

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научно-практический рецензируемый журнал
психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин

ISSN 2305-9133

2017 (17), №4

**«Вопросы психического
здоровья детей и подростков»**
(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных
дисциплин)

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

Журнал представлен
в информационной базе РИНЦ
(Российский индекс научного
цитирования)

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

Контакты редакции:
Почтовый адрес: 125009,
Москва, ул. Тверская, д. 12,
стр. 8, оф. 12
Телефон/факс: +7 499 251 4306
E-mail: acpp@inbox.ru

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в
журнале «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»
направляются электронной
почтой вложенным файлом в
формате .rtf либо .doc на адрес:
acpp@inbox.ru.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка
обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.
© Ассоциация детских
психиатров и психологов. 2017

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, И.В. Добряков,
В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, И.Л. Коломиец,
И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, Е.О. Смирнова,
В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко,
А.М. Щербакова

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой
поддержке Института Гармоничного Развития
и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».**

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНЫХ ЗАСЕДАНИЙ VI КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

А.В. Морозов КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЛИНКВЕНТНОГО И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	4
П.Н. Москвитин, В.В. Турбинский ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ ИННОВАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ.....	12

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

М.А. Калининна КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕЗЕ.....	20
Н.Ю. Жукова ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К СМЕРТИ И СКЛОННОСТИ К САМОРАЗРУШАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ У ПОДРОСТКОВ.....	27
И.А. Горьковская, А.А. Микляева РОЛЬ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ.....	34
Ю.С. Смирнова, А.М. Вакулик АТТИТЮДЫ ПОДРОСТКОВ В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ.....	41
А.А. Завертеева ПАТТЕРНЫ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ БЕСПОМОЩНОСТИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	50

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

В.В. Колягин, Е.П. Чернигова СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....	57
Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ.....	65

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О.И. Ефимова, А.А. Ощепков СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСТАНОВОК И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ НОРМАТИВНЫХ И ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ.....	70
М.Р. Мирошкина, Е.Б. Евладова, Е.Г. Артамонова ЦИФРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ В РАКУРСЕ ЭПОХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ.....	75

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

В.Ю. Климович, Е.А. Скрипкина ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ МИШЕНЕЙ (НАПРАВЛЕНИЙ) ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРАКТИК ДЛЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ УКРЕПЛЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ПОВЫШЕНИЯ СТАТУСА СЕМЬИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ РАЗЛИЧНЫМИ РЕГИОНАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	79
И.А. Шаповал РОЛЬ ДИСФУНКЦИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ В РАЗВИТИИ СОЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКА.....	88

ОБОЗРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко ОПЫТ АНАЛИЗА ЕДИНИЧНЫХ ЭПИЗОДОВ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	99
В.И. Брутман НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА ПРОДОЛЖЕНИЯ РОДА И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ЛЕКЦИЯ).....	106

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Н.В. Зверева ПЕТЕРБУРГСКИЕ ВСТРЕЧИ: О VI МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ».....	115
М.А. Морозов МЕМОРАНДУМ VI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ».....	117
Е.Б. Хитрук, Р.А. Быков «МАЛЬЧИШЕСТВО КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН»: ОБЗОР КРУГЛОГО СТОЛА.....	120
НЕКРОЛОГ	122
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	124

CONTENTS

MATERIALS OF PLENARY SESSIONS OF THE VI CONGRESS «YOUNGER GENERATION OF THE XXI CENTURY: CURRENT PROBLEMS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH»

A.V. Morozov REMEDIAT. AND PREVENTIVE ASPECTS DEVIANT AND DELINQUENT BEHAVIOR OF MINORS...	4
P.N. Moskvitin, V.V. Turbinskv THE PSYCHOHYGIEN'S INNOVATION FOR ADDICTIVE BEHAVIOR RISK PREVENTION IN SCHOOLCHILDREN.....	12

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

M.A. Kalinina CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STUDIES OF CHILDREN WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS IN A REMOTE CATAMNESIS.....	20
N.Yu. Zhukova RELATIONSHIP ATTITUDE TOWARD DEATH AND A TENDENCY TO SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE.....	27
I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva THE ROLE OF THE PARENT FAMILY IN THE HARDINESS OF ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS.....	34
Yu.S. Smirnova, A.M. Vakulik TEENAGERS' ATTITUDES TOWARD PERSONS WITH DISABILITIES.....	41
A.A. Zavertyaeva THE PATTERNS OF MATERNAL BEHAVIOUR DETERMINING THE CONDITION OF HELPLESSNESS AT THE SENIOR PRESCHOOL CHILDREN WITH THE DELAY OF MENTAL DEVELOPMENT.....	50

PREVENTION, THERAPY, CORRECTION, REHABILITATION, MANAGEMENT OF INVESTIGATION AND TREATMENT

V.V. Kolyagin, E.P. Chernigova SUICIDAL ACTIONS AND BEHAVIOR DISORDERS IN PATIENTS OF CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER.....	57
D.Y. Kolomytsev, Y.V. Drozdovsky THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROGRAMS OF REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS WHO HAVE COMMITTED SUICIDE.....	65

SHORT COMMUNICATIONS

O.I. Efimova, A.A. Oshchepkov SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RESEARCH SOCIAL ATTITUDES AND VALUE ORIENTATIONS OF NORMATIVE AND DEVIANT ADOLESCENTS.....	70
M.R. Miroshkina, E.B. Evladova, E.G. Artamonova DIGITAL GENERATION IN THE EDUCATION ANALYSIS.....	75

SPECIAL TOPIC

EXPERIMENTAL PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOLS

V.Y. Klimovich, E.A. Skripkina IDENTIFICATION OF THE MAIN TARGETS (DIRECTIONS) OF PREVENTIVE WORK AIMED AT PREVENTING THE FORMATION OF ADDICTIVE BEHAVIOR OF MINORS, BASED ON THE ANALYSIS OF THE MOST EFFECTIVE PRACTICES FOR CHILDREN AND PARENTS ON THE BASIS OF STRENGTHENING FAMILY VALUES AND RAISING THE STATUS OF FAMILIES, IMPLEMENTED BY VARIOUS REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION.....	79
I.A. Shapoval THE ROLE OF THE DYSFUNCTIONS OF PSYCHOLOGICAL BOUNDARIES IN THE DEVELOPMENT OF CODEPENDENCY IN TEENAGER.....	88

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

O.B. Levkovskaya, Y.S. Shevchenko THE EXPERIENCE OF THE ANALYSIS OF SINGLE EPISODES OF NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN ADOLESCENT GIRLS (CLINICAL ESSAY).....	99
V. Brutman VIOLATIONS OF THE INSTINCT OF PROCREATION AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR OF WOMEN IN CONNECTION WITH PSYCHIC PATHOLOGY.....	106

OFICIAL MATHERIALS, CRITIQUES, INFORMATION

N.V. Zvereva ST. PETERSBURG MEETINGS: ABOUT THE VI INTERNATIONAL CONGRESS «THE YOUNGER GENERATION OF THE 21ST CENTURY: CURRENT PROBLEMS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH».....	115
MEMORANDUM OF THE VI INTERNATIONAL CONGRESS «THE YOUNGER GENERATION OF THE 21ST CENTURY: CURRENT PROBLEMS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH».....	117
E.B. Khitruk, R.A. Bykov «BOYISHNESS AS SOCIOCULTURAL PHENOMENON»: REVIEW OF THE ROUND TABLE.....	120
OBITUARY.....	122
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS	124

**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНЫХ ЗАСЕДАНИЙ
VI КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

А.В. Морозов

**КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ДЕЛИНКВЕНТНОГО И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

ФГБНУ «Институт управления образованием РАО» (Москва).

Резюме. В статье представлен анализ проблемы воспитания несовершеннолетних в современных условиях, становления системы общечеловеческих и духовных ценностей с учетом социальных норм и нравственных ориентиров, принятых в обществе; рассматриваются особенности профилактической работы с детьми, входящими в так называемые «группы риска»; особое внимание уделяется коррекционно-профилактическим аспектам делинквентного и девиантного поведения несовершеннолетних в процессе их социализации.

Ключевые слова: делинквентность, девиантность, профилактика, несовершеннолетние, система ценностей, нравственные ориентиры, социальные нормы, культурный релятивизм, группы риска, дизадаптация¹.

Делинквентное и девиантное поведение отличаются друг от друга, исходя из следующей аксиомы: делинквентность абсолютна, а девиантность относительна. По отношению к действующим законам делинквентное поведение является не отклонением, а преступлением – этим обусловлена его абсолютность. В свою очередь, отношением только к культурным нормам данной группы обусловлена относительность девиантного поведения. Отношение между ними, аналогично соотношению между родом и видом, частным и целым. Поведение, проявляющееся в действиях, не соответствующих социальным шаблонам, представляющим собой фундамент социализации, называется делинквентным или девиантным. Под поступками, выходящими за рамки писаных и неписаных социальных норм, подразумевают девиации, а под деликтами рассматривают совершение различных противозаконных действий.

Формально зафиксированные в конституции страны, уголовном праве и других юридических законах нормы, соблюдение которых гарантируется государством, относятся к писаным. Неформальные нормы и правила поведения, соблюдение которых не гарантируется правовыми аспектами государства, относятся к неписаным. Они закреплены лишь традициями, обычаями, этикетом, манерами, т. е. некоторыми конвенциями или молчаливыми договоренностями между людьми о

¹Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «дизадаптация» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «дизадаптация» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «дизадаптация» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. – 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

том, что считать должным, правильным, приличествующим. Нарушение формальных норм называется делинквентным (противоправным) поведением, а нарушение неформальных норм – девиантным (отклоняющимся) поведением.

Проблема воспитания несовершеннолетних, становления у них системы общечеловеческих и духовных ценностей, формирования адекватных нравственных ориентиров в современных условиях становится все более актуальной. Приоритетность и важность решения обозначенной нами проблемы определяется необходимостью усиления внимания со стороны государства, семьи и общества к процессу профилактики правонарушений и преступлений, совершаемых несовершеннолетними.

В общепринятом понимании, у детей, не достигших 5-летнего возраста, система собственного понимания общеизвестных установок еще не сложилась и контроль за их соблюдением возлагается на взрослых [2]. Осознанное соблюдение несовершеннолетними общепринятых установок проявляется в возрасте около 9 лет. Увлечение азартными играми, расстройства психики, наркомания, преступность, алкоголизм, суицид или проституция – каждое такое отступление от стандартов – различные формы девиантного и делинквентного (а иногда и криминального) поведения.

Условно отклоняющееся поведение можно разделить на две большие группы:

- асоциальное или даже антисоциальное поведение, нарушающее какие-либо социальные и культурные нормы, особенно правовые (сравнительно незначительные проступки называют правонарушениями, а более серьезные, предусматривающие наказание в уголовном порядке, преступлениями);

- поведение, отклоняющееся от норм психического здоровья, подразумевающее наличие скрытой или явной психопатологии [5].

Криминальное и делинквентное поведение по своей сути отличаются как преступное и противоправное соответственно. Противоправные деяния, направленные на причинение вреда обществу в целом или отдельным его гражданам, называются делинквентным поведением.

Немало беспокойства причиняют подростки, проявляющие большую делинквентную активность. Наиболее частой причиной для разбирательств в комиссиях по делам несовершеннолетних служит делинквентность.

Рассматривая проблему, вынесенную в заголовок данной статьи, мы априори исходим из следующей аксиомы: далеко не всякий отклоняющийся поступок представляет собой делинквентность, но любое противоправное антиобщественное действие является отклонением (вполне может быть расценено как противоестественное для определенной субкультуры или человека что-то, являющееся весьма привычным для другой группы или индивида). Делинквентность имеет самое непосредственное отношение к необходимости соблюдения нормативно-правовых актов, в то время как проблема девиантного свойства относится лишь к культурологической составляющей отдельных интегральных образований – этим определяется разница между рассматриваемыми нами феноменами.

Хулиганство, мошенничество, вандализм, взлом, кражи, поджоги, воровство, хищения, разбой, промышленный шпионаж, взяточничество, грабежи, убийства, изнасилование, изготовление фальшивых документов, проституция и другие виды преступных действий преследуются в уголовном порядке, так как нарушают законы государства. По решению суда преступникам определяется соответствующая закону мера наказания в зависимости от тяжести совершенного ими деяния и степени персональной вины.

Такие же, например, поступки, как громкий или возбужденный разговор, обнажение гениталий, сквернословие, занятие сексом или опорожнение в публичных местах – противоречат нормам поведения, хотя и не нарушают уголовного права. Осуждение окружающих людей в устной форме или неодобрительность, косые взгляды прохожих, привлечение к административной ответственности, уплата штрафа – являются, в данном случае, единственным способом наказания. К одной из прогрессирующих в последние годы среди несовершеннолетних форм девиантного поведения относят самоубийство. На сегодняшний день уровень суицидов в несколько раз превышает уровень убийств.

Культурный релятивизм (относительность любых социальных норм) является характерной чертой девиантного поведения. На практике борьбу с девиациями, особенно в молодежной среде, нередко воспринимают и эксплицируют как борьбу с разнообразием поступков, мыслей, чувств. Разнообразие при этом подразумевает, что не абсолютные этические нормы (или идеологические требования), а культурный релятивизм служит главным индикатором в оценке человеческих поступков.

Категории населения, имеющие склонность более других совершать девиантные или делинквентные поступки, называют «группами риска», а районы, где чаще других происходят преступления, «криминогенными» [6].

У подростков девиантное поведение наблюдается особенно часто. Среди них оно встречается чаще, чем в других возрастных группах. Основными причинами можно считать физиологические особенности формирующегося организма и социальную незрелость, отсутствие самоконтроля. Проявляются они в гипертрофированном стремлении быть независимым, в недостаточной способности прогнозировать последствия своих действий, неправильном понимании свободы и независимости личности, стремлении испытать острые ощущения, гипертрофированном любопытстве. Как правило, подросток не готов к выполнению определенных социальных ролей в той мере, в какой от него ожидают окружающие, часто не соответствует требованиям, предъявляемым обществом к нему. При этом сам подросток полагает, что общество не обеспечивает его всем тем, на что он вправе рассчитывать. Таким образом, одним из основных источников склонности несовершеннолетних к делинквентности и девиантности является актуальное противоречие между требованиями общества, с одной стороны, и как социальной, так и биологической их незрелостью – с другой.

В 5% от всех зафиксированных случаев именно несовершеннолетние совершают серьезные правонарушения, а около 30% – принимают участие в каких-либо противоправных действиях во всем мире (по данным ООН) [1].

Совершаемые несовершеннолетними нарушения социальных норм могут быть неосознаваемыми и сознательными, несерьезными и серьезными, при этом к делинквентному поведению относятся все серьезные нарушения, подпадающие под категорию противоправного действия вне зависимости от того, сознательные они или нет.

Учеными установлена следующая тенденция: чем моложе возраст человека и чем чаще он сталкивается с образцами делинквентного или девиантного поведения, тем в большей степени он их усваивает [2].

В подавляющем большинстве случаев подростковая делинквентность имеет чисто социальные причины, обусловленные, прежде всего, недостатками воспитания. В неполной семье (без одного из родителей) или в семье с недавно появившимся отчимом (мачехой) сегодня вырастают от 30% до 85% делинквентных подростков. Социальные потрясения, влекущие безотцовщину и лишаящие семейной

опеки, сопутствуют росту делинквентности среди несовершеннолетних [6].

