потребности и возможности. С.Т. Шацкий в своих работах писал об игре, что она «Направляет общую жизнь и удовлетворяет дух исследования – работа ума. Соединение всех этих элементов усиливает социальные навыки. И скелетом этого организма служит постоянное упражнение, появляющееся в должное время и не заслоняющее основной цели организации детской жизни» [2]. Значение игровой деятельности велико еще и потому, что она определяет формирование основных новообразований, обеспечивающих успешность освоения ведущей деятельности следующего этапа возрастного развития. По мнению Д.Б. Эльконина [3], игра как деятельность содержит в себе всё разнообразие компенсаторных форм, которые проявляются в желании ребенка

войти в мир взрослых. Как показал анализ литературы, игровая деятельность воздействует на все сферы психической деятельности ребенка [1, 2, 3, 4].

Это положение нашло подтверждение в результатах проведения системы коррекционной работы с детьми с аутизмом. Наше исследование включало следующие основные виды игр:

- комбинационная игра – исследование взаимосвязи между свойствами различных объектов. В комбинационной игре игрушки используются безотносительно их прямого назначения. Этот тип игры появляется в возрасте от шести до девяти месяцев, когда у ребенка развились стратегии для исследования окружающего мира и он начинает понимать, что объекты обладают определенными качествами.

- сенсомоторная игра – это форма игры, направленная на исследование различных свойств предметов окружающего мира с использованием каких-либо действий над ними: ощупывания, облизывания, обнюхивания, постукивания. Сенсомоторная игра вовлекает только одно действие в течение определенного промежутка времени (катание, верчение, кручение, сосание, бросание и т. д.).

- символическая игра – использование одних предметов с целью изобразить другие. Тематическая символическая игра представляет собой высший уровень сюжетно-ролевой игры. Она является показателем сформированности у ребенка высшего уровня креативного символизма и носит характер спонтанности и взаимодействия.

- функциональная игра – использование объектов в соответствии с их назначением, преобладает на втором году жизни. Игровые предметы в этом возрасте используются согласно их функциям. Такой вид игры свидетельствует об умении подражать, а подражание – очень сложная задача для аутистов.

- социодраматическая игра – сознательное изображение социальных действий с участием двух и более людей. В процессе социодраматической игры дети изображают простой сюжет, основанный на ежедневных ситуациях, например, укладывают куклу спать.

- подвижные игры – направлены на развитие моторики, формирование движений и действий. О возникновении игры можно говорить только после того, как сформировались основные сенсорно-двигательные координаты, создающие возможность манипулирования и действий с предметами.

- сюжетно-дидактическая игра. По структуре дидактические игры делятся на сюжетно-ролевые и игры-упражнения, включающие только отдельные элементы игры. В сюжетно-ролевых играх дидактическая задача скрыта сюжетом, ролью, действием, правилом. В играх-упражнениях она выражена явно.

Результаты исследования особенностей игры детей с диагнозом аутизма обнаружили у них крайне незначительное число эпизодов символической игры, преобладание сенсомоторной и подвижной игр, функциональная игра встречались достаточно часто.

Наши наблюдения показали, что овладение понятиями об объектах окружающей среды и понимание физической причинности сохранены при аутизме. С одной стороны, детям с аутизмом доступно формирование понятий о физическом мире, с другой – у них отсутствуют специфические репрезентации, необходимые для развития символической игры. Самыми сложными оказались сюжетно-дидактические игры, они использовались в последнюю очередь, хотя именно они были положены в основу развития интерперсональных отношений. В этих играх преодолевался негативизм в поведении, развивалась способность к пониманию роли партнеров, смене ролей, принятию помощи, осознавалась необходимость ре-

чевого общения, формировалось сознание собственного Я, умение отличать его от окружающих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менджерицкая Д.В. Воспитателю о детской игре: пособие для воспитателя дет. сада / под ред. Т.А. Марковой. – М. : Просвещение, 1982. – 128 с.
2. Шацкий С.Т. Работа для будущего. Документальное повествование. Книга для учителя / сост.: В.И. Малинин, Ф.А. Фрадкин. – М. : Просвещение, 1989. – 224 с.
3. Эльконин Д.Б. Творческие ролевые игры детей дошкольного возраста. – М. : АПН, 1957. – 24 с.
4. Stanley I. Greenspan Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think. – Da Capo Lifelong Books, 2009. – 448 p.

Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Сединкин А.А. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Южноуральский государственный медицинский университет (Челябинск).