Как показывает практика, делинквентность совсем не обязательно обусловлена наличием у несовершеннолетних психопатологии или аномалий характера. Вместе с тем, при некоторых аномалиях, включая крайние варианты нормы в виде акцентуаций характера, наблюдается большая податливость пагубным влияниям, меньшая устойчивость в отношении неблагоприятного воздействия непосредственного окружения [5].

О так называемом состоянии социальной дизадаптации свидетельствует появление социально неодобряемых форм поведения. Эти формы, как бы ни были они разнообразны, почти всегда характеризуются плохими отношениями с другими детьми, которые проявляются в демонстративном неповиновении, разрушительных действиях или лживости, агрессивности, драках, ссорах. Такие антиобщественные поступки, как прогулы школы, воровство, поджоги и др., также могут быть отнесены к указанным выше проявлениям. Важные связи, существующие между такими формами поведения, проявляются в том, что в будущем с большей вероятностью станут проявлять склонность к асоциальному поведению те дети, которые в раннем школьном возрасте были задиристыми и агрессивными [7].

Повышению эффективности профилактической деятельности должно способствовать формирование института специализированных учреждений, ориентированных на коррекционно-воспитательную работу с несовершеннолетними, склонными к отклоняющемуся поведению.

У педагогов и родителей особую тревогу в связи со своими возрастными особенностями всегда вызывает именно подростковый возраст. В процессе становления личности он занимает особое место как период взросления. Формирование отношения к себе, к окружающей среде, к другим людям, определяющее в дальнейшем своеобразие личности взрослого человека, происходит именно на этом этапе. Новые виды деятельности, новые интересы и возможности их удовлетворения появляются в этом возрасте. Во многом активность и направленность несовершеннолетних по удовлетворению своих потребностей и интересов определяются сложившимися у них социальными ориентирами.

Под сложным выбором личностью определенной системы смысложизненных, общечеловеческих, мировоззренческих ценностей и этических норм, сопровождающимся переживаниями совести, понимаются нравственные ориентиры. Таким образом, нравственный ориентир – это элемент сознания, выражающийся в способах контроля поведения, в ценностях, в общей направленности поведения человека. Значимым направлением социально-педагогической работы по преодолению девиантности и делинквентности в поведении несовершеннолетних, способствующим формированию у них нравственных ориентиров, выступает включение их в социально-значимую деятельность.

Подросток, склонный к девиации, характеризуется наличием повторяющихся поступков, не соответствующих принятым в социуме правилам и нормам поведения. Такое поведение нередко причиняет дискомфорт среде жизнедеятельности подростка и наносит вред его развитию. В этом возрасте, как правило, происходит изменение отношения к противоположному полу, к окружающим, к себе, ведущие к неадекватным проявлениям в отдельных ситуациях, к изменению системы отношений подростка, стремлению привлечь к себе внимание.

Профилактикой асоциальных явлений, социального инфантилизма, безнадзорности, социальных патологий, правонарушений является формирование нравственных ориентиров у детей, склонных к девиантному поведению, так как усвое-

ние правил и норм общественного поведения происходит посредством данного процесса. Основы гармоничного развития личности закладывают нравственные ориентиры, являющиеся важным элементом ее структуры, представляющим собой стержень сознания, определенным образом влияющий на развитие и формирование чувств человека, его отношение к себе, к людям, миру, труду и играющие значимую роль в жизни каждого индивида.

К наиболее важным структурным компонентам понимания нравственных ориентиров можно отнести следующие:

- *когнитивный критерий* (представлен нравственными характеристиками образа «Я» и мировоззренческими принципами);

- *рефлексивный критерий* (представлен переживаниями совести в ситуациях нравственного выбора);

- *регулятивный критерий* (представлен установками самоотношения и ценностными, смысложизненными ориентациями) [1].

Возможность преобразования себя, саморазвития и полноценного роста в процессе социализации ребенка в немалой степени обеспечивает духовность. Особенно важное значение развитию духовной сферы должно уделяться в подростковом возрасте, когда ведущим фактором социализации является самоопределение, проявляющееся в желании сформировать определенную смысловую систему представлений о самом себе и о мире. Следующие принципы, определяющие концептуальную основу уклада жизни, лежат в основе духовно-нравственного развития и воспитания несовершеннолетних:

- аксиологический принцип;
- принцип диалогического общения;
- принцип идентификации (персонификации);
- принцип ориентации на идеал и др. [3].

С поиском смысла, развитием у несовершеннолетних способности к смыслопорождению связывается прежде всего формирование нравственных ориентиров. Способствовать актуализации уже заложенных в ребенка смыслов нравственных ценностей – является основной задачей педагога.

Основной цели профилактики – формированию здоровой личности, способной строить жизнь в соответствии с адекватными нравственными ориентирами, не дают возможности достичь программы, не затрагивающие подлинных истоков отклоняющегося поведения несовершеннолетних, не позволяющие преодолеть вседозволенность и безответственность с их стороны в силу своей узкой направленности, преимущественно на информирование.

Правосознание граждан определяется системой распространенных оценочных отношений к правозначимым явлениям, реальными условиями жизнедеятельности людей, нравственным опытом и традициями общества, практикой правоприменения, правовыми устоями общества. Сферу правозначимых установок личности, вызывающих стереотипную готовность к определенным действиям в правозначимых ситуациях, образуют ее наиболее устойчивые нормативно-ценностные позиции [4].

Несовершеннолетние нуждаются не только в информации об адекватных нравственных ориентирах, но и должны понимать, что девиантное и делинквентное поведение, посягающее на существующие в обществе правовые нормы, правовой негативизм, обусловленный в основном дефектами индивидуального правосознания, является социальным злом. В качестве «дефектов», как правило, выступает не столько «правовой вакуум», сколько негативное отношение к праву, про-

типовопоставление ему ребенком своекорыстных, узкоэгоистических устремлений и интересов. Вместе с тем необходимо отметить, что первопричиной противоправного поведения являются те реальные условия жизнедеятельности, которые и порождают обозначенные нами «дефекты» правосознания.

Подростковый период «бурь и волнений» (когда происходит резкое повышение самооценности своей индивидуальности) является благоприятным для «встраивания» понятия о здоровом образе жизни в формирующуюся систему ценностей, связывания его с такими актуальными для подростков ценностями, как личностный рост, любовь и будущая семья, здоровье, образование и карьера [3].

Чаще всего используемое специалистами банальное информирование по части сложного явления нередко провоцирует у несовершеннолетних желание «попробовать», разжигает их любопытство. Для подростков же характерно стремление к построению образа «Я», собственной картины мира, собственных принципов и смыслов, в силу чего крайне важно формировать автономность личности ребенка, научить его преодолевать стрессовые ситуации без ущерба для своего здоровья, решать жизненные проблемы, отстаивать свои права не агрессивными методами, адекватно выстраивать коммуникации с другими людьми. Психологические особенности детей разных возрастов, в том числе особенности их восприятия и общения, а также ведущие мотивы возрастной группы должны учитываться при проведении профилактической работы.

Модели поведения, формирующиеся на основе общих представлений о должном поведении в повседневной жизнедеятельности несовершеннолетних, приобретают особое значение, а эти представления, в свою очередь, непосредственно зависят от социальных установок, сформировавшихся у данной конкретной личности.

Профилактическая работа, базирующаяся на актуализации доброго начала, развитии духовно-нравственного потенциала, признании наличия такого потенциала у каждого подростка, в том числе и подростка из «группы риска», ориентирована на раскрытие внутренней способности каждого ребенка к преодолению деструктивных проявлений за счет усиления личностных ресурсов, способствующих принятию ответственности за собственное поведение путем формирования и развития навыков противодействия негативной окружающей среде.

Принятие несовершеннолетним правовых норм, существующих в обществе, и правомерное поведение само по себе становится личностно принятой ценностью в случае отсутствия у ребенка личностного правового негативизма. Индивидуальное правосознание отдельно взятого гражданина, таким образом, будет проявляться в мотивах правозначимых поведенческих актов как особом структурно-личностном образовании [4].

Посредством систематического формирования у несовершеннолетнего престижа права в системе его личностных ценностей, положительных правовых ориентаций в процессе социализации формируется правосознание личности ребенка.

Необходимо отметить, что при проведении профилактической работы в данном направлении в последние годы отчетливо проявляются следующие тенденции:

- 1.возрастающий поток искаженной информации о последствиях проявлений девиантности и делинквентности как формах нездорового поведения, в которой ребенок самостоятельно разобраться не может (дети не умеют противостоять социальному давлению со стороны окружающих, сверстников, а тем более взрослых);

- 2.неуклонное омоложение несовершеннолетних, относящихся к группе риска – потенциальных правонарушителей (лиц, склонных к девиантному и делинквент-

ному поведению).

Для детей из неблагополучных семей, являющихся клиентами реабилитационных центров, характерны проблемы, обусловленные тем, что они, не имея представления о здоровых моральных ценностях, конструктивных способах решения проблем, об адекватных внутрисемейных отношениях, проживая в наркотизирующих и алкоголизирующих семьях, перенимают модель и опыт асоциальной родительской жизни. К тяжелым хроническим заболеваниям и формам зависимости приводят поначалу единичные случаи отклонений в поведении, употребление наркотиков, алкоголя, курение, быстро становясь систематическими.

Непредсказуемое поведение, время отрицания общеизвестных истин и стремление к их проверке на собственном опыте, желание доказать свою «взрослость» через совершение необдуманных поступков – все это характеризует подростковый возраст. Специалисты по реабилитации несовершеннолетних дают таким детям представление об иных морально-нравственных ориентирах и ценностях.

Предпринятый нами анализ проблемы делинквентного и девиантного поведения показывает, что ее решение тесно связано с детальным исследованием и дальнейшей коррекцией основных структурных компонентов самосознания «трудных» подростков [8].

От понимания и использования в учебно-воспитательном процессе совокупности факторов, обеспечивающих присвоение ребенком духовных принципов и нравственной культуры общества на основе формирования адекватных нравственных ориентиров, зависит эффективность всей системы духовно-нравственного воспитания несовершеннолетних. Осуществление эффективных мероприятий, направленных на формирование у несовершеннолетних адекватных ценностных ориентиров, рассматриваемых и позиционируемых нами как фактор профилактики и коррекции девиантного и делинквентного поведения, является, по нашему мнению, приоритетным направлением современной науки и практики.

ЛИТЕРАТУРА

1.Алдакушева Е.С. Формирование нравственных ориентиров у младших подростков, склонных к девиантному поведению (на примере специальной коррекционной образовательной организации). – Дис. канд. пед. наук. – М., 2015.

2.Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). 2-е изд., испр. – М.: Академия, 2004. – 288 с.

3.Кузьмина Ю.Г. Приоритетность формирования духовно-нравственных ориентиров и активизация личностных ресурсов несовершеннолетних детей и подростков в профилактике употребления ПАВ (наркомания, алкоголизм) // Социальная работа: теории, методы, практика, материалы интернет-конференций и семинаров. – 2014. – № 4. – С. 31-35.

4.Морозов А.В. Психология аномальных социальных проявлений в современном обществе как дефект правосознания // Юридическая психология. – 2006. – № 1. – С. 10-14.

5.Морозов А.В., Никитов Н.И. Профилактика девиантного поведения несовершеннолетних в системе современного профессионального образования // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации. Материалы всероссийской научно-практической конференция (заочной) с международным участием / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. – 2016. – С. 391-394.

6.Морозов А.В., Никитов Н.И. Профилактика социальных рисков и зависимостей детей и подростков // XXXVI Мерлинские чтения: Психологические инновации в образовании. Материалы Всероссийской научной конференции, посвя-

щенной 90-летию образования ПГПИ-ПГПУ. – 2011. – С. 159-161.

7. Морозов А.В., Потемкин В.К. Профессиональное распознавание и оценка личности. Учебник для вузов. – СПб.: ФНС, 2008. – 429 с.

8. Пронин М.В. Формирование самосознания делинквентных подростков в процессе духовно-нравственного воспитания. Дис. канд. псих. наук. – Воронеж, 2004.

REFERENCES

1. Aldakusheva E.S. Formirovanie npravstvennyh orientirov u mladshih podrostkov, sklonnyh k deviantnomu povedeniju (na primere special'noj korrekcionnoj obrazovatel'noj organizacii). – Dis. kand. ped. nauk. – M., 2015.

2. Zmanovskaja E.V. Deviantologija (Psihologija otklonjajushhegosja povedenija). 2-e izd., ispr. – M.: Akademija, 2004. – 288 s.

3. Kuz'mina Ju.G. Prioritetnost' formirovanija duhovno-npravstvennyh orientirov i aktivizacija lichnostnyh resursov nesovershen-noletnih detej i podrostkov v profilaktike upotreblenija PAV (narkoma-nija, alkoholizm) // Social'naja rabota: teorii, metody, praktika, materialy internet-konferencij i seminarov. – 2014. – № 4. – S. 31-35.

4. Morozov A.V. Psihologija anormal'nyh social'nyh pojavlenij v sovremenном obshhestve kak defekt pravosoznaniya // Juridicheskaja psihologija. – 2006. – № 1. – S. 10-14.

5. Morozov A.V., Nikitov N.I. Profilaktika deviantnogo povedenija nesovershennoletnih v sisteme sovremenного professional'nogo obra-zovaniya // Aktual'nye problemy sovremenного obrazovaniya: opyt i innovacii. Materialy vsiros-sijskoj nauchno-prakticheskoi konferencii (zaочноj) s mezhdunarodnym uchastiem / Otv. red. A.Ju. Nagornova. – 2016. – S. 391-394.

6. Morozov A.V., Nikitov N.I. Profilaktika social'nyh riskov i zavisimostej detej i podrostkov // XXXVI Merlinskie chtenija: Psihologicheskie innovacii v obrazovanii. Materialy Vserossijskoj nauchnoy konferencii, posvjashhennoj 90-letiju obrazovaniya PGPI-PGPU. – 2011. – S. 159-161.

7. Morozov A.V., Potemkin V.K. Professional'noe raspoznavanie i ocenka lichnos-ti. Uchebnik dlja vuzov. – SPb.: FNS, 2008. – 429 s.

8. Pronin M.V. Formirovanie samosoznaniya delinkventnyh podrostkov v processe duhovno-npravstvenного vospitaniya. Dis. kand. psih. nauk. – Voronezh, 2004.

A.V. Morozov

REMEDIAL AND PREVENTIVE ASPECTS DEVIANT AND DELINQUENT BEHAVIOR OF MINORS

Institute of education management RAE (Moscow).

Summary. The article presents analysis of problems of education of minors in modern conditions of formation of system of universal and spiritual values, taking into account social norms and moral guidelines accepted in society; examines the peculiarities of preventive work with children, forming the so-called «risk groups»; special emphasis on remedial and preventive aspects of delinquency and deviant behavior of the juveniles in the process of socialization.

Keywords: delinquency, deviance, prevention, minor, value system, moral compass, social norms, cultural relativism, risk groups, dysadaptation.

**ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ ИННОВАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ**

¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО (Новокузнецк), ²ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» (Новосибирск).

Резюме. В статье проводится анализ основных методологических подходов к ведению мероприятий первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков, раскрываются позитивные и негативные стороны каждого направления: информационного; аффективного (эмоционального) обучения; социального, с учетом семьи и окружения; альтернативной наркотикам деятельности; здоровьесформирующего поведения. Описан инновационный психогигиенический подход в профилактике аддиктивного поведения у детей и подростков. Приведена структурно-логическая схема типового тренинга по методу «Профилактической психодрамы».

Ключевые слова: риск, психоактивные вещества, психогигиена, метод «Профилактической психодрамы», профилактика аддиктивного поведения, экзистенциальные ценности и убеждения здорового образа жизни.

Неблагоприятная алкогольная и наркотическая ситуация в стране создает актуальность для разработок новых мер профилактики аддиктивного поведения школьников [4; 6; 8; 13]. Известно, что изменения мотивации, приводящие к отказу от употребления психоактивных веществ (ПАВ), чаще происходят в тех случаях, когда меняется внутриличностный уровень убеждений на ценности и смыслы здорового образа жизни [5; 9, 10, 11; 16]. В. Франкл в этом смысле подчеркивал особую важность процесса осознания экзистенциального смысла своего бытия в мире [15]. В период кризиса подросткового возраста завершается формирования значимых личностных качеств на основе идентифицирующей информации, что позволяет закрепить эффективные антиаддиктивные паттерны социально-личностной компетенции.

Профилактическая деятельность образовательных учреждений в литературе получила название «превентивное обучение», «психолого-педагогическая профилактика» или «антинаркотическое воспитание» [14; 16, 17, 18, 19, 20]. На современном этапе эта профилактическая деятельность характеризуется многообразием методов и организационных форм, где выделяются следующие подходы:

Информационный – является наиболее распространенным видом профилактики, он базируется на предоставлении информации о наркотиках в форме санпросвет бесед и лекций, их вреде и негативных последствиях употребления [4; 5]. Обычно реализуются три варианта этого подхода:

- предоставление частичной информации о фактах влияния наркотиков на организм и количественных данных о распространенности наркомании;
- устрашающая информация, описывающая неприглядные и опасные для здоровья стороны употребления наркотиков;
- информация о деградации личности людей, употребляющих ПАВ, и связанных с этим проблемах.

Сторонники этого подхода предполагают, что повышение качества знаний об отрицательных последствиях употребления ПАВ будет эффективным для изменения поведения. Хотя часто такие информационные программы комбинируются с

другими программами, что способствует росту уровня знаний учащихся, но эти программы не включают задачи реального изменения поведения. В отечественной практике данный подход представлен различными методами санитарного просвещения. Однако продолжающаяся алкоголизация и наркотизация населения свидетельствуют о недостаточной эффективности предоставления негативной информации об употреблении ПАВ, поэтому многие отечественные и зарубежные специалисты оценивают эффективность санитарного просвещения как низкую. Тем не менее отсутствие альтернативы для массового применения в настоящих условиях не позволяет полностью отказываться от него. Данный подход должен быть строго дифференцирован в зависимости от пола, возраста, социально-экономических условий, характерных для «целевых» групп населения, т. е. в зависимости от объекта профилактики. Очевидно, что наиболее адекватной с учетом всех аспектов является стратегия «сдерживания вовлечения новых лиц в употребление ПАВ». Однако негативно-ориентированная профилактика зависимости от ПАВ, в т. ч. традиционный для санитарного просвещения проблемно-ориентированный подход и акцентирование на отрицательных последствиях приема ПАВ, не обеспечивают достижения поставленных целей. Приемы негативно-ориентированного воздействия необходимы, но недостаточны. Проблема предупреждения аддикции только на этой основе принципиально не может быть решена, т. к. не устраняются причины, вызывающие психическую и личностную дизадаптацию, побуждающие молодежь к употреблению ПАВ.

Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении [14; 16; 20]. Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях человека, навыках их распознавать и управлять ими. Аффективное обучение базируется на том, что зависимость от ПАВ чаще всего развивается у личностей, имеющих трудности в определении и выражении эмоций, с низкой самооценкой и слабо развитыми навыками принятия решений и ответственности за их достижение.

В рамках этого подхода выделяется несколько задач:

- повышение самооценки человека;
- определение значимых личностных ценностей;
- развитие навыков распознавания и выражения эмоций;
- развитие навыков обдуманного принятия решений;
- формирование способности справляться со стрессом.

Основное внимание в этом подходе уделяется развитию личностных качеств, поэтому специалистами он рассматривается как относительно успешный. Этот подход стал частью программ личностного развития, развиваемых различными авторами, а в разрабатываемых нами тренингах по методу «Профилактической психодрамы» стал частью профилактической программы по развитию экзистенциально-позитивных ценностей и смыслов.

Подход, основанный на формировании жизненных навыков, позволяет людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивать коммуникативные навыки и вносить изменения в окружающую социальную среду [12; 17]. Цель программы формирования жизненных навыков достигается методами, направленными на формирование копинг-стратегий и повышение у лиц устойчивости к различным социально-негативным влияниям, в том числе к употреблению ПАВ. Основой этого подхода является теория социального научения Л. Бандуры [2], которая создает понимание для исследований проблемного поведения [8, 9, 10; 12], при котором личностно-ориентированный процесс профилактической работы подразумевает оказание помощи людям в достижении личных целей, где проблемное поведение рас-

сматривается с точки зрения его адаптационных функций. Первоначальная фаза использования ПАВ у подростков может быть демонстрацией как бы взрослого поведения, формой отказа от родительской дисциплины, выражением протеста или вызовом по отношению к ценностям макро- и микросреды, экспериментированием, стремлением получить новый опыт, поиском удовольствия или расслабления, средством стать участником нового субкультурного жизненного стиля, способом разрешения конфликта или снижения нервного напряжения, актом отчаяния и т. д. Подход оценивается специалистами как достаточно эффективный [14]. Экспериментальное применение метода «Профилактической психодрамы» показало, что психопрофилактический тренинг можно рассматривать как легитимный институт по укреплению психического здоровья, в том числе в повышении устойчивости к давлению аддиктогенной среды и употреблению ПАВ [21].

Подход, основанный на учете роли социальных факторов, исходит из того, что влияние сверстников и семьи играет важную роль в жизни подростка, способствуя или препятствуя началу наркотизации [9; 11; 19]. Программы, основанные на влиянии указанных факторов, включают: тренинг сопротивления социальному давлению; развитие критичности к аддиктивной информации, предоставляемой СМИ; предоставление такой информации и влиянии со стороны родителей или других взрослых. Преимущественными техниками в реализации таких программ являются ролевые игры и техники усиления определенных видов социального поведения. Этот подход использован в разработанных нами тренингах «Профилактической психодрамы», где в специальных сценариях группового психодраматического действия задается некая проблемная ситуация, отыгрывая позитивные варианты которой участники формируют навыки копинг-стратегии совладания с социальным стрессом, противодействия аддиктивному давлению микросреды [13].

Подход, основанный на альтернативной наркотикам деятельности [5; 10]. Сторонники данного подхода предполагают, что значимая деятельность, альтернативная алкоголизации и наркотизации, способствует снижению распространения зависимого поведения, например, это используется в программах спортивного воспитания. Основные позиции этого подхода:

- психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта;
- многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности;
- люди не прекращают направленное на поиск удовольствия поведение, связанное с использованием ПАВ, улучшающих настроение или самочувствие, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее;
- альтернативы наркотизации являются еще и альтернативами стрессам и дискомфорту, приводящим к саморазрушающему поведению.

Сторонники этого подхода также подчеркивают огромную роль среды, их программы ориентируются на развитие позитивной активности, подчеркивая формирование и развитие именно этих навыков. В рамках этого направления мы отмечаем, что результатом участия подростков в программе тренингов «Профилактической психодрамы» является создание новой социальной микросреды, с позитивным эффектом для групп подростков с повышенным риском аддиктивного и других форм отклоняющегося поведения.

Подход, основанный на укреплении здоровья [6; 8; 13]. Под укреплением здоровья понимается психосоматический процесс, отражающий гармонизацию человека и окружающей среды, помогающий человеку и обществу усилить контроль

над детерминантами здоровья и таким образом улучшить его. Психопрофилактические группы, в которых обычно проводится формирование навыков ведения здорового образа жизни, преимущественно представлены учащимися образовательных учреждений, т. к. в контексте школьного обучения возможно регулярное и систематическое обучение. Кроме того, эта работа может проводиться в микро-социальном окружении ребенка и подростка – семье, школе, досуговом учреждении. Концепция укрепления здоровья подразумевает изменение типа и структуры школьного образования. Действия на ее основе рассчитаны на длительный положительный эффект, не требуя значительных затрат. Для реализации этого подхода в стране используются различные формы работы, а также создаются учреждения нового типа – Центры психолого-медико-социального сопровождения учащихся. Разрабатывая идеи в проведении мер первичной профилактики зависимости с целью укрепления здоровья, мы также имеем положительный опыт взаимодействия таких учреждений образования с наркологической службой.

Настоящее сообщение представляет научное обоснование психогигиенического метода формирования здорового образа жизни и профилактики аддиктивного поведения учащихся. Представленный обзор убеждает, что психогигиенический подход дополняет каждое из вышеперечисленных направлений профилактики психогигиеническим содержанием в соответствии с первичным или социальным уровнем профилактики, выделяемым ВОЗ.

Суть группового метода «Профилактическая психодрама» заключается в на-полнении тренингов психопрофилактическими технологиями, направленными на укрепление и сохранение психического здоровья, что создает инновационную альтернативу методам санпросвета или догмату запретительных мер. Как известно, одним из важнейших психогигиенических факторов является фактор «Образ жизни» (ОЖ); по данным ВОЗ, влияние образа жизни на здоровье достигает 50%. Этот фактор во многом является и наиболее управляемым, поскольку оптимизация различных компонентов ОЖ предполагает в первую очередь индивидуальные усилия и может проводиться на базе существующего экономического потенциала при наличии определенного уровня психогигиенической культуры населения.

Тренинги «Профилактической психодрамы» не повторяют метод классической психодрамы Я.Л. Морено [7] и направлены на предупреждение зависимости от ПАВ через личностную интериоризацию навыков формирования здорового образа жизни, изменение ценностного отношения молодежи к употреблению ПАВ; формирование личной ответственности за свое «проблемное» поведение; «снижение спроса» на ПАВ в молодежной популяции; сдерживание вовлечения детей, подростков и молодежи в употребление наркотических средств путем формирования и/или активизации антинаркотических установок. Разрабатываемый нами психогигиенический подход опирается на положения, изложенные в работах Р. Дилтса [3], о том, что мозг, как в сущности и любая биологическая и социальная система, имеет многоуровневую организацию и несколько уровней обработки информации в формировании здорового образа жизни и/или профилактики зависимости от ПАВ. При проведении групповых психогигиенических тренингов мы исходим из гипотезы, что для изменения аддиктивного поведения детей и подростков необходимо выяснить, какое затруднение испытывает человек в процессе жизнедеятельности в разрешении неизбежных жизненных конфликтов.

Ниже в таблице представлена структурно-логическая схема проведения этого психопрофилактического процесса, позволяя рассмотреть «внутреннее устройство» тренингов «Профилактической психодрамы».

Структурно-логическая схема проведения типового тренинга «Профилактической психодрамы» (продолжительность 45 минут)

Стадия тренинга	Содержание стадии	Время проведения
1. Подготовка аудитории к тренингу	1.1. Организация сцены с простым, доступным реквизитом. Расстановка стульев полукругом с достаточным количеством проходов, которые понадобятся для ведущего. 1.2. «Разогрев аудитории»: – упражнения для расслабления и активизации; – изложение принципов «позитивного совещания»; – знакомство с правилами: поднятой руки, рукоплескания, пользования микрофоном, получения призов; – назначение инициаторов	10 мин.
2. Начало тренинга «Профилактической психодрамы»	2.1. Заставка (музыкальная или психодраматическая). 2.2. Приветствие ведущего. 2.3. Представление участников шоу аудитории (ведущих, актеров, гостей и др.). 2.4. Объявление темы исследования, например, «профилактика наркомании» (априори без оценки). 2.5. Переход к введению предлагаемых обстоятельств. 2.6. Запуск тренинга «Профилактической психодрамы»	5 мин.
3. «Профилактическая психодрама» (часть 1)	3.1. Первая часть психодрамы: разыгрывание психодраматического сценария (в соответствии с программой) до момента «стоп». 3.2. Остановка психодрамы ведущим	10 мин.
4. Обсуждение (психопрофилактическая дискуссия)	4.1. Ведущий проводит обсуждение по заранее разработанному плану (особенности шеринга). 4.2. Поиск возможного позитивного финала психодрамы (воссоздание благоприятных обстоятельств).	20 мин.
5. «Профилактическая психодрама» (часть 2)	5.1. Продолжение психодраматического действия, начиная с повторения последней сцены из части 1 по сценарию или с разыгрывания вариантов, предложенных участниками. 5.2. Завершение действия психодрамы (ведущий)	5 мин.
6. Завершение тренинга	6.1. Подведение общих итогов обсуждения (ведущий). 6.2. Краткий экзистенциально-нравственный вывод (ведущий). 6.3. Эмоциональное поощрение участников. 6.4. Приглашение на очередной тренинг. Прощание	5 мин.

В процессе тренингов следует определить, приходит ли данное затруднение из внешнего контекста (например, непреодолимости обстоятельства) или причина в том, что данный человек не обладает надлежащей когнитивно-поведенческой компетентностью, необходимой для того, чтобы справиться с возникшим личностным конфликтом. В тех случаях, когда причина состоит в том, что у человека нет подходящей когнитивной стратегии или модели мира, позволяющих выбрать адекватное поведение, это происходит вследствие отсутствия убеждения, или имеется конфликтное убеждение, оказывающее влияние на его жизнь в целом или на достижение конкретного результата. И продолжая системно-логический анализ убеждений и ценностей с методологических позиций психогигиены, можно заключить, что причина затруднения в профилактике аддиктивного поведения школьников напрямую связана с уровнем идентичности, влияющим на всю систему мышления и организации бытия. Это реализуется в так называемых системных предикатах – «трезвенник» или «зависимый от психоактивного вещества – алкоголя, наркотика и др.», что в экзистенциальной психотерапии называется «субличностью» [1].

Исходя из концепции раннего предупреждения употребления наркотиков и ПАВ среди молодежи, базовая методологическая идея группового метода основана на том, что в центре профилактической работы должны находиться личность учащегося и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность – семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ним ближайшее микросоциальное окружение, в первую очередь неформальные референтные группы сверстников. Поэтому на практике данный методический подход реализуется в тренингах на основе метода «Профилактической психодрамы» в качестве формы межведомственной профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений, психологами и медицинскими работниками Центров психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков совместно с сотрудниками территориальных Комиссий по делам несовершеннолетних, персоналом наркодиспансеров и др.

Таким образом, проведение программы тренингов по методу «Профилактической психодрамы» в количестве 20 сессий в течение учебного года у школьников в старших классах, переживающих период пубертатного кризиса, направлено на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и подростков социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема ПАВ; формирование ресурсов семьи, помогающих психогигиеническому воспитанию у подрастающего поколения активной гражданской позиции, законопослушного, успешного и ответственного поведения, обеспечивающего развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от приема наркотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассаджиоли Р. Психосинтез. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 416 с.
2. Бандура А. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. – 512 с.
3. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП. – М.: Класс, 1997. – 192 с.
4. Лозовая Т.В., Лозовой В.Р. Профилактика зависимостей: Семья: пособие для родителей. – Екатеринбург: Изд-во Уральского Университета, 2005. – 100 с.
5. Макеева А.Г. Педагогическая профилактика наркомании в школе. – М.: Сентябрь, 1999. – 142 с.
6. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: Речь, 2008. – 445 с.
7. Морено Я.Л. Психодрама. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-пресс, 2001. – 528 с.

8. Москвитин П.Н., Цыганков Б.Д., Сирота Н.А. Метод «профилактической психодрамы» в предупреждении зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. – М.: Медицина, 2011. – 248 с.

9. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 г.- Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7.- 98 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.med.cap.ru/home/rc/docs/who/who_e87861r.pdf

10. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.

11. Рерке В.И. Особенности мотивационно-потребностной сферы личности подростков с наркозависимым поведением: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Иркутск: Иркутский государственный педагогический университет, 2003. – 22 с.

12. Сирота Н.А. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска: пособие для врачей. – М.: ННЦ наркологии, 2004. – 40 с.

13. Способ проведения группового психологического тренинга по методу «профилактическая психодрама»: патент РФ на изобретение № 2466752 / П.Н. Москвитин; заявка № 2011136339, приоритет изобретения от 31 августа 2011 г., зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 20 ноября 2012 г.

14. Худяков В.А. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2008. – 252 с.

15. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

16. Яцышин С. М. Проявления созависимости в ценностно-смысловой сфере матерей при наркотизации ребенка: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2003. – 21 с.

REFERENCES

1. Assadzhioli R. Psihosintez. – М.: JeKSMO-Press, 2002. – 416 s.
2. Bandura A. Podrozkovaja agressija. Izuchenie vlijanija vospitaniya i semejnyh otnoshenij. – М.: Aprel' Press, JeKSMO-Press, 1999. – 512 s.
3. Dilts R. Izmenenie ubezhdenij s pomoshh'ju NLP. – М.: Klass, 1997. – 192 с.
4. Lozovaja T.V., Lozovoj V.R. Profilaktika zavisimostej: Sem'ja: posobie dlja roditel'ej. – Ekaterinburg: Izd-vo Ural'skogo Universiteta, 2005. – 100 s.
5. Makeeva A.G. Pedagogicheskaja profilaktika narkomanii v shkole. – М.: Sent-jabr', 1999. – 142 s.
6. Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija. – М.: Rech', 2008. – 445 s.
7. Moreno Ja.L. Psihodrama. – М.: Aprel' Press, JeKSPO-press, 2001. – 528 s.
8. Moskvitin P.N., Cygankov B.D., Sirota N.A. Metod «profilakticheskoy psihodramy» v preduprezhdenii zavisimosti ot psihoaktivnyh veshhestv u detej i podrozkov. – М.: Medicina, 2011. – 248 s.
9. Osnovy politiki dostizhenija zdorov'ja dlja vseh v Evropejskom regione VOZ. Obnovlenie 2005 g.- Evropejskaja serija po dostizheniju zdorov'ja dlja vseh, № 7.- 98 s. [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: http://www.med.cap.ru/home/rc/docs/who/who_e87861r.pdf
10. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / pod red. B.D. Karvasarskogo. – SPb.: Piter, 2002. – 1024 s.
11. Rerke V.I. Osobennosti motivacionno-potrebnostnoj sfery lichnosti podrozkov s narkozavisimym povedeniem: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk. – Irkutsk: Irkutskij go-

сударственный педагогический университет, 2003. – 22 с.

12. Sirota N.A. Formirovanie motivacii na izmenenie povedenija v otnoshenii upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv i korekcija drugih problemnyh form psihosocial'noj adaptacii u detej i podrostkov grupy riska: posobie dlja vrachej. – M.: NNC narkologii, 2004. – 40 s.

13. Sposob provedenija gruppovogo psihologicheskogo treninga po metodu «profilakticheskaja psihodrama»: patent RF na izobretenie № 2466752 / P.N. Moskvitin; zajavka № 2011136339, prioritet izobretenija ot 31 avgusta 2011 g., zaregistrovan v Gosudarstvennom reestre izobretenij RF 20 nojabrja 2012 g.

14. Hudjakov V.A. Klinicheskie i social'no-psihologicheskie osnovy profilaktiki zavisimosti ot psihoaktivnyh veshhestv u nesovershennoletnih. – Ivanovo: Ivanovskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija, 2008. – 252 s.

15. Frankl V. Chelovek v poiskah smysla. – M.: Progress, 1990. – 368 s.

16. Jacyshin S. M. Projavlenija sozavisimosti v cennostno-smyslovoj sfere materej pri narkotizacii rebenka: avtoref. dis. ... kand. psihol. na-uk. – SPb., 2003. – 21 s.

17. Botvin G. J. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2000. – Vol. 25, № 6. – P. 887–897.

18. Brook J. S., Brook D. W., De La Rosa M. Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family, and environmental factors // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2001. – Vol. 24, № 2. – P. 183–203.

19. Engels R. C., Wiers R., Lemmers L., Overbeek G. J. Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns // *Journal of Drug Education substance abuse research and prevention*. – 2005. – Vol. 35, № 2. – P. 147–166.

20. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals [Электронный ресурс]. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011. – 292 p. – URL: http://ww.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145539_EN_TD3111250ENC.pdf (дата обращения: 14.11.2015).

21. Moskvitin P. N. The method of «prophylactic psychodrama» for prevention of alcoholism and drug addictions // *The 5th World Congress for Psychotherapy* (October 12–15, 2008, Beijing, China): Final Program and Congress Guide. Under the Auspices of The World Council for Psychotherapy. – Beijing, 2008.

P.N. Moskvitin, V.V. Turbinsky

THE PSYCHOHYGIEN'S INNOVATION FOR ADDICTIVE BEHAVIOR RISK PREVENTION IN SCHOOLCHILDREN

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medical Education (Novokuznetsk), Novosibirsk Research Institute of Hygiene (Novosibirsk).

Summary. In article the analysis of the basic methodological approaches to carrying out of primary preventive actions to maintenance the dependence on psychoactive substances at children and teenagers is carried out. It was revealed positive and negative sides of each direction: information, affective (emotional) training; social taking into account a family and an environment; activity alternative to drugs; health promotion. The innovative psychohygienic approach to minimisation of risk of dependence formation on psychoactive substances at schoolchildren is proved. The structurally-logic scheme of carrying out of typical training of a preventive psychodrama is resulted.

Keywords: risk, psychoactive substances, psychohygiene, method of «a preventive psychodrama», preventive maintenance of addictive behaviour, value and belief of a healthy life style.

М.А. Калинина**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕЗЕ****ФГБНУ «Научный центр психического здоровья (Москва).**

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного клинико-катамнестического исследования детей с высоким риском по шизофрении, детей с расстройствами аутистического спектра и популяционной нормы. Описана динамика психических нарушений у детей в возрастном аспекте. Длительность наблюдения составляла 15-20 лет. Результаты наблюдения могут быть использованы в практическом здравоохранении для организации профилактических мероприятий в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: группа высокого риска по шизофрении, дети раннего возраста, проспективное, катамнестическое наблюдение.

Актуальность. По современным представлениям, возникновение психических заболеваний, тесно связано с характером раннего онтогенеза человека. С точки зрения современных исследователей – неонатологов, неврологов, психиатров [7, 10, 11] именно первые 1000 дней жизни определяют все последующее психофизическое здоровье человека. Данной концепции близка диатез-стресс теория, сформулированная D. Rosental в 1971 г. [12], о перспективах психического развития детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении. В нашей стране А.В. Снежневским [6], А.К. Ануфриевым [1] была создана концепция психического здоровья «нозос» и «патос», заложившая основы новой дисциплины. С 1983 г. в рамках НЦПЗ РАМН стало развиваться новое направление возрастной психиатрии – психиатрия раннего возраста, или, в отечественной интерпретации, микропсихиатрия.

Эпидемиологические исследования, проведенные сотрудниками НЦПЗ РАМН в конце 90-х–начале 2000-х гг., показали, что распространенность психических расстройств в первые годы жизни приближается к другим критическим периодам онтогенеза, например, пубертатному [4, 6], составив 15,0%-17,0% в популяции. Новейшие сведения также свидетельствуют о неблагоприятном нервно-психическом состоянии подрастающего поколения [2]. Распространенность психических расстройств в детской популяции, по сообщениям зарубежных исследователей [8, 10], также сохраняется высокой – 13,0%-20,0%. Среди них в последнее время внимание специалистов стали привлекать расстройства аутистического спектра (РАС), распространенность которых значительно возросла. Достаточно сказать, что, по сообщениям американского Мониторингового Центра Аутизма и Нарушений Развития 2012 г. [13], число детей-аутистов за последние годы увеличилось на 95% и в настоящее время достигло 1:88 в популяции. Все эти данные доказывают, что изучение психического здоровья и психических нарушений в детском возрасте по-прежнему социально значимо и актуально.

Целью настоящего исследования являлось уточнение феноменологии психических расстройств у детей группы высокого риска по шизофрении, а также у детей с развившимся психическим заболеванием, с оценкой прогностической значи-

мости симптомов, предшествовавших развитию заболевания, для психического здоровья в будущем.

Задачи исследования включали описание клинической картины эндогенных психических расстройств в раннем онтогенезе и в возрастной динамике (клиническая феноменология, диагностика), подготовку методических материалов по диагностике, коррекции, лечению и организации специализированной помощи.

Материалы и методы. Клинический материал был собран при обследовании детской популяции на базах Научного центра психического здоровья. В исследование включались дети раннего возраста (1-3 лет) из группы высокого риска по шизофрении с функциональными расстройствами эндогенного спектра. Исключались дети с тяжелыми органическими и генетическими расстройствами, эпилепсией.

С 1985 по 1995 гг. безотборно были обследованы 10000 детей первого года жизни. Среди обследованных детей были выделены две группы: группа здоровых и группа высокого риска по шизофрении (ГВР) из наследственно отягощенных семей. Для пролонгированного наблюдения первоначально были отобраны 185 человек ГВР. В процессе наблюдения когорты ГВР была дополнена до 500 детей (370 мальчиков и 130 девочек), которые находились под проспективным наблюдением на протяжении 10-15 лет. Из них в катamnестическом исследовании длительностью до 20 лет были прослежены 100 детей с шизотипальными расстройствами. Вторая группа с РАС (200 человек) составлена из детей ГВР, позднее заболевших, и детей из популяции с синдромом РАС. Проспективно и катamnестически на протяжении 10-15 лет были прослежены 40 детей с различными проявлениями РАС, а также 50 детей из популяции без психической патологии (контроль).

Все пациенты обследовались клиническими (психопатологический, неврологический, вегетологический) и параклиническими методами (патopsихологический, нейрофизиологический). Кроме того, использовались психометрические шкалы (Гном, PANSS, SANS, SAPS, CARS). Для математической оценки результатов использовались методы параметрической и непараметрической статистики в программе Statistica 7.

Результаты. Клиническая картина психического состояния детей раннего возраста из ГВР определялась шизотипальными стигмами генетической предрасположенности к шизофрении в виде специфического симптомокомплекса нарушений, представленных четырьмя классическими признаками – дисгармонией, дисрегулярностью, диссоциацией развития и общей дефицитарностью психических проявлений [3]. С раннего возраста у детей ГВР отмечались нарушения формирования соматовегетативных и инстинктивных функций. Среди них на первом плане были извращенное пищевое поведение (30%), нарушения ритма сна (35%). Типичной для этих детей уже с самых первых дней жизни была тесная связь вегетативных нарушений и отклонений поведения. Особенности поведения были представлены в виде парадоксальных, не всегда психологически понятных поступков, упрямства, колебаний настроения, шизофреноподобных реакций субпсихотического уровня (импульсивное возбуждение). Отмеченные феномены отличались кратковременностью и фрагментарностью клинических проявлений, возникали на фоне относительно своевременного развития и преобладающего адекватного возрасту поведения, а потому воспринимались окружающими как немотивированные, «странные».

Катamnестическое наблюдение детей этой группы показывает, что спустя 20-25 лет наблюдения 67,0% пациентов по психическому состоянию укладывались в практическую норму. Другие 25,0% наблюдаемых имели относительно легкие

процессуальные нарушения в виде различных вариантов шизотипического расстройства (F21.3, F21.4). У остальных 8,0% детей отмечалось тяжелое, близкое к злокачественному, течение шизофрении (F20.8). Распределение пациентов в соответствии с диагнозами представлено на рис. 1.

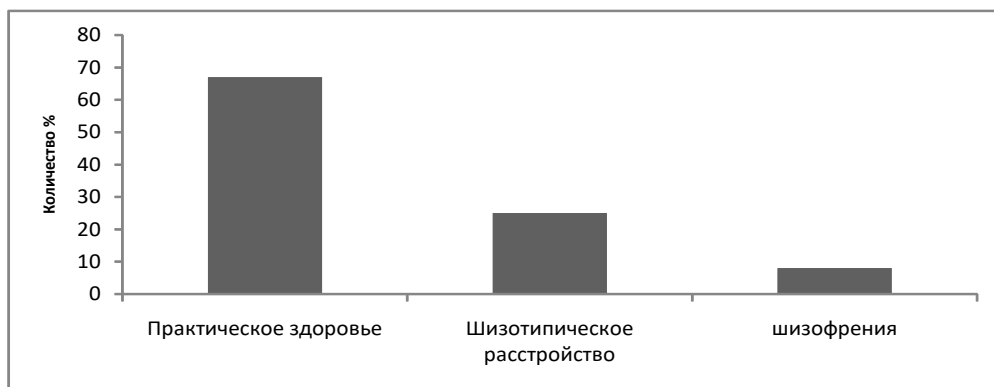


Рисунок 1. Распределение пациентов с ШД по диагнозам в анамнезе.

Во второй группе, у детей с РАС, аутистические нарушения отличались гетерогенностью как по тяжести, так и по клинической картине. Особенности динамики психопатологических нарушений позволили выделить как типичные варианты аутизма – эволютивный, острый (регрессивный), так и атипичные (ранняя шизофрения). Развернутая клиническая картина аутистических нарушений складывалась постепенно, по мере появления тех или иных психопатологических симптомов, возникших в определенной последовательности, начиная с появления феноменов псевдоглухоты, тождества, избегания зрительного контакта, а также искаженного формирования игровой деятельности, приобретавшей форму клишированных манипуляций игрушками и неигровыми предметами. Одновременно или спустя несколько недель-месяцев наступала ретардация речевого развития, формирования навыков опрятности и самообслуживания. Наблюдалась ритуальная стереотипизация бытового поведения в рамках феномена тождества (привязанность к ограниченному кругу игрушек, одежде, окружающей обстановке: определенной территории, маршрутам, избирательность в еде). На высоте декомпенсации поведение детей становилось малоуправляемым, обнаруживались дефицит внимания, эмоционально-волевые нарушения: пресыщаемость, психическая ригидность, крайняя нетерпимость к переменам, сопровождаемая бурными эмоциональными реакциями истероформного типа (протест, выражавшийся криком, падением на пол).

В 17,5% случаев отмечалось эволютивное развитие болезни в рамках синдрома Аспергера (F84.5). Самыми ранними психическими нарушениями являлись симптомы шизотипического диатеза (ШД), которые сводились к общей дефицитарности, особенно в эмоциональной сфере, форпост-симптомам кататонических проявлений в виде мышечной дистонии, дисгармонии постурального развития, вегетативной дисрегуляции, чаще всего ритма сон-бодрствование. Моторика, как правило, развивалась по возрастным нормативам. Начало собственно аутистических нарушений отмечалось старше 1 года жизни. Длительность периода регресса затягивалась на 1-1,5 года. Затем постепенно состояние детей улучшалось, не возвращаясь в большинстве случаев к первоначальному уровню.