Актуальность. Школьное обучение является важной социальной ступенью в развитии ребенка, которое требует от него значительных когнитивных и эмоциональных затрат. Для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) это испытание еще более сложное и тяжелое, учитывая их интеллектуальные и коммуникативные особенности. Получение детьми с РАС адекватного образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, но с дифференцированными, индивидуальными подборками школьных программ и учетом уровня интеллекта. В существующей структуре образования больных с РАС можно обучать в средних массовых школах, специальных (коррекционных) учреждениях: для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вид), с задержкой психического развития (VII вид), для умственно отсталых детей (VIII вид), школах индивидуального обучения на дому детей-инвалидов. В последние годы широко стали использоваться частные школы с малой наполняемостью в классах.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности обучения детей с РАС в образовательных учреждениях различного вида с учетом интеллектуальных и коммуникативных особенностей.

Материалы и методы исследования. В клиническом исследовании приняли участие 25 пациентов: 23 мальчика и 2 девочки в возрасте от 6 до 10 лет. Наблюдение проводилось с 2009 по 2012 г.г.

Критерием включения пациентов в исследование явились общие расстройства психического развития рубрика F84 (МКБ–10) с типичными (синдром Каннера, F84.0), атипичными формами (F84.1) аутистических расстройств и с синдромом Аспергера (F84.5). Клиническая картина проявлялась признаками качественного нарушения социального взаимодействия и когнитивными особенностями от нормального уровня интеллекта до пограничного и умственного дефекта с легкой и умеренной степенью выраженности.

Использовались клинико-anamnestический и клинико-психопатологический методы обследования, для оценки степени выраженности аутистических проявлений, поведенческих нарушений рейтинговая шкала The Childhood Autism Diagnos-

tic Scale (CARS) (E. Schopler, R. Reichler, B.R. Renner, 1988), тест Д. Векслера, адаптированный для детей и подростков от 6,5 до 16,5 лет (WISC).

Результаты и обсуждения. Клиническая картина у всех пациентов была представлена трудностями общения в коллективе сверстников из-за коммуникативных особенностей. По данным шкалы CARS, у 21 ребенка уровень выраженности аутизма достигал критерия «выраженный аутист», состояние таких детей квалифицировалось как детский и атипичный аутизм, у 4 детей с синдромом Аспергера соответствовал «мягкому» или «умеренному». Особенности поведения являлись сверхценные увлечения односторонними интересами (компьютерами, телефонами, и другими предметами неигрового содержания), отсутствие игровой деятельности, моторной неуклюжестью, выраженным расстройством внимания. По данным обследования уровня интеллекта тестом Векслера были получены следующие результаты: у 13 детей показатели IQ были 59-64 балла, что соответствовало умеренному умственному дефекту, оценка проводилась по невербальным шкалам, так как отсутствовал продуктивный вербальный контакт; у 6 пациентов результаты IQ составили 69 баллов, что характеризовало снижение интеллекта до степени легкой умственной отсталости, у 4 – отмечался пограничный уровень (IQ был равен 80 баллам) и лишь у 2 детей показатели интеллекта соответствовали возрастной норме. Результаты интеллекта, выявленные при помощи теста Векслера (например, снижение до степени умственного дефекта), не всегда достоверны для детей с аутизмом, так как затруднено качественное выполнение их из-за особенностей поведения, поэтому важно оценивать ребенка на основании клинического и динамического наблюдения. Все дети проходили психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) для решения вопроса о программе и виде обучения. Так, 19 детям с легкой и умеренной умственной отсталостью был определен VIII вид обучения с индивидуальным подходом с учетом уровня интеллектуального развития и тяжестью поведенческих нарушений.

Сложнее всего было определить тип обучения 6 пациентам с пограничным и нормальным уровнем интеллекта. Хотя они могли обучаться по VII виду по программе массовой школы, но из-за аутистических особенностей (нарушений коммуникативных функций речи, общения, неумения участвовать в играх, отстраненности) они не удерживались в классах с большой наполняемостью учеников. Некоторые из них вынуждены были перейти на индивидуальные формы обучения в школе или на дому, тем самым еще более усложняя социальную адаптацию. Поиск решения этой проблемы, а именно обучение детей с РАС в классах с малой наполняемостью, где легче адаптироваться к школьным правилам и требованиям, привел к возможности обучения в частных школах. В этих образовательных учреждениях в классах обучается не более 5 человек, используются школьные программы массовой школы и дифференцированный подход к обучению и воспитанию.

Катамнестическое наблюдение в течение 3 лет показало, что 3 детей с умеренной умственной отсталостью были переведены на домашнее обучение из-за поведенческих нарушений (агрессивность, невозможность высидеть на уроках); 16 пациентов смогли продолжить обучение по программе VIII вида вспомогательной школы и 6 детей успешно обучались в частных школах с возможностью посещать дополнительные кружки при образовательном учреждении.

Выводы: таким образом, дифференцированные подходы к школьному обучению детей с РАС, позволяют им получать образование в соответствии с интеллектуальными и поведенческими возможностями, повысить социальную толерантность к ним, тем самым улучшая адаптацию к жизни в обществе.

АУТИЗМ И ЭПИЛЕПСИЯ

Южноуральский государственный медицинский университет (Челябинск).

Актуальность. Аутизм и эпилепсия, достаточно гетерогенные расстройства, с разнообразными причинами и механизмами развития. Взаимодействие аутизма и эпилепсии может быть на уровне анормальных, дисфункциональных нейрональных систем в различных отделах головного мозга. В то же время, и аутизм и эпилепсия сами по себе являются гетерогенными заболеваниями. Разнообразие форм аутизма, которые включают синдром Каннера, синдром Аспергера, атипичный аутизм, аутистический регресс и аутистическиподобные синдромы, на современном этапе характеризует его как расстройства аутистического спектра (РАС). Так и форм эпилепсии в детском возрасте описано более 40. В этой связи встают вопросы не просто взаимодействия аутизма и эпилепсии, а понимание фенотипа аутизм-эпилепсия, доказательства психопатологии аутизма, протекающего с эпилептическими приступами или коморбидности (параллельности) этих расстройств. Известно, что 30% детей с аутизмом имеют припадки, то же у 25% детей с когнитивными проблемами и у 5% детей с нормальным IQ. При обследовании 150 пациентов с аутизмом в возрасте 21 г. и старше эпилепсия была выявлена в 22% случаев. В большинстве случаев приступы начались после 10-летнего возраста, причем преобладали генерализованные тонико-клонические припадки (88%).

В литературе описаны аутистическиподобные синдромы при расстройствах хромосомного и обменного генеза: фенилкетонурия (в 1/3 наблюдений эпилептические приступы), туберозный склероз (триада симптомов: слабоумие, поражения кожи и других органов, эпилептические приступы). До 2-5 лет у этих детей часто стоит диагноз аутизма. При синдроме Ретта у 50% больных регистрируются эпилептические приступы. В то же время высказано предположение, что существует связь между припадками и регрессивным развитием у детей с аутизмом, в частности инфантильные спазмы могут приводить к регрессу с аутистическими чертами.

Целью настоящего исследования явилось изучение детей с расстройствами аутистического спектра и эпилептическими приступами. Критерии включения: возраст – дети от 3 до 18 лет; РАС (МКБ-10); наличие эпилептических приступов, установленного диагноза эпилепсии. **Методы исследования:** клинко-психопатологический и нейрофизиологический (ЭЭГ-видеомониторинг от 2-3 часов в состоянии бодрствования и во сне на аппарате ЭЭГА-21/26 «Энцефалан-131-03», модификация 14, Медиком МТД, Таганрог).

Результаты исследования. Изучены 148 детей с расстройствами аутистического спектра, 25% (n=37) из них имели эпилепсию. Возрастной состав: 3-5 лет – 19 пациентов; 5-7 лет – 11; 7-14 лет – 7. Все обследуемые были разделены на две группы. Первая группа – дебют заболевания с психических симптомов (аутистических) – 16 пациентов (43,2%). Вторая группа – дебют с эпилептических приступов – 21 пациент (56,8%).

У детей первой группы в 100% случаев симптомами дебюта были аутистические расстройства, особенности психоречевого развития. В 30% это был детский аутизм, в 70% - атипичный аутизм. Эпилептические приступы дебютировали в различные возрастные периоды. Среди форм эпилепсии преобладали симптоматические фокальные (80%) (СФЭ) - очаги глиоза, лейкомаляции, атрофии; в 20% - вероятно симптоматические фокальные (ВСЭ). В 50% случаев на ЭЭГ определя-

лись доброкачественные эпилептиформные паттерны детства (ДЭПД) (n=8), причем у всех с СФЭ «двойная патология».

У детей второй группы дебют заболевания определили эпилептические приступы (100%) в раннем дошкольном возрасте. Среди форм эпилепсии преобладали вероятно симптоматические фокальные: лобная - 4 (в 2-х случаях эволюция синдрома Веста), височная - 3. Вероятно симптоматические генерализованные эпилепсии - 2 (с-м Веста, миоклонически-астатическая). Симптоматических фокальных форм было 2 (агенезия мозолистого тела, Денди-Уокера). На ЭЭГ - ДЭПД в 1 случае (СФЭ), разряды эпилептиформной активности - 4, очаги эпилептиформной активности - 4, норма - 3. В 100% форма аутизма отвечала критериям атипичного аутизма.

Выводы:

1. У 25 % детей с расстройствами аутистического спектра возникают эпилептические приступы (эпилепсия).

1.1 Среди них у 43,2% детей на фоне атипичных форм аутизма в дошкольном возрасте возникают эпилептические приступы преимущественно в структуре симптоматических фокальных эпилепсий (чаще при наличии патологии головного мозга, выраженных когнитивных нарушениях) и в подростковом возрасте в структуре типичных форм аутизма (синдром Каннера).