Регрессивные варианты РАС, квалифицированные в категории детского аутизма вследствие других причин (F84.02), отмечались в 55,5% случаев. Динамика

заболевания у этих пациентов отличалась остротой течения. Дебюту аутистического симптомокомплекса предшествовали инфекционные заболевания (грипп, ротавирусная инфекция, ветряная оспа и др.), вакцинации как отечественными, так и зарубежными поливалентными вакцинами. Поствакцинальные осложнения возникали в форме гипертермии, нарушений моторики (временной хромоты), болевых ощущений, пастозности в области инъекции. Позже наблюдалась ретардация психического развития и усложнение клинической картины: появлялись страхи психотического уровня, перверзии при овладении навыками опрятности, элементы нарушенного восприятия, бредоподобное поведение. Описанная симптоматика отличалась временными усилениями и послаблениями. В ряде случаев при нейрофизиологическом исследовании выявлялись признаки эпилептиформной пароксизмальности в виде вспышек «острая-медленная волна».

Атипичный вариант РАС (F84.11, F84.12) наблюдался в 27,5% случаев. С рождения у детей этой подгруппы отмечалась стигматизация развития по типу шизотипического диатеза с эпизодическими форпост-симптомами неврозоподобного, аффективного и кататонического уровня. Отчетливое начало заболевания, так же как и в предыдущих случаях, относилось к периоду 1-1,5 лет, когда в клинической картине заболевания появлялись вегетативные нарушения (сна, аппетита), к которым присоединялись неврозоподобные, аффективно-кататонические расстройства и собственно аутистические симптомы, а также регресс речевого развития, инстинктивных навыков опрятности. Состояние детей на протяжении динамического наблюдения оставалось тяжелым даже при интенсивном использовании в терапии нейрорепитивных средств, ноотропов и коррекционных методов.

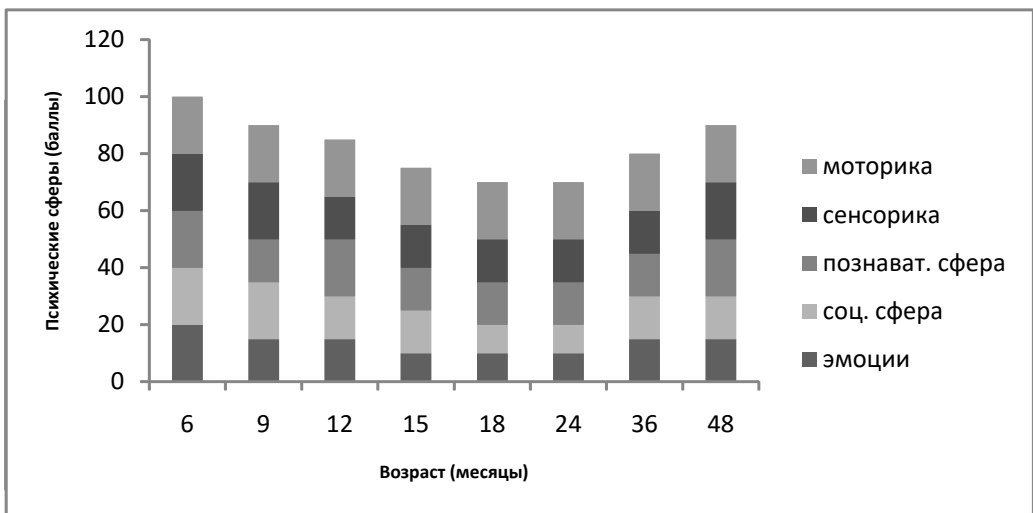


Рисунок 2. Профиль психического развития детей с РАС.

На рис. 2 представлена динамика психомоторного развития детей второй группы по пяти психическим сферам при обследовании по методике ГНОМ.

Проспективное наблюдение 40 детей с РАС в течение 5-6 лет показало, что в соответствии с данными литературы [9] со временем значительно уменьшается тяжесть большей части аутистических проявлений: избегание прямого взгляда, автономность поведения, феномен тождества, ритуальность в поведении, в игре, а также кататонические симптомы. В то же время спустя 10-12 лет, став старше, дети по-прежнему сохраняли эмоциональную формальность, особенности мышле-

ния – конкретность, ригидность, неумение идти на компромисс, недостаточность чувства юмора. С задержкой относительно возраста появлялись соответствующие социальные интересы, сохранялось предпочтение абстрактных занятий живому общению со сверстниками, психический инфантилизм. Также отсутствовало чувство эмпатии, так называемая реципрокность в общении или взаимопонимание, то есть сохранялись ведущие признаки аутистического расстройства, характеризующие дефицит коммуникации.

В катамнезе длительностью 5-10 лет в 5,0% отмечалось улучшение состояния пациентов на уровне практического выздоровления. Частичную социализацию приобретали 35,0% детей, обучаясь в коррекционных школах по массовой программе, затем – в вузах, но нуждаясь при этом в поддержке, сопровождении взрослыми, специализированной психотерапевтической помощи. 55,0% детей продолжали обучаться в коррекционных школах 5-7-8 вида в режиме надомного обучения. Остальные 5,0% детей остались инвалидами в учреждениях соцзащиты или приближенных к ним по уровню социализации учреждениях, например, монастырских общинах (рис. 3).

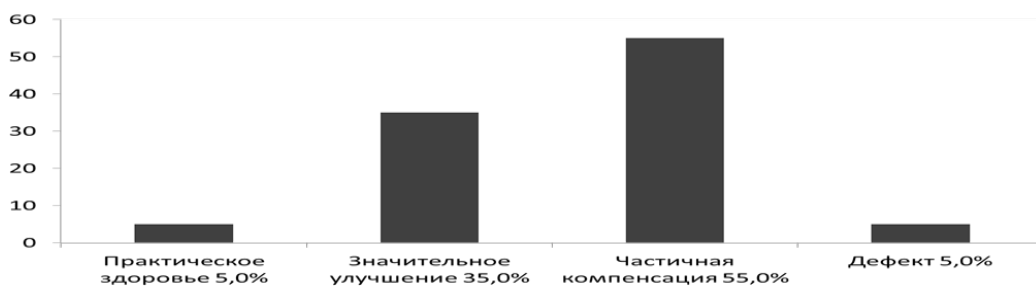


Рисунок 3. Распределение пациентов с РАС по диагнозам в катамнезе.

Среди неблагоприятных факторов, утяжеляющих прогноз больных группы РАС в сравнении со всей группой были гипоксически-ишемическая энцефалопатия в перинатальном периоде с оценкой по Апгар ниже 7 баллов ($p < 0,001$), вес при рождении менее 2000 грамм или свыше 4000 грамм ($\chi^2 = 15,6$ ($df = 1$), $p < 0,01$), сходно и у пациентов с шизофренией ($\chi^2 = 4,678$, $p < 0,05$). Наличие в период младенчества регрессивно-кататонических симптомов в виде отдельных мерцающих проявлений было значимо для детей как с неблагоприятными исходами РАС ($\chi^2 = 25,4$ ($df = 1$), $p < 0,01$), так и с шизофренией ($\chi^2 = 39,145$ $p < 0,01$). Значимыми для прогноза РАС оказалась индивидуальная чувствительность к проводимым профилактическим прививкам ($\chi^2 = 10,8$ ($df = 1$), $p < 0,01$), объем полученных прививок, а также возраст родителей пациентов на момент рождения пробандов, который достигал у матерей 40 лет, у отцов был старше 50 лет ($\chi^2 = 26,01$ ($df = 1$), $p < 0,001$).

Наблюдение контрольной группы детей из популяции без наследственной отягощенности психическими заболеваниями в течение тех же 10-12 лет не выявило существенных психических отклонений. Отдельные психопатологические феномены, встречавшиеся у этих детей, касались ограниченного круга ситуационных проблем в рамках формирующейся акцентуации и транзиторных невротических реакций. Тяжесть нарушений никогда не переходила на уровень более тяжелых регистров.

Обсуждение и выводы. Таким образом, наблюдение показало, что шизотипический диатез как отражение генетического носительства шизофрении может

быть предшественником разных форм шизофрении, аутизма, а также вариантом раннего развития, которое к пубертатному возрасту может переходить в практическое здоровье. Полученные результаты количественно не совпали с данными предыдущего 10-летнего катамнестического исследования [3], где выход в практическое здоровье составил лишь 33%. Отмеченные положительные результаты настоящего катамнеза можно объяснить тем, что все дети находились под постоянным специализированным наблюдением и получали регулярную поддерживающую коррекционную и медикаментозную терапию.

Расстройства аутистического спектра (РАС) в раннем возрасте были представлены непсихотическими и психотическими формами (типичный инфантильный и атипичный психоз) к 1-1,5 годам жизни и старше. Возрастание числа пациентов с РАС в когорте наблюдения за последние годы отражает общемировую тенденцию [13] к увеличению их распространенности. Результаты катамнестического наблюдения этой когорты в отдаленном периоде демонстрируют прогноз более тяжелый в сравнении с группой высокого риска по эндогенной патологии, в том числе выход в практическое здоровье отмечался в меньшем проценте случаев. Помимо генетической предрасположенности прогноз ухудшали определенные эпигенетические факторы, допускающие в определенной степени вмешательство и профилактику.

Таким образом, раннее выявление симптомов шизотипического диатеза, с одной стороны, свидетельствует о наличии у ребенка риска психической патологии, с другой – открывает перед педиатром перспективу своевременного начала профилактических мероприятий, которые включают активный патронаж младенцев, привлечение специалистов – невролога, дефектолога, психиатра, что позволяет ожидать в отдаленном периоде достаточно высокую вероятность благоприятного прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А.К. Избранные труды по психиатрии. М. : Логос. 2013. 352 с.
2. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 3. № 2 (13). С. 56-59.
3. Козловская Г.В. , Скобло Г.В. , Горюнова А.В. , Римашевская Н.В. Клинико-психопатологические аспекты пограничных психических расстройств в младенчестве //Ж. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. № 8. 1991. С. 62-66.
4. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013. № 4 (60). С. 27-31.
5. Ротштейн В.Г. Материалы осмотра психиатром выборочных групп взрослого населения в ряде районов СССР // Ж. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1977. № 4. С. 569-574.
6. Снежневский А.В. Клиническая психиатрия (избранные труды). М. : ОАО «Издательство «Медицина». 2004. С. 200-213.

REFERENCES

1. Anufriev A.K. Izbrannye trudy po psikiatrii. M. : Logos. 2013. 352 s.
2. Ivanov M.V. , Simashkova N.V. , Kozlovskaja G.V. rezul'taty jepidemiologicheskogo skrininga riska vozniknovenija rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej ranego vozrasta // Vestnik Soveta molodyh uchenyh i specialistov Cheljabinskoj oblasti. 2016. T. 3. № 2 (13). S. 56-59.
3. Kozlovskaja G.V. , Skoblo G.V. , Gorjunova A.V. , Rimashevskaja N.V. Klini-

ko-psihopatologicheskie aspekty pogranichnyh psicheskikh rasstrojstv v mladenchestve // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S. S. Korsakova. № 8. 1991. S. 62-66.

4. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A. Shizotipicheskij diatez v rannem vozraste kak prediktor shizofrenii // Psihiatrija. 2013. № 4 (60). S. 27-31.

5. Rotshtejn V.G. Materialy osmotra psihiatrom vyborochnykh grupp vzroslogo naselenija v rjade rajonov SSSR // Zh. nevrol. i psihiatr. im. C. C. Korsakova. 1977. № 4. S. 569-574.

6. Snezhnevskij A.V. Klinicheskaja psihiatrija (izbrannye trudy). M. : OAO «Izdatel'stvo «Medicina». 2004. S. 200-213.

7. Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease // Acta Paediatrica, 2004, 93:26-33.

8. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe // J Child Psychol Psychiatry, 2008, 49:226-236.

9. Fernell E, Eriksson MA, Gillberg C. Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review // Clin Epidemiol, 2013, 5:33-43. doi: 10. 2147/CLEP.S41714.

10. Lawrence D, Hafekost J, Johnson SE, Saw S, Buckingham WJ, Sawyer MG, Ainley J, Zubrick SR. Key findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing // Aust N Z J Psychiatry. 2015 Dec 6. pii: 0004867415617836.

11. Lewis AJ, Galbally M, Gannon T, Symeonides C. Early life programming as a target for prevention of child and adolescent mental disorders // BMC Medicine 2014, 12:33 doi: 10. 1186/1741-7015-12-33.

12. Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F. // Am J Psychiatry. 1971 Sep; 128(3): 302-6.

13. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Holling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Dopfner M, BELLA study group: Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey // Eur Child Adolesc Psychiatry 2008, 17:22-33.

M.A. Kalinina

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STUDIES OF CHILDREN WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS IN A REMOTE CATAMNESIS

FSBSI Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The article presents the results of clinical follow-up studies of groups of children at high risk for schizophrenia compared to the group of children with autism spectrum disorders and population norm. Dynamics of mental violations at children in age aspect for 15-20 years is described. Results of observation can be used in practical health care for the organization of preventive actions in the sphere of mental health.

Keywords: high risk for schizophrenia infants, prospective, follow-up monitoring.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К СМЕРТИ И СКЛОННОСТИ
К САМОРАЗРУШАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ У ПОДРОСТКОВ**
Южно-Уральский государственный университет (Челябинск).

Резюме. В статье приводится обзор исследований взаимосвязи отношения к смерти и саморазрушающего поведения. Приводятся статистические данные суицидов и проявлений различных типов отклоняющегося поведения среди подростков. Анализ исследований позволил выделить условия и факторы формирования отношения к смерти. С целью исследования взаимосвязи отношения к смерти и саморазрушающего поведения были диагностированы склонность к отклоняющемуся поведению, уровень тревоги смерти, тип отношения к смерти как ключевые факторы личного опыта саморазрушения и столкновения со смертью. Эмпирическое исследование 88 подростков 14-16 лет показало взаимосвязи между отношением к смерти и несколькими типами саморазрушающего поведения: склонности к аддикциям, агрессии и насилию, делинквентному поведению.

Ключевые слова: подростки, отношение к смерти, саморазрушающее поведение, суицид.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения за 2012 г. причиной 804,000 смертей во всем мире было самоубийство. В Европейском регионе 6 стран входят в топ-20 стран с самым высоким уровнем самоубийств во всем мире. Россия занимает 14 место в Европе с показателем равным 19,5 случаев на 100 000 населения. Этот показатель гораздо меньше приводимого в 2000 г., равного 35. Несмотря на снижение уровня самоубийств на 44,4%, он остается высоким в сравнении с ежегодным глобальным стандартизированным по возрасту показателем частоты самоубийств, равным 11,4 на 100 000 населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). В Европе суицид приходится на 17,6% всех случаев смерти среди молодых людей в возрасте 15-29 лет в странах с высоким уровнем дохода. Он занимает второе место среди причин смерти во всем мире и в Европе в этой возрастной группе после дорожно-транспортных происшествий [10, 13]. Суицидальные явления имеют широкую вариативность: массовые, парные, одиночные суициды, шантажные, истинные и др. В связи с активным развитием средств массовой информации все чаще совершаются подражательные суициды.

Среди причин подростковых суицидов основной является продолжительное давление и аккумуляция негативных жизненных событий. Большинство исследователей и практических психологов специфика семейных отношений отмечается как одна из главных причин самоубийства [7]. Некоторые исследования показали, что недавние случаи суицида члена семьи или друга снижают риск его совершения среди родных и близких суицидента. Проживание тяжелых эмоциональных последствий самоубийства предостерегает от его совершения. Однако в исследовании, проведенном американскими психологами, было выявлено, что подростки, столкнувшиеся с суицидом родных и близких, испытывают отвращение к жизни, они принимают смерть, суицидальное поведение других и свое собственное [12].