1.2. У 56,8% детей на фоне эпилепсии развивается аутистическое поведение с выраженными когнитивными нарушениями (атипичный аутизм). Как правило, это определенные формы эпилепсии - синдром Веста, фокальные эпилепсии - лобные и височные.

Пашковский В.Э., Бердышев И.С.

ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ АУТИЗМОМ

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ²Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» (Санкт-Петербург)

В последние годы возрастает количество исследований посвященных высокофункциональному аутизму (ВФА). В одних случаях этим термином обозначают расстройства, встречающиеся у детей с ранним детским аутизмом (синдромом Каннера) без признаков психического недоразвития, в других обосновывается тесная связь ВФА с синдромом Аспергера, в третьих ВФА определяется как форма аутизма без задержки умственного развития, но с ясной задержкой или ухудшением овладения языком на более ранних стадиях онтогенеза. Большинство авторов употребляет двойной термин: «синдром Аспергера/высокофункциональный аутизм (СА/ВФА). Несмотря на то что это состояние вошло в обиход после публикации работ Лорны Винг еще в 1981 г., до сих пор эти пациенты рассматриваются среди эксцентричных, обсессивных, пограничных или шизотипических личностей. В нашей стране большинство работ касалось тяжелых форм аутизма, поэтому зачастую у пациентов с СА/ВФА диагностика основывалась на наличии определенных расстройств, наблюдаемых в момент исследования без учета темпа психического развития ребенка и процессуальной динамики. Наиболее часто диагностировались «детская шизофрения», «обсессивно-фобическое расстройство», «синдром дефицита внимания и гиперактивности», «органическое поражение головного мозга» и т. д.

Исследования С. Барон-Коэна показали своеобразие когнитивного стиля детей с СА/ВФА. К сильным сторонам относится внимание к деталям, высокая одаренность в одной области, систематическое накопление фактов в избранной области, формирующее энциклопедические знания. К слабым - нарушение исполнительного функционирования (организация, планирование, поддержание внимания к выполняемому заданию, подавление неуместных импульсов), концентрация внимания на мельчайших деталях, невозможность их объединения в общую картину, фокусирование на ошибках, истерики при их повторных ошибках, склонность к перфекционизму. Наиболее успешны такие дети в математических школах. В обычных – школьная дизадаптация обусловлена тем, что ученики, даже усваивая социальные навыки, не понимают в полной мере, когда и как следует их использовать. В попытках адаптироваться к социальному миру дети применяют негибкие стратегии. В этой связи многие родители детей с СА/ВФА, которых они отдали на обучение в массовые школы, часто оказываются заложниками многочисленных непредсказуемостей, связанных с их выбором. К основным проблемам относятся следующие: 1) примет ли учительский коллектив их ребенка как фенотипически особую (своеобразную) личность, 2) будет ли каждый учитель готов к проявлениям личностных особенностей таких детей, которые не соотносятся с его профессиональными представлениями о режиме и дисциплине, 3) будет ли каждый учитель терпим к таким особенностям, как, например, медленный темпоритм, парадоксальные устные ответы или отказ от них, 4) будет ли каждый учитель готов к адекватному реагированию на специфические проявления таких детей: импульсивный и длительный смех, эхолалии, речевую заикленность на чём-то значимом, интенсивный и малопонятный приступ страха. Особо серьезное испытание для педагогов могут представлять парадоксальные агрессивные реакции.

В итоге, при неблагоприятной адаптации таких учеников в школе, администрация перед их родителями ставит вопрос о выводе детей на надомное обучение или переводе в другое образовательное учреждение. При этом не оставляют им никаких шансов, в том числе с привлечением возможностей школьных и районных служб сопровождения: педагогов-психологов, логопедов, коррекционных педагогов. В случае отказа родителей от подобных предложений судьба таких учеников обычно печальна. В ответ на нарастающее непонимание учителей и сверстников у детей возникают реакции на стресс, резко теряются достигнутые социально-образовательные навыки, нарастает оппозиция к учителям, одноклассникам и самому образовательному процессу. Остается лишь вариант надомного обучения, который в большинстве школ глубоко формализован, обезличен и не предполагает никаких социально-коммуникативных сервисов (посещение некоторых занятий в классе, участие во внешкольных мероприятиях и т. д.).

Таким образом, декларируемая в нашем обществе образовательная инклюзия, по крайней мере в отношении детей с СА/ВФА, не работает и не реализуется на конкретно-исполнительном уровне. Закон об образовании, который прямо обязывает массовые образовательные учреждения создавать все условия для полноценной адаптации, обучения особенных детей (потенциально способных к получению одиннадцатилетнего образования), не выполняется.

Предложения.

- Создать научно-методические межведомственные центры по вопросам обеспечения инклюзивного образования.
- Создать центры (на базе ведущих ВУЗов с привлечением практических работников) по подготовке и переподготовке педагогического персонала и специалистов служб сопровождения по вопросам инклюзии.

- Ввести в каждом образовательном учреждении должности куратора по вопросам инклюзии.
- На властном уровне усилить межведомственные взаимосвязи в интересах инклюзии детей с высокофункциональным аутизмом и их родителей между образовательными учреждениями, службами сопровождения и системой психиатрической помощи несовершеннолетним в городе.

Рубан О.В.

**КОРРЕКЦИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
МЕТОДОМ «ХОРОВОДНЫЕ ИГРЫ»**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Наиболее сложной группой детей с нарушением коммуникации являются дети с расстройствами аутистического спектра (РАС). При РАС коммуникативные нарушения отмечаются уже на ранних этапах развития. Таким образом, подходя к выбору коррекционных технологий необходимо учитывать системность данного нарушения и подбирать методы, позволяющие одновременно воздействовать на несколько сфер развития. Необходимо использовать в процессе коррекции все каналы принятия и переработки информации – зрительный, слуховой кинестетический.

На базе службы помощи «лекотека» детского сада № 288, нами проведено исследование, посвященное коррекции коммуникативных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследовании приняли участие 12 пар детей с родителями. Возраст детей варьировал от 4.0 до 5.10 лет. При выборе коррекционных технологий мы обратили свое внимание на уникальные свойства русского традиционного фольклора и адаптировали детские хороводные игры к задачам коррекции коммуникативных нарушений у дошкольников с РАС. В процессе подготовки серии занятий были сделаны акценты на трех важных направлениях метода «хороводные игры» – это гармоничное использование обучающих, средовых и коррекционных свойств игрового фольклора. 1) Обучение детей средствам и способам коммуникации за счет системы образов, содержащихся в хороводных играх (визуальных, аудиальных, образов действий и т. д.), а также заложенных правил и норм поведения. 2) Создание среды: структурирование игрового пространства посредством смены ритмических композиций и типов движения хоровода. Ритмизация пауз для введения дополнительного времени, позволяющего ребенку совершить необходимое игровое действие без нарушения целостности игрового процесса. Использование стратегий замирания и изменения темпа хороводных игр, побуждающих детей к реализации полученных коммуникативных навыков и проявлению эмоциональных реакций. 3) Коррекция неприемлемых паттернов поведения, привнесение новых социально обусловленных стратегий коммуникативного поведения.

Для организации коррекционного процесса были выделены свойства игр (табл. 1).

Таблица 1.
Свойства хороводных игр

<i>Особенности коммуникации у детей с РАС.</i>	<i>Свойства хороводных игр</i>
Нарушения и искажения в проявлении мимики, пантомимики, отсутствие эмоционального заражения, парадоксальность эмоциональных реакций	Хороводные игры содержат паттерны эмоционального поведения в различных ситуациях. Драматические компоненты хороводных игр моделируют ситуации, позволяющие пережить социальные и бытовые эмоции и перенести их в контекст других игр.
Отсутствие вербального взаимодействия или стереотипность вербального взаимодействия	В хороводных играх содержатся комплексы звукоподражания, сохранены типичные формы и обороты речи, в играх содержатся монологи, диалоги, полилоги.
Отсутствие социально принятых средств коммуникации	Содержание в хороводных играх образов и моделей поведения и образов действий.
Сложности тактильного взаимодействия	Хороводные игры содержат формы тактильного взаимодействия различной интенсивности (легкие прикосновения, пощипывание, щекотка, приветствие за руку, ощупывание в жмурках или касания в салках)
Сложности в регуляции поведения (иерархия побуждений, контроль и адекватность эмоциональных реакций)	Повторяемость и предсказуемость игр и событий. Наличие четких правил игры и неизменных принципов поведения в игровой ситуации. Структурирование игрового пространства за счет орнаментики хоровода и ритмизации всего игрового процесса.

После курса коррекционных занятий были отмечены позитивные изменения в коммуникативном поведении детей. Взаимодействие отличалось большей самостоятельностью и эмоциональностью. Участники на доступном уровне проявляли инициативу в общении, значительно богаче стала мимика, дети свободнее вступали в тактильный контакт, регулировали свои побуждения и эмоциональные реакции. Дети осваивали социально приемлемые модели поведения, самостоятельно выполняли игровые действия, демонстрировали эмоциональное заражение. Из бесед с родителями стало известно, что полученные коммуникативные навыки используются в другой обстановке, общение вне группы стало эмоциональнее и богаче. Значительно снизилось количество ситуаций негативного поведения.