Более того, необходимо рассматривать в совокупности такие факторы, как особенности семейных отношений, объективные жизненные трудности и способность к их преодолению. Учитывая эти факторы, И. Орбах и его коллеги разработали методику диагностики склонности к суицидальному риску, выявляющую отношение к жизни и смерти – тяготение к жизни, отвращение к жизни, тяготение к смерти, отвращение к смерти [12]. Они полагают, что суицидальное поведение в юности включает в себя специфические процессы, которые с большей вероятностью приводят к саморазрушению, нежели к другим формам дизадаптации [7].

Один из факторов суицидального поведения – особый когнитивный стиль. В соответствии с ним жизнь обесценивается, а смерть идеализируется и понимается как состояние покоя, вознаграждение. Такая установка часто сочетается с острым снижением тревоги по поводу смерти. Эта тревога является защитным фактором, сдерживающим проявления саморазрушающего поведения. Когда она исчезает, суицид может казаться единственно возможным решением жизненных проблем. При этом снижение тревоги по поводу смерти позволяет суицидальному ребенку осуществить свои намерения. Недостаточный уровень тревоги по поводу смерти выступает в качестве защиты при самоуничтожении и является одним из способов снижения страха смерти, тем самым, приводя к самоубийству. Недостаток тревоги смерти не является когнитивным дефицитом или временной когнитивной регрессией в результате эмоциональных переживаний, но скорее представляет собой действенный прием для преодоления тревоги смерти перед лицом суицидального побуждения. Существуют исследования, в которых было показано, что стимуляция и усиление тревоги смерти у суицидальных индивидов снижают проявления суицидального поведения [12].

Причины и мотивы суицидального поведения разнообразны и представляют собой сложный взаимосвязанный комплекс. В связи с этим необходимо рассмотреть условия, позволяющие подростку осуществить суицидальные действия. Одним из таких условий является желание умереть. Причинами появления такого желания, как правило, являются следующие состояния: психические расстройства (психопатология), проблемные межличностные отношения (социальная изоляция), отягощенность проблемами, чувство поражения и безвыходности. [6, 8, 9, 15].

Другим важным условием совершения суицида является опыт саморазрушительных действий. Этот опыт может быть самым разнообразным и включать в себя интерес к теме смерти, мысли о суициде и/или самоповреждении, создание рисунков, рассказов на тему смерти, формирование представлений о способах самоубийства. Драки, употребление алкоголя, курение и другие формы рискованного поведения, а так же осуществление деятельности, носящей травмирующий характер (военная служба, деятельность врача и т. д.) способствуют приобретению опыта саморазрушения [2, 14]. Саморазрушающее поведение в данном контексте представляет собой способ побороть естественный страх смерти. Самосохранение является мощным инстинктом, который не многие могут перебороть лишь усилием воли. Согласно межличностной теории суицидального поведения страх смерти преодолевается в результате постоянных переживаний и воздействия стрессовых событий (самоповреждения, случайные травмы, рискованное поведение и т. д.). Совершение суицида становится возможным при осуществлении действий, снижающих страх смерти и повышающих физическую толерантность к боли [8, 9, 15]. Американскими исследователями было выявлено, что подростки, совершавшие самоповреждающие и саморазрушающие действия, чаще совершали суицидальные попытки, в том случае если в моменты самоповреждения испытывали меньше боли, и не зависели от частоты и количества эпизодов самоповреждения [11].

Негативные тенденции в развитии подростков отмечаются медицинскими работниками, педагогами, психологами. По данным исследований, проведенных в 2013-2014 гг., 22% опрошенных подростков употребляют алкоголь. Ежедневно выпивают около 19% подростков, курят табак 26%. Примерно 19% пятнадцатилетних вступали в сексуальные отношения. Около 38% (19% девочек и 57% мальчиков) постоянно участвуют в драках (не менее 3 раз в месяц). Подростки в возрасте от 11 до 15 лет зачастую становятся жертвами буллинга (57%), чаще в возрасте 11 лет. Кибербуллингу подвергаются около 23% младших подростков, чаще девочки в возрасте 11 лет [10, 13].

Таким образом, опыт саморазрушительных действий обеспечивает еще одно важное условие совершения суицида – низкую тревогу смерти.

Факторами перехода суицидальных мыслей в действия являются усиление суицидальных мыслей в течение некоторого времени, специфические умственные расстройства или совокупность психопатологий, повышающих вероятность суицида, освоение действий, приводящих к суициду (различные формы рискованного поведения - драки, самоповреждения без намерения умереть, употребление алкоголя, курение и т. д.), наличие у индивида импульсивно-агрессивных тенденций (чаще совершают опасные поступки, таким образом, осваивая способность к совершению суицида) [6].

Вышеизложенные причины, условия и факторы совершения суицида представляют собой индивидуальный опыт саморазрушения и столкновения со смертью человека, который непосредственно воздействует на отношение к жизни и смерти. В одном из исследований было выявлено, что подростки, столкнувшиеся с суицидом, смертью родных или друзей испытывают сильное отвращение к жизни, их привлекает смерть. То же верно для подростков с высокими уровнями суицидальных мыслей и поведения, имеющих явные симптомы депрессии [7].

На взаимосвязь отношения к смерти и саморазрушающего поведения одними из первых указывали И. Орбах с коллегами. Сравнивая страх смерти на выборках подростков, совершавших попытки суицида и не совершавших, они выяснили, что первые меньше боятся смерти и склонны принимать суицидальное поведение других и свое собственное. Российскими исследователями было выявлено, что люди с суицидальной попыткой переживают широкий спектр страхов смерти. Люди с несколькими попытками характеризуются низким страхом смерти, что согласуется с вышеприведенными данными. В норме же (без суицидальных попыток) демонстрируются умеренное принятие смерти и избегание этой темы [5].

В результате теоретического анализа можно заключить, что отношение к жизни и смерти оказывает прямое воздействие на риск совершения суицида и саморазрушающего поведения, а так же может выступать в роли эффективного прогностического фактора. Было показано, что для преодоления различных проявлений саморазрушающего и суицидального поведения необходима некоторая степень тревоги по поводу смерти, напрямую связанная с инстинктом самосохранения.

С целью выявления взаимосвязи саморазрушающего поведения и отношения к смерти у подростков были изучены склонность к саморазрушающему поведению, уровень тревоги смерти, тип отношения к смерти как ключевые факторы личного опыта саморазрушения и столкновения со смертью человека.

Выборку исследования составили 88 человек: подростки в возрасте от 14 до 16 лет, среди которых 34 юноши и 54 девушки. В данную выборку вошли обучающиеся школы-интерната № 4 (филиал), обучающиеся общеобразовательной школы № 121, подростки, проходившие курс реабилитации в областном центре диагностики и консультирования г. Челябинска.

Методы исследования

Диагностика склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел). Методика предназначена для выявления склонности к различным формам отклоняющегося поведения у подростков. Методика состоит из 98 (для юношей) и 107 (для девушек) утверждений и включает следующие шкалы: склонность к преодолению норм и правил, склонность к аддиктивному (зависимому) поведению, склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, склонность к агрессии и насилию, волевой контроль эмоциональных реакций, склонность к делинквентному поведению [4].

Шкала тревоги по поводу смерти Д. Темплера (в адаптации Т.А. Гавриловой). Выявляет уровень тревоги по поводу смерти. Состоит из 15 утверждений.

Диагностирует 4 фактора страха смерти: когнитивно-аффективная озабоченность смертью, озабоченность физическими изменениями, осознание течения времени, озабоченность болью и стрессом и общий уровень тревоги по поводу смерти [1].

Методика «Высказывания о смерти». Состоит из 29 высказываний о смерти, которые оцениваются по шкале от 1 до 7, где 1 – совершенно не согласен, 7 – абсолютно согласен. Диагностирует 7 вариантов отношения к смерти, предложенных в нашем исследовании, на основе теоретического анализа: смерть как естественный процесс, конструктивное принятие, деструктивное принятие, смерть как переход в другое состояние, смерть как абсолютный конец, отрицание смерти, страх смерти.

Результаты исследования

Таблица 1.

Корреляционные связи отношения к смерти, тревоги смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков

Типы саморазрушающего поведения	Фактор тревоги смерти, варианты отношения к смерти			
	Озабоченность физ. изменениями, связанными со смертью	Смерть как естественный процесс	Деструктивное принятие смерти	Смерть как переход в другое состояние
Аддиктивное поведение	0,361*	0,248	-0,064	-0,016
Агрессия и насилие	-0,046	0,377*	-0,012	0,148
Делинквентное поведение	0,077	0,225	-0,077	-0,341*
Принятие женской соц. роли	0,145	0,048	0,333*	0,296
Преодоление норм и правил	0,099	0,120	-0,128	-0,089
Самоповреждающее и суицидальное поведение	-0,031	0,193	-0,005	-0,025

Условные обозначения: * $p < 0,05$

Саморазрушающее поведение. Среди подростков преобладающими формами саморазрушающего поведения являются склонность к самоповреждающему и саморазрушающему (в том числе суицидальному) поведению (49%), делинквентному (противоправному) поведению (46%), склонность к агрессии и насилию (44%). Склонность к преодолению норм и правил также достаточно выражена в выборке подростков (38%), к аддикциям (30%). Чуть меньше чем у половины (41%) подростков выявлен слабый контроль эмоциональных и поведенческих реакций. Половина девушек принимает социальную женскую роль (52%).

Отношение к смерти. Средний и высокий уровни по показателю общей тревоги смерти обнаружен практически у половины выборки (49%). У большинства выражены такие факторы тревоги смерти, как осознание течения времени и озабоченность болью и стрессом (70% и 68% соответственно). У половины выражен страх физических изменений из-за смерти (49%), у 35% когнитивно-аффективная озабоченность темой смерти.

Преобладающим типом отношения к смерти является ее принятие (54%). Смерть как естественный процесс понимают 32% подростков, деструктивное принятие – 18%, конструктивное – 2%. Смерть как переход в другое состояние воспринимают 28%, а как абсолютный конец – 9%. Реже встречается тип отношения

к смерти – неприятие (14%): отрицание – 7%, страх – 7%.

Взаимосвязь отношения к смерти и саморазрушающего поведения. Результаты отражены в табл. 1.

Для выявления корреляционных связей использовался коэффициент ранговой корреляции г-Спирмена. Выявлены взаимосвязи между озабоченностью физическими изменениями, связанными со смертью и склонностью к аддиктивному поведению. Варианты отношения к смерти «смерть как естественный процесс», «смерть как переход в другое состояние» связаны с такими формами саморазрушения, как склонность к агрессии и насилию и делинквентному поведению соответственно. Принятие женской социальной роли коррелирует с «деструктивное принятие смерти».

Обсуждение. Вышеизложенные исследования ярко демонстрируют значимость таких факторов, как отношение к смерти и саморазрушающее поведение для прогнозирования суицидального поведения подростков.

В данном исследовании показаны актуальность темы смерти для подростков, а так же довольно высокие показатели склонности к различным формам саморазрушающего поведения. Склонность к самоповреждающему и суицидальному поведению свойственна многим подросткам. Специалисты, работающие с детьми и подростками, отмечают у них повышение склонности к различным формам отклоняющегося и саморазрушающего поведения и связывают его со спецификой проявлений нормативного кризиса. Можно рассматривать их как патологию [2] и как неотъемлемую, негативную часть нормативного кризиса, ведущую к социально-психологической дизадаптации [3].

Тревога смерти у большинства связана с осознанием течения времени и озабоченностью болью и стрессом. Оба этих фактора страха смерти связаны с основными изменениями в период нормативного кризиса: изменение временной перспективы, повышенная эмоциональность, чувствительность, повышенное внимание к любым изменениям, происходящим во внутреннем мире.

Принятие смерти было выявлено у многих подростков, что в совокупности с довольно высокой склонностью к суицидальному и саморазрушающему поведению согласуются со статистикой увеличения суицидов и суицидальных попыток среди детей и младших подростков. Эти данные согласуются с результатами американских и израильских исследователей (привлекательность смерти). Такой результат может быть объяснен склонностью подростков к размышлениям, философствованию вследствие развития абстрактного мышления, отсутствием ценности жизни вследствие недостаточного жизненного опыта.

Склонность к агрессии и насилию положительно коррелирует с вариантом «Смерть как естественный процесс». Подобный результат подтверждает положения межличностной теории суицидального поведения подростков К. Ван Орден и Т. Джойнера и модель саморазрушающего поведения израильских психологов. Согласно им, импульсивно-агрессивные тенденции способствуют суицидальному поведению.

Склонность к делинквентному поведению отрицательно коррелирует с вариантом отношения «Смерть как переход в другое состояние». В выборке подростков этот тип отношения к смерти связан прежде всего с тематикой мистификации, поэтому можно предположить, что высокая склонность к делинквентному поведению, которая предполагает негативный жизненный опыт, приводящий к правонарушениям, алкоголизации, наркотизации, хулиганству и др., приводит к формированию более реалистичных представлений о смерти. В сущности делинквентное поведение является результатом отсутствия или непризнания границ (личных, правовых, общественных и т. д.), а вариант «смерть как переход» представляет собой трансценденцию, то есть преодоление границы.

Склонность к аддикциям положительно коррелирует с беспокойством по поводу физических изменений, связанных со смертью. Аддикция по своей сути является уходом от реальности. Страх физических изменений, связанных со смертью, в сравнении с другими факторами является наиболее ощутимым и доступным для восприятия. Вероятно, уход от реальности в данном случае является наиболее адекватным способом преодоления этого страха.

Степень принятия женской социальной роли у девочек положительно коррелирует с вариантом «Деструктивное принятие смерти» ($r=0,333$; $p<0,05$). Возможно, у девушек чаще встречается этот тип отношения к смерти, чем у юношей, в силу особенностей гендерной роли, которой присущи такие проявления, как эмоциональность, чувствительность, склонность к истерикам и другие.

Выявленные корреляционные связи саморазрушающего поведения и отношения к смерти, вероятно, отражают специфику формирования отношения к смерти у подростков.

Выводы. Исследование особенностей отношения к смерти и его взаимосвязи с различными типами саморазрушающего поведения, проведенное в связи с особой актуальностью данной темы (высокий уровень суицидов среди подростков, их вовлечение в организации типа «группа смерти», особая их уязвимость в период подросткового кризиса), позволяет сделать следующие выводы:

- Данные статистики суицидов и ненормативного поведения среди подростков свидетельствуют о том, что младшие подростки являются наиболее уязвимой категорией для риска суицидальных действий.

- Большинство подростков склонно к различным типам саморазрушающего поведения, среди которых преобладают склонность к самоповреждающему и суицидальному поведению, противоправному поведению, агрессии и насилию.

- У половины испытуемых были выявлены средний и высокий уровни тревоги смерти.

- Преобладающими типами отношения к смерти являются «принятие смерти» и «смерть как естественный процесс».

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости ведения систематической и комплексной психологической и просветительской работы с подростками, их семьями, педагогами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова Т.А. Экзистенциальный страх смерти и танатическая тревога: методы исследования и диагностики // Прикладная психология. – 2001. – № 6. – С. 1-8.

2. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.

3. Солдатова Е.Л. Структура и динамика нормативного кризиса перехода к взрослости. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007. – 267 с.

4. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: изд-во Института Психотерапии, 2002. – 370 с.

5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 17.05.2017).

REFERENCES

1. Gavrilova T.A. Jekzistencial'nyj strah smerti i tanaticheskaja trevo-ga: metody issledovanija i diagnostiki // Prikladnaja psihologija. – 2001. – № 6. – S. 1-8.