Для определения эффективности метода и динамики развития коммуникации у детей с РАС была разработана система оценки. По результатам проведенной оценки коммуникативная компетентность детей, посещающих занятия с применением метода «хороводные игры», значительно возросла: в начале коррекционных занятий средний балл по группе равен 16,5 баллов из 66 возможных, а в конце 38,5 баллов.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что традиционные детские хороводные игры, адаптированные к задачам специальной психологии, позволяют оказывать системное воздействие на психофизическое развитие детей, предлагают доступные средства для освоения и реализации способов взаимодействия, гармонизирует развитие в целом.

Усачёва Е.Л., Карнаухова Е.Н., Серебровская О.В., Семенихина Н.В.
**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
РЕСУРСА МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ СРЕДЫ**

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

Актуальность проблемы. Современные клинические классификации (МКБ-10, DSM-IV) включают детский аутизм в группу pervazivnykh расстройств психологического развития, объединяющих все отклонения и задержки развития психологических функций, которые участвуют в процессе приобретения социальных навыков. Актуальность разработки комплекса психореабилитационных мероприятий, направленных на преодоление указанных нарушений, связана с решающим значением своевременного начала и адекватного содержания коррекционной работы.

Цель исследования - разработка оптимального комплекса психокоррекционной помощи детям с аутистическими расстройствами в условиях стационара.

Материалы и методы. Получены результаты психокоррекционной работы с 24 пациентами мужского и женского пола в возрасте от 5 до 7 лет, имеющими расстройства аутистического спектра (F.84.0, F.84.1, F.84.5). Все пациенты наблюдались в ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы». Метод: экспериментально-психологический.

Результаты и их обсуждение. Задачей настоящего исследования явился поиск путей формирования «рабочего поведения» (взамен «полевого») на основе визуально-моторной интеграции, которую мы рассматриваем как функцию, лежащую в основе развития целенаправленного, активного внимания, являющегося основным условием «рабочего» поведения. Уровень развития визуально-моторной интеграции также является одной из ведущих характеристик наглядно-действенного мышления. Акцент делался на формировании способности ребенка оставаться на своем месте и сосредоточиваться на предложенном психологом стимуле или задании.

В качестве основополагающего направления коррекционной работы была выбрана программа TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children — лечение и обучение детей, страдающих аутизмом и нарушениями общения, E. Schopler, G. Mesibov, 1995), способствующая социальной адаптации пациента с помощью зрительной организации внешней среды. Пациенты были разделены на две группы: коррекционно-развивающая работа в экспериментальной группе (10 человек) проводилась по программе TEACCH в сочетании с сеансами в сенсорной комнате; в контрольной группе (14 человек) — только по программе TEACCH.

Программа психологической коррекции, в которой использовались терапевтические ресурсы мультисенсорной среды, включала несколько этапов. На первом этапе ребенка обучали сосредоточиваться на визуальном стимуле и следовать инструкции взрослого; на втором — вводились слуховые стимулы. Все стимулы вводились в определенной последовательности, каждый из них способствовал решению конкретных терапевтических задач. На третьем этапе происходила интеграция чувственных ощущений разной модальности с сохранением рабочего сосредоточения.

Оценка эффективности работы производилась с помощью невербального «Теста переплетенных нитей» (авторская модификация «Теста переплетенных линий» Рея). Стимульный материал теста: разложенные на столе пять одноцветных шерстяных нитей, на началах и концах которых располагаются предметные картинки. Ребенку предлагалось проследить каждую нить взором (без помощи рук) и найти пару картинок. Фиксировалось время, затраченное на зрительное проследование вдоль каждой нити и на весь тест, а также допущенные ошибки и остановки в процессе движения взора. Успешное выполнение (равномерный темп, правильное нахождение парной картинки, время до 10 сек.) оценивалось в 3 балла; менее успешное (неравномерный темп, правильное нахождение картинки, время от 10 до 15 сек.) – в 2 балла (при затраченном времени более 15 секунд – 1 балл); неуспешное (неправильное нахождение картинки) – 0 баллов. Учитывалась возможность ситуационного утомления ребенка.

Результаты ретестирования в экспериментальной группе после проведенной психологической коррекции значительно отличались от результатов ретестирования в контрольной группе. Средний балл по тесту «Переплетенных нитей» до коррекции и в экспериментальной, и в контрольной группах составлял 3 балла, после комплекса психокоррекционных мероприятий средний балл в экспериментальной группе составил 12 баллов, в контрольной – 6.

Вывод. Таким образом, можно сделать вывод о том, что дополнение пространственного, временного структурирования и структурирования деятельности аутичного ребенка, предусмотренных концепцией ТЕАССН, развитием активного внимания с помощью терапевтического ресурса мультисенсорной среды повышает эффективность психореабилитационных мероприятий и должно включаться в протокол психологического ведения таких пациентов.

Хайретдинов О.З., Носачев Г.Н.

ДИАГНОСТИКА ОРГАНИЧЕСКОГО АУТИЗМА СРЕДИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ

Самарский государственный медицинский университет, Научно-практический центр психосоматического здоровья «София» (Самара).

В российской детской психиатрии оценочные шкалы для диагностики расстройств аутистического спектра (РАС) применяются редко, в то время как в зарубежных странах используются весьма активно. **Целью исследования** было выявление возможностей некоторых оценочных шкал для диагностики и дифференциальной диагностики РАС, в том числе для выделения органического аутизма.

Произведен анализ структуры следующих диагностических инструментов: оценочной (рейтинговой) шкалы детского аутизма (CARS, Schopler et al., 1980; 1988), оценочной шкалы аутизма Gilliam (GARS, Gilliam, 1995), детского опросника аутизма (CHAT, Baron-Cohen, et. al., 1992), диагностического интервью аутизма (ADI-R, Lord et al., 1994; 2003; 2007), графика диагностического наблюдения аутизма (ADOS, Lord et al., 1989) и оценочной клинико-этологической шкалы аутизма, разработанной в Самарском государственном медицинском университете (Хайретдинов О.З., Уваровская О.Ю., 2001; 2011). Рассмотренные шкалы различаются в связи с задачами применения (скрининг, диагностика, количественная оценка симптомов; клиническая практика или исследования), необходимому вре-

мени для заполнения (от 5-10 минут до 1,5-2,5 часов), возрасту пациентов (от 18 месяцев до 16 и более лет), адресатам (врачи, родители).

При сопоставлении результатов применения различных шкал обнаружены расхождения в оценке степени расстройств. В частности, согласованность оценочных показателей по шкалам CARS и GARS выше в случаях типичного аутизма (синдром Каннера) и ниже - при атипичном (органическом) аутизме.

Данные оценочной клинико-этологической шкалы аутизма (ОКЭША, Хайретдинов О.З., Уваровская О.Ю., 2001; 2011) позволяют выделить признаки **органического аутизма**: преобладание относительно сохранного глазного контакта; мимика смущения; поза чаще модулируется в ситуации взаимодействия; относительная сохранность указательных жестов; редкость феномена пластичности отдельных движений на фоне общей моторной неловкости; некоординированная, атактическая или спастическая походка; простота моторных стереотипий (тики и простые патологические привычные действия); явления апрозексии и грубое «полевое» поведение в отличие от преобладания избирательности внимания при синдроме Каннера.

Сделаны выводы о возможностях использования оценочных шкал для диагностики и дифференциальной диагностики детского аутизма в различных возрастных группах.

Чуприков А.П., Чуприкова Е.Г. МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ МОЗГА И ЯЗЫКА ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

Национальная медицинская академия последипломного образования (Украина).

В настоящее время медицинская помощь детям с аутизмом сдвигается с более позднего возраста на более ранний (1,5–2,5 лет), обогащается не только за счет применения психотропных препаратов, но и различных физиотерапевтических и общеукрепляющих процедур. В числе последних применяются пневмомассаж, игровая кинезиотерапия, метод Томатиса, дельфино-, канис- и иппотерапия, диета. Все эти методы способствуют сенсорной интеграции и вхождению ребенка-аутиста в микро- и макросоциум. Неожиданно в последние годы возрос интерес родителей и врачей к электролечению детей-аутистов. История использования электростимуляции в лечении детей восходит к середине XX века, когда в СССР был очень популярен метод электросна. Надо сказать, что к сегодняшнему дню в пограничной психиатрии этот метод забыт, но долгое время, пока не исчезли аппараты, применялся в детской психиатрии.

Возврат электролечения в детскую психиатрию произошел благодаря исследованиям применения микрополяризации в лечении задержек психического развития у детей, а также при органическом поражении головного мозга. Не только в России, но и в Украине этот метод применяется достаточно широко, хотя следует признать, что доказательность его эффективности пока не изучалась.

Наше внимание привлекли работы известного нейрохирурга Paul Bach-y-Rita, создавшего в 60-е годы XX столетия устройство BrainPort, основной функцией которого являлось создание осязательных образов на языке. В наше время Y.P. Danilov (2006, 2007), используя это устройство, проводил электростимуляцию различных зон языка у больных с центральной и периферической вестибулопатией.

В нашей клинике у детей с аутизмом и задержками речевого развития мы с 2012 г. применяем transcranial direct current stimulation (tDCS), или микрополяризацию как в традиционном для отечественной психоневрологии варианте, так и с включением стимуляции языка (когда это возможно по состоянию ребенка). Микрополяризация в нашей клинике осуществляется на фоне адекватной психическому состоянию ребенка фармакотерапии, в некоторых случаях – физиотерапии (пневмомассаж), анималотерапии.