2. Isaev D.N. Psihopatologija detskogo vozrasta: Uchebnik dlja vuzov. – SPb.: SpecLit, 2001. – 463 s.

3. Soldatova E.L. Struktura i dinamika normativnogo krizisa pe-rehoda k vzroslos-

ti. – Cheljabinsk: Izd-vo JuUrGU, 2007. – 267 s.

4. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp. – M.: izd-vo Instituta Psihoterapii, 2002. – 370 s.

5. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Problema otnoshenija k smerti posle suicidal'noj popytki // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (data obrashhenija: 17.05.2017).

6. Barzilay-Levkovitz S., Feldman D., Snir A., Apter A.. Self destructive and self harm behavior in adolescence – an integration of dynamic and empirical psychological models // Adolescent psychiatry. – 2012. – № 2. – P. 289-295.

7. Gutierrez P., King C.A., Ghaziuddin N. Adolescents attitudes about death in relation to suicidality // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1996. – Vol. 26, № 1. – P. 8-18.

8. Joiner T.E Jr¹, Van Orden K.A, Witte T.K, etc. Main Predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young // Jornal of Abnormal Psychology. – 2009. – № 118(3). – P. 634-646.

9. Joiner T.E. The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status. URL: <http://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief.aspx> (дата обращения: 25.12.2016)

10. Mental health: data and statistics. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> (дата обращения: 13.03.2017)

11. Nock M.K. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts // Psychiatry Research. – 2006. – № 144. – P. 65-72.

12. Orbach I., Apter A., Gruchover O., Tyano S., etc. Death anxiety in a psychiatric population of suicidal and nonsuicidal adolescents // New direction in affective disorders. – Springer-Verlag New-York Inc., 1989. – P. 312-316.

13. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. – 89 p.

14. Rudd M.D., Berman A.L., Joiner T.E. Jr., etc. Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2006. – № 36 (3). – P. 255-262.

15. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Joiner T.E. Jr., etc. The Interpersonal-Psychological Theory of Suicide // Psychological Review. – 2010. – № 117(2). – P. 575-600.

N.Yu. Zhukova

RELATIONSHIP ATTITUDE TOWARD DEATH AND A TENDENCY TO SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

South Ural State University (Chelyabinsk).

Summary. The article gives an overview of attitudes toward death and self-destructive behavior studies. Statistical data of suicides and deviant behavior among adolescents are given. Analysis of the researches allowed to identify the conditions and factors of attitude toward death formation. A tendency to deviant behavior, level of death anxiety and type of attitudes to death was diagnosed as key factors of personal experience of self-destruction and encounter with death. The study sample consisted of 88 adolescents aged 14 to 16 years. Empirical research has shown interrelationships attitude to death and self-destructive behavior. Attitude toward death is related with addiction, aggression and delinquency.

Keywords: adolescents, attitude towards death, self-destructive behavior, suicide.

РОЛЬ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ**ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ²**

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена» (Санкт-Петербург).

Аннотация. В статье представлены результаты исследования характера отношений с родителями как фактора формирования жизнестойкости подростков с нарушениями зрения. Показано, что условно здоровые подростки и подростки с нарушениями зрения по-разному воспринимают родительскую поддержку. В контексте формирования жизнестойкости для слабовидящих подростков значимым фактором является сокращение родительской поддержки и повышение самостоятельности, тогда как для подростков с глубокими нарушениями зрения важно иметь возможность психологически автономизироваться от родителей на фоне сохранения значимости родительской поддержки.

Ключевые слова: жизнестойкость, подростки, подростки с нарушениями зрения, родительская семья, воспитательные практики, эмоциональная поддержка, инструментальная поддержка.

Постановка проблемы. Жизнестойкость является одним из важнейших ресурсов личности, опосредующем влияние стрессогенных факторов (включая хронические) на эффективность деятельности, а также на телесное и психологическое здоровье человека в целом [6]. Будучи интегративным качеством личности, объединяющим аттитюды «включенность», «контроль» и «готовность к риску», жизнестойкость способствует успешному преодолению трудных жизненных ситуаций, повышает адаптационный потенциал личности.

Одним из наиболее значимых периодов формирования жизнестойкости является подростковый возраст, для которого характерна активизация процесса смыслообразования, лежащего в основе данного личностного качества [11]. Формирование жизнестойкости в подростковом возрасте обусловлено целым рядом факторов, среди которых существенное значение имеет характер отношений с родителями [9]. В качестве особенностей отношений между подростками и родителями, способствующих формированию жизнестойкости, выделяют эмоциональную теплоту, заботу, поддержку и одобрение в сочетании с родительской требовательностью [3], готовностью предоставить ребенку самостоятельность в принятии решений, находящихся в границах его компетентности [9].

Однако имеющиеся в современной психологии данные иллюстрируют соотношение жизнестойкости подростков и характера их отношений с родителями преимущественно в контексте закономерностей нормативного развития. Между тем исследования, посвященные особенностям детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с нарушениями зрения, показывают, что в таких семьях детско-родительские отношения имеют выраженную специфику, связанную как с особенностями родительской позиции по отношению к «особому» ребенку [1; 5; 10], представлений о необходимой ему помощи и поддержке, так и с характеристиками коммуникативной позиции ребенка [7]. На этом основании можно предпола-

²Исследование выполнено при поддержке РФФИ, грант 17-06-00336 «Социально-психологические детерминанты жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья».

гать, что формирование жизнестойкости у подростков с нарушениями зрения происходит с опорой на иные, нежели в случае условно здоровых подростков, стороны отношений с родителями. В связи с этим возникает вопрос о том, какова роль детско-родительских отношений в формировании жизнестойкости подростков с нарушениями зрения. В качестве основных переменных, характеризующих детско-родительские отношения, представляется целесообразным рассмотреть воспитательные практики, используемые родителями и отмечаемые подростками, а также объем предоставляемой родителями подростку поддержки (как в бытовом, так и в эмоциональном плане) и отношение подростка к этой поддержке.

Программа исследования. Целью исследования стало изучение характера отношений с родителями как фактора формирования жизнестойкости подростков с нарушениями зрения. В качестве методов исследования использовались Опросник жизнестойкости в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой [8], Опросник «Подростки о родителях» [2], методика «Социальные сети подростка» [4], анкетирование, анализ медицинских документов. Обработка полученных результатов осуществлялась с применением критериев различий (критерий Стьюдента t , критерий Фишера ϕ^*) и коэффициента корреляции Спирмена r_g , рассчитанных с помощью пакета статистических программ «Statistica 12». В исследовании приняли участие 166 старших подростков в возрасте 13-16 лет, из них 32 слабовидящих подростка и 22 подростка с глубокими нарушениями зрения (остаточное зрение менее 0,05%), а также 112 условно здоровых подростков, составивших контрольную группу. Подробная характеристика выборки представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Характеристика выборки

Группы	Количество, чел.			Состав семьи, чел.		
	Всего	Мальчики	Девочки	Полная	С отчимом	Неполная
Подростки с глубокими нарушениями зрения (ГНЗ)	22	13	9	18	1	3
Слабовидящие подростки (СлВ)	32	21	12	20	5	7
Условно здоровые подростки (УЗ)	112	53	59	93	13	6

Результаты и обсуждение. Результаты демонстрируют отсутствие статистически значимых различий по шкалам Теста жизнестойкости между группами подростков с нарушениями зрения и условно здоровыми подростками (см. табл. 2). Полученные данные свидетельствуют об универсальности формирования представлений о себе и об отношениях с миром подростков вне зависимости от особенностей их развития. У всех обследованных подростков выявляется практически одинаковый уровень уязвимости/неуязвимости в стрессовых ситуациях, активности при их преодолении, убеждения в возможности влиять на события своей жизни и убежденности в самостоятельности выбора своего жизненного пути. Интересно, что по результатам изучения воспитательных практик родителей (на основе их оценок подростками с помощью методики «Подростки о родителях») также получена сходная картина для всех исследуемых групп.

Таблица 2.

Средние значения и стандартные отклонения показателей по шкалам Теста жизнестойкости

Параметры жизнестойкости	Выборки		
	ГНЗ	СлВ	УЗ
Вовлеченность	30,3±4,26	30,5±5,06	29,81±6,47
Контроль	22,5±4,71	22,8±4,41	23,10±4,71
Принятие риска	16,7±3,66	16,3±3,68	16,87±3,83
Жизнестойкость	69,6±11,11	69,6±10,17	69,78±13,56

В целом подростки вне зависимости от наличия или отсутствия зрительных нарушений характеризуют отношения с родителями как эмоционально благополучные, отмечают умеренную автономность и директивность родителей (см. табл. 3).

Таблица 3.

Средние значения и стандартные отклонения показателей, характеризующих отношения с родителями

Характеристики отношений		Выборки		
		ГНЗ	СлВ	УЗ
Позитивный интерес	с матерью	14,64±4,33	15,47±4,14	15,03±4,35
	с отцом	14,63±3,30	13,92±4,27	13,27±5,32
Директивность	с матерью	10,00±4,45	9,81±4,35	9,72±4,77
	с отцом	8,16±4,31	8,16±5,39	8,58±4,21
Враждебность	с матерью	5,73±4,51	4,78±3,15	4,63±3,65
	с отцом	4,26±3,11	4,92±3,81	4,11±3,39
Автономность	с матерью	12,27±2,81	10,78±2,93	9,61±3,63
	с отцом	11,58±3,37	11,32±3,39	9,79±3,80
Непоследовательность	с матерью	7,23±3,46	8,09±3,82	7,91±3,59
	с отцом	6,95±3,55	6,84±3,69	7,23±3,35

Однако более детальный анализ позволяет описать ряд специфических особенностей отношений с родителями у подростков, имеющих нарушения зрительной функции разной степени тяжести. Так, выявлены статически достоверные различия между подростками с глубокими нарушениями зрения и условно здоровыми подростками по шкале автономности матери ($t=3,25$, $p>0,01$). Подростки с глубокими нарушениями зрения считают, что их матери дистанцированы от них, от их проблем и от их предпочтений. Следует отметить, что в отношениях с отцами подростки с глубокими нарушениями зрения также отмечают довольно высокую, в сравнении с другими выборками, автономность (на уровне тенденции), что подтверждается и исследованиями других авторов [7]. Вполне возможно, что этот феномен ощущения автономности родителей у подростков с глубокими нарушениями зрения является отражением их внутреннего состояния, связанного с их объективными возможностями и ограничениями в сочетании с реакциями подросткового возраста.

Также обращают на себя внимание более близкие отношения с матерями у слабовидящих и условно здоровых подростков по сравнению с отцами: показатели по шкале «позитивного интереса» со стороны матери достоверно выше показателей по шкале «позитивного интереса» со стороны отца. У подростков с глубокими нарушениями зрения, несмотря на фактически одинаковые показатели по шкале «позитивного интереса» со стороны обоих родителей, на этом фоне выявляются сравнительно более близкие отношения с отцами, так как показатели по шкалам «враждебность» и «директивность» существенно ниже относительно отца, чем матери. Этот факт, вероятно, указывает на более высокую значимость фигуры от-

ца в системе отношений подростков с глубокими нарушениями зрения в сравнении со слабовидящими и условно здоровыми подростками.

Это предположение полностью подтверждается данными, полученными в ходе анализа системы социальных контактов подростков, эксплицированных ими при работе с методикой «Социальные сети подростка» (см. табл. 4).

Таблица 4.

Частота указания подростками инструментальную и эмоциональную поддержку от родителей (%)

Виды поддержки		Выборки		
		ГНЗ	СлВ	УЗ
Инструментальная под- держка	от матери	90,1%	70,6%	80,4%
	от отца	54,5%	38,3%	42,0%
Эмоциональная поддержка	от матери	31,8%	35,3%	28,1%
	от отца	18,2%	17,6%	7,5%

В целом, подростки вне зависимости от особенностей развития склонны значительно чаще воспринимать родителей как субъектов инструментальной поддержки, помогающих им в решении повседневных проблем. В первую очередь функцию инструментальной поддержки подростки атрибутируют матери. Функция эмоциональной поддержки также чаще атрибутируется матери (в сравнении с отцом), однако этот вид поддержки отмечается значительно реже. На этом фоне обращает на себя внимание более высокая значимость отцовской поддержки, прежде всего в ее инструментальном аспекте, эксплицированная подростками с глубокими нарушениями зрения (различия между группами подростков с глубокими нарушениями зрения и условно здоровых подростков достоверны, $\phi^*=1,75$, $p<0,05$). Полученные данные указывают на то, что, несмотря на меньшую включенность отцов (в сравнении с матерями) в жизнь детей-подростков независимо от особенностей их развития, для подростков с глубокими нарушениями зрения взаимодействие с отцом приобретает характер дополнительного ресурса адаптации к условиям жизни.

Корреляционный анализ показал, что поддержка, оказываемая родителями, воспринимается подростками по-разному. Так, условно здоровые подростки связывают инструментальную и эмоциональную поддержку со стороны родителей с проявлением позитивного интереса ($r_s=0,24$ и $r_s=0,26$ соответственно, $p<0,01$). Для подростков с нарушениями зрения, судя по числу корреляционных связей, более значимой оказывается инструментальная поддержка со стороны родителей, которая воспринимается и слабовидящими подростками, и подростками с глубокими нарушениями зрения в контексте проявления родительской директивности ($r_s=0,52$ и $r_s=0,47$ соответственно, $p<0,01$). Однако при этом подростки с глубокими нарушениями зрения расценивают инструментальную поддержку со стороны родителей как признак родительской включенности в их жизнь, показатель низкой автономности ($r_s=0,48$, $p<0,05$), в то время как слабовидящие подростки склонны отождествлять ее с проявлениями родительской враждебности ($r_s=0,53$, $p<0,01$). На основании этих данных можно предполагать, что для подростков с нарушениями зрения инструментальная поддержка со стороны родителей является своеобразной «точкой напряжения» в отношениях с ними: с одной стороны, они объективно нуждаются в большем объеме инструментальной поддержке со стороны родителей в сравнении с условно здоровыми подростками, но с другой стороны, испытывают затруднения в ее принятии, что особенно ярко проявляется в случае слабовидящих подростков и, по всей вероятности, является своеобразным проявлением подростковых реакций эмансипации, протеста, сопровождаемых частичным обесцениванием инструментальной поддержки, которую оказывают им родители (см. табл. 4).

Таким образом, можно констатировать, что отношения с родителями у под-

роستков с нарушениями зрения разной степени тяжести и условно здоровых подростков имеют качественную специфику. Эта специфика нашла отражение и во взаимосвязях показателей, характеризующих отношения подростков с родителями, и показателями жизнестойкости.

Так, в выборке условно здоровых подростков обнаружили ожидаемые положительные взаимосвязи между показателем жизнестойкости, в том числе ее отдельных компонентов, и показателем позитивного интереса как характеристики отношений с отцом и матерью (усредненный $r_s=0,35$, $p<0,01$ для суммарного показателя жизнестойкости), а также показателем эмоциональной поддержки от обоих родителей (усредненный $r_s=0,28$, $p<0,01$ для суммарного показателя жизнестойкости). Помимо этого обнаружены отрицательные взаимосвязи показателей жизнестойкости и родительской враждебности (усредненный $r_s=-0,33$, $p<0,01$ для суммарного показателя жизнестойкости). Совершенно очевидно, для этих подростков важнейшим условием формирования жизнестойкости является благоприятный фон отношений с обоими родителями, доверительные отношения с ними, возможность безопасно обсуждать с ними не только бытовые вопросы, но и личностно значимые проблемы.