Результаты применения модифицированной подобным образом методики микрополяризации показывают, что ее эффективность существенно возрастает в сравнении с традиционной терапией. У детей постепенно преодолеваются задержки развития речи, моторной алалии. Они становятся общительней, жизнерадостней, лучше воспринимают информацию, у них усложняются игры.

Шевченко Ю.С., Каримов В.В.

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ НА РЕЗИДУАЛЬНОМ ОРГАНИЧЕСКОМ ФОНЕ
Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва).

До настоящего времени отсутствуют четкие диагностические и динамические критерии (при использовании ИДК, КОДУ МКБ-10, 1993; DSM-IV, 1994) детского аутизма, обусловленного органическим поражением головного мозга. В прошлом столетии органический вариант раннего детского аутизма относили к широкому кругу резидуально-органических психических расстройств, связанных с остаточными явлениями ранних, прежде всего внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга различной этиологии (инфекционной, травматической, токсической, смешанной). Однако не сам по себе факт выявления органических вредностей в анамнезе, а лишь возможность установления связи между ними и клиническими проявлениями может дать основание для суждения об их роли в формировании синдрома. Так, по наблюдениям многих исследователей, у 65%-80% детей с шизофренией обнаруживаются двигательные расстройства, в том числе и в преморбидном периоде; характерные нарушения развития и диффузные неврологические симптомы у детей из групп высокого риска по шизофрении не являются следствием перинатальных осложнений ЦНС, несмотря на их высокую частоту (81,6 %); антенатальные и перинатальные повреждения плода определенным образом связаны с наследственной отягощенностью детей; аутичные дети, имеющие большую предрасположенность к генетическим нарушениям, обнаруживали пред- и перинатальные осложнения.

Патогенные биологические факторы, как генетические, так и экзогенно-органические, в том числе обуславливают нарушения психического развития ребенка. Schwable E., в 1927 г. ввел понятие «дизонтогении» как грубого нарушения развития организма в пренатальном периоде. Признавая многообразие типов психического дизонтогенеза, Ковалев В.В. в 1981 г., тем не менее, объединял их в 2 основных варианта - дизонтогенез с негативной симптоматикой и дизонтогенез с продуктивными синдромами. Лебединский В.В. в предложенной им классификации (1985) выделил шесть основных видов психического дизонтогенеза: 1) психическое недоразвитие, 2) задержанное психическое развитие, 3) поврежденное развитие, 4) дефицитарное развитие, 5) искаженное развитие, 6) дисгармоничное развитие.

Подробное изучение развития в детстве лиц, заболевших впоследствии шизофренией, установило у них наличие дизонтогенеза. Распространение исследования на ближайших родственников больных шизофренией выявило наличие дизонтогенеза и у них в схожей с больными форме. Снежневский А.В. с позиций общей патологии рассматривал проблему диатеза в рамках понятия *pathos* — состояния, заключающего в себе лишь возможность развития патологического процесса. Была выделена еще одна форма психического дизонтогенеза – диатез, представляющий собой выражение предрасположения к тем или иным психическим заболеваниям.

Общей особенностью психических расстройств у детей, особенно в раннем возрасте, является сочетание проявлений прогрессивной динамики развития психических функций и их дизонтогенеза, обусловленного нарушением формирования морфофункциональных систем головного мозга. В этом возрастном периоде получает подтверждение гипотеза о трехосевой структуре этиологии психических заболеваний, когда взаимодействуют три вида равных по каузальной значимости факторов – генетические, экзогенно-церебральные и психосоциальные, что находит отражение в полиморфизме клинической картины и делает необходимым реализацию индивидуального подхода к построению лечебно-профилактических мероприятий.

Таким образом, изучение детского аутизма на фоне резидуальных органических поражений головного мозга, должно проводиться в аспекте определения места этих расстройств в структуре основного заболевания, его первичности, вторичности и коморбидности. Актуальным остается вопрос о возможности формирования признаков аутизма как следствия перинатального поражения головного мозга, признании резидуальной церебральной недостаточности в качестве основного, базового расстройства.

Фенокопирование клинических проявлений разных форм аутизма, в частности, развивающихся на фоне резидуального органического поражения ЦНС, процессуального аутизма, не имеющих четкого возраста начала, синдрома Каннера и синдрома Аспергера, определяет необходимость сравнительного психопатологического анализа детского аутизма, обусловленного резидуальным органическим поражением головного мозга, с другими формами аутизма на резидуально-органическом фоне. Верификация аутизма, обусловленного резидуально-органическим (перинатальным) поражением головного мозга, даст обоснование дифференцированного подхода к прогнозу, лечению и реабилитации детей с типичными и атипичными формами аутизма на резидуально-органическом фоне.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы в алфавитном порядке.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи

Подписано в печать 05.11.2014 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.