Отрицательные взаимосвязи показателей враждебности в отношениях с отцом и матерью наблюдаются и в группе слабовидящих подростков (усредненный $r_s=-0,37$, $p<0,05$) для суммарного показателя жизнестойкости). В совокупности с данными об отрицательной взаимосвязи показателей враждебности и позитивного интереса это свидетельствует о том, что благоприятный фон отношений с родителями как фактор формирования жизнестойкости играет существенную роль и для слабовидящих подростков. Однако в этой выборке появляется характерная только для нее отрицательная взаимосвязь между показателями жизнестойкости (прежде всего по параметру «принятие риска») и директивности со стороны матери ($r_s=0,54$, $p<0,01$). Учитывая приведенные выше данные, можно предполагать, что эта взаимосвязь иллюстрирует значимость для слабовидящих подростков возможности самостоятельно расширять свой жизненный опыт, постепенно сокращая объем инструментальной поддержки со стороны родительской семьи. Отношения с родителями при этом становятся важным «пространством» для отстаивания подростками своих интересов, что в тех случаях, когда это удастся, вносит вклад в формирование их жизнестойкости.

В выборке подростков с глубокими нарушениями зрения была получена принципиально иная структура корреляционных связей. В частности, были выявлены положительные взаимосвязи между показателями жизнестойкости (в первую очередь по параметру «контроль») и автономности матери и отца ($r_s=0,48$, $p<0,05$ и $r_s=0,52$, $p<0,05$ соответственно). В совокупности с результатами, приведенными выше, на этом основании можно сделать вывод о том, что для подростков с глубокими нарушениями зрения наибольший вклад в формирование жизнестойкости вносит автономизация от родителей, выстраивание границ собственной личности, что позволяет им преодолевать ощущение беспомощности и достигать ощущения собственного контроля за происходящим, в том числе путем сокращения степени эмоциональной близости с родителями.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило охарактеризовать уровень жизнестойкости подростков с глубокими нарушениями зрения, слабовидящих и условно здоровых в контексте анализа особенностей их отношений с родителями. На основании полученных результатов можно отметить следующее:

1. Уровень жизнестойкости и ее отдельных компонентов у подростков с глубокими нарушениями зрения, слабовидящих и условно здоровых не различается.

2. Подростки вне зависимости от наличия или отсутствия нарушений зрения характеризуют свои отношения с родителями в целом как эмоционально благополучные. При этом для подростков с нарушениями зрения инструментальная поддержка со стороны родителей оказывается более значимым аспектом отношений с

ними, чем эмоциональная поддержка (в сравнении с условно здоровыми подростками). Отношение подростков с нарушениями зрения к родительской поддержке связано с тяжестью зрительных нарушений:

- для подростков с глубокими нарушениями зрения характерна тенденция к автономизации от родителей на фоне получения ими наибольшего (в сравнении с подростками, составляющими другие группы) объема инструментальной поддержки от обоих родителей);

- слабовидящим подросткам свойственно воспринимать инструментальную поддержку, получаемую ими от родителей, как проявления директивного или враждебного отношения с их стороны, что может провоцировать протестные реакции и приводить к частичному обесцениванию получаемой поддержки.

3. Роль отношений с родителями как фактора формирования жизнестойкости в подростковом возрасте в группах подростков с глубокими нарушениями зрения и слабовидящих подростков различна и отличается от закономерностей, выявленных на материале обследования условно здоровых подростков:

- для условно здоровых подростков наибольшее среди изученных характеристик их отношений с родителями наибольшее значение для формирования жизнестойкости имеет эмоциональная поддержка со стороны родителей, близкие и доверительные отношения с ними, семья таким образом выступает своеобразным «безопасным тылом» на пути расширения жизненного опыта;

- в случае слабовидящих подростков характер отношений с родителями вносит вклад прежде всего в формирование готовности к риску, условием которой является снижение родительской директивности и предоставление подростку пространства для самостоятельного освоения нового опыта;

- для формирования жизнестойкости подростков с глубокими нарушениями зрения в контексте их отношений с родителями наибольшее значение имеет обретение ощущения контроля за происходящим, преодоление беспомощности, что достигается ими путем автономизации от родителей, семья в этом случае становится безопасным пространством для формирования и тренировки навыков поддержания границ собственной личности в отношениях с другими людьми.

Итак, полученные результаты свидетельствуют о том, что отношения с родителями играют качественно различную роль в формировании жизнестойкости подростков с нарушениями зрения и здоровых подростков. Это необходимо учитывать в процессе консультирования родителей по вопросам, связанным с детско-родительскими отношениями и личностным развитием подростков с нарушениями зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия: Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
2. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
3. Золотухина И.Н. Факторы жизнеспособности подростков с ограниченными возможностями здоровья // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. – 2013. – № 8. – С. 57-61.
4. Казьмина О.Ю. Тест «Социальные сети подростка» // Школьный психолог. – 1998. – № 41. – С. 2.
5. Ларина Е.С., Коваль В.В. Особенности отношения родителей к ребенку с сенсорной недостаточностью // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 6 (43). – С. 211-213.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
7. Ольхина Е.А. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения // Специальное образование. – 2006. –

№ 7. – С. 34-39.

8. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Московского Университета. Сер. 14. Психология. – 2013. – № 2. – С. 147-167.

9. Рассказова Е.И., Леонтьев Д.Л. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – С. 178-209.

10. Феоктистова С.В., Васильева Н.Н., Дорошенко О.В. Роль семьи в социализации слабовидящих детей дошкольного возраста // Человеческий капитал. – 2017. – № 3 (99). – С. 23-25.

11. Фомина А.Н. Жизнестойкость личности. – М.: МПГУ, Прометей, 2012. – 152 с.

REFERENCES

1. Varga A.Ja. Sistemnaja semejnaja psihoterapija: Kratkij lekcionnyj kurs. – SPb.: Rech', 2001. – 144 s.

2. Vasserman L.I., Gor'kovaja I.A., Romicyna E.E. Roditeli glazami podrostka: psihologicheskaja diagnostika v mediko-pedagogicheskoj praktike. – SPb.: Rech', 2004. – 256 s.

3. Zolotuhina I.N. Faktory zhiznesposobnosti podrostkov s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya: problemy i rezul'taty. – 2013. – № 8. – С. 57-61.

4. Kaz'mina O.Ju. Test «Social'nye seti podrostka» // Shkol'nyj psiholog. – 1998. – № 41. – С. 2.

5. Larina E.S., Koval' V.V. Osobennosti otnoshenija roditel'ej k rebenku s sensornoj nedostatochnost'ju // Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. – 2013. – № 6 (43). – С. 211-213.

6. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti. – М.: Smysl, 2006. – 63 s.

7. Ol'hina E.A. Osobennosti detsko-roditel'skih otnoshenij v sem'jah, vospityvajushih detej s narushenijami zrenija // Special'noe obrazovanie. – 2006. – № 7. – С. 34-39.

8. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaja versija testa zhiznestojkosti: psihometricheskie harakteristiki i primenenie v organizacionnom kontekste // Vestnik Moskovskogo Universiteta. Ser. 14. Psihologija. – 2013. – № 2. – С. 147-167.

9. Rasskazova E.I., Leont'ev D.L. Zhiznestojkost' kak sostavljajushhaja lichnostnogo potenciala // Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika / pod red. D.A. Leont'eva. – М.: Smysl, 2011. – С. 178-209.

10. Feoktistova S.V., Vasil'eva N.N., Doroshenko O.V. Rol' sem'i v socializacii slabovidjashhih detej doskol'nogo vozrasta // Chelovecheskij kapital. – 2017. – № 3 (99). – С. 23-25.

11. Fominova A.N. Zhiznestojkost' lichnosti. – М.: MPGU, Prometej, 2012. – 152 s.

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva

THE ROLE OF THE PARENT FAMILY IN THE HARDINESS OF ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Herzen State Pedagogical University of Russia (Saint-Petersburg).

Summary. The article presents the results of a study about relationships with parents as a factor in the hardiness of adolescents with visual impairments. It is shown that relatively healthy adolescents and adolescents with visual impairments have different perceptions of parental support. In the context of building hardiness for the visually impaired adolescents the significant factor is the reduction of parental support and empowerment, whereas for blind adolescents it is important to be able to psychologically autonomization from parents against the conservation importance of parental support.

Keywords: hardiness, adolescent, adolescents with visual impairments, parent family, educational practices, emotional support, instrumental support.

АТТИТЮДЫ ПОДРОСТКОВ В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ Белорусский государственный университет (Минск)

Резюме. В статье представлены результаты эмпирического исследования аттитюдов подростков в отношении представителей различных категорий инвалидов. Отмечается наличие дифференциации в содержании аттитюдов в зависимости от характера нарушения – физического или психического. Результаты обсуждаются с точки зрения особенностей социальной категоризации подростками людей с ограниченными возможностями здоровья и в контексте проблемы стигматизации инвалидов.

Ключевые слова: аттитюд, предубеждение, стигматизация, социальная категоризация, прототип, аттитюды подростков в отношении инвалидов.

К социальным и психологическим последствиям нарушений здоровья, ограничивающих возможности человека, можно отнести проявления предубеждений, дискриминации, стигматизации инвалидов социальным окружением. Стигма представляет собой атрибут или знак, указывающий на нежелательное отличие индивида от «нормального» большинства. Начало систематическому изучению феномена стигматизации было положено Е. Goffman [14]. Он охарактеризовал различные типы стигм, а также обозначил психологические механизмы их функционирования. Стигматизация становится источником социальной изоляции, ведет к искажению социальной идентичности и другим неблагоприятным эффектам [2; 9; 14]. В основе стигматизации, как правило, лежат предубеждения, т. е. неоправданно негативные аттитюды в отношении социальной группы и отдельных ее представителей. Причем динамика феномена предубеждений такова, что наиболее деструктивные их проявления остались в прошлом, а на смену им пришли современные, скрытые, «тонкие» формы [6; 15], при которых предвзятое отношение к стигматизируемым индивидам может скрываться за вполне доброжелательными и толерантными установками. Например, аттитюды к людям с психическими заболеваниями, будучи в целом позитивными, сопряжены с установлением протяженной социальной дистанции с представителями данной категории. Люди, имеющие психические нарушения, вызывают положительное отношение у окружающих в тех случаях, когда общение с ними отсутствует или носит поверхностный, ситуативный характер; более близких контактов с психически нездоровыми большинство старается избегать: их не готовы принять как соседей, коллег, друзей, брачных партнеров для себя или близких людей. Позитивное отношение могут вызвать ситуации, не требующие постоянного близкого общения с инвалидами либо предполагающие общение на равных, и наоборот [3]. Предубеждения выполняют роль «теории» стигмы, т. е. системы убеждений, обосновывающей более низкий статус стигматизируемых и оправдывающей негативные проявления в их адрес. Среди стигматизирующих атрибутов обнаруживают себя самые разные признаки, в том числе соматические или психические нарушения здоровья человека, физические отклонения, инвалидность. Так, А. Финзен наряду с другими типами рассматривает «стигму вследствие болезни», определяя ее как вторую болезнь, столь же обременительную, как и первая [9].

Прогностически ценными в изучении механизмов функционирования предубеждений и стигматизации являются основоположения процессуального символического интеракционизма [12]. Человек строит взаимодействие с социальными

объектами на основе значений, которыми они обладают для него, и которые в конечном счете конструируют природу этих объектов. Личность человека, его самость, поведение представляют собой функцию социального взаимодействия, опосредованного символами и значениями. Стигматизация по сути своей есть акт навешивания ярлыка, своего рода обозначения, наделяющего «заклейменного» индивида непривлекательными чертами, определяющими характер взаимодействия с ним. Сказанное позволяет рассмотреть инвалидность как социально обусловленный феномен, основанный на разделяемых индивидом и обществом значениях, как «культурную интерпретацию физических изменений и отклонений, сравнение тел, которое оказывает влияние на социальные отношения и общественные институты» [8]. Исследования демонстрируют, что на уровне обыденного сознания инвалидность зачастую трактуется как «болезнь», «нарушение», «отклонение», «дефект», «ущербность», «аномалия», «непригодность», «неспособность», «ограниченность», «недостаток» [2; 4; 7; 8].

Наличие стигмы формирует у окружающих отношение к ее обладателю как к «неполноценному» человеку, создавая дополнительные преграды, препятствующие реализации его потенциала. Неслучайно создание безбарьерной, недискриминационной социальной среды для инвалидов рассматривается многими авторами как актуальная социальная и научная задача [2; 4]. Среди мер, направленных на ее решение, все более активно обсуждается развитие системы инклюзивного образования [1], призванного снизить уровень социальной изоляции учащихся и обеспечить условия для безбарьерной реализации потенциала каждого из них. Оставляя за рамками данной статьи обсуждение возможностей и ограничений, проблем и перспектив инклюзивной практики [1; 13; 16], отметим, что реализация ее конструктивного потенциала требует создания толерантной по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья среды. Вместе с тем исследования распространенных в современном обществе установок к инвалидам демонстрируют неоднозначные результаты [3; 4; 5; 7; 10]: наряду с позитивным отношением обнаруживают себя и его негативные проявления (сверхпокровительство, использование «особого» стандарта для оценки поведения инвалида, преуменьшение способностей, пренебрежение, наличие антиресурсных и даже унижающих стереотипов, социальная изоляция и др.). Амбивалентность социальных установок, на наш взгляд, свидетельствует в пользу их дифференциации, наличие которой является важным индикатором позитивной динамики общественных представлений. Различия в установках к инвалидам могут определяться как характеристиками разделяющих их людей (наличие опыта взаимодействия с инвалидами, осведомленность по вопросам инвалидности, профессиональная принадлежность, пол, возраст и др.), характеристиками самих инвалидов (характер и выраженность нарушения, степень его очевидности для окружающих и др.), характером отношений между ними (родственные, профессиональные, близкие/далекие и др.) и ситуационными факторами.

Следуя данной логике рассуждений, мы обратились к изучению установок подростков в отношении представителей различных категорий инвалидов. Исследования этой проблемной области позволят ответить на ряд актуальных вопросов. С каким отношением в группе сверстников (например, ученической) могут столкнуться подростки с ограниченными возможностями здоровья? Насколько толерантной к инвалидам является подростковая среда? Какова степень осведомленности подростков по вопросам инвалидности? Отражают ли их установки тенденцию к дифференциации представлений о различных категориях инвалидов? При-

сутствует ли понимание того, что «инвалиды» не являются однородной группой и необходимо учитывать имеющиеся различия в отношении к ним? Каковы основания для социальной категоризации в таком случае? Меняются ли установки подростков в отношении инвалидов после взаимодействия с ними? Поиск ответов на эти вопросы и обусловил выбор заявленного предмета эмпирического исследования и его цели, которая состояла в выявлении структуры и содержания аттитюдов подростков в отношении представителей различных категорий инвалидов. Наиболее адекватным заявленной цели исследования нам представился психосемантический подход к его организации, который активно используется для изучения различного рода социальных установок.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе подросткам предлагалось из списка черт выбрать те, с помощью которых можно описать инвалида. Список составили 56 биполярных характеристик личности, заимствованных из тезауруса личностных черт А.Г. Шмелева [11]. Кроме того, подросткам было необходимо написать, о каких группах инвалидов они знают. Это позволило определить степень осведомленности подростков о том, насколько неоднородной является категория «инвалиды».

На втором этапе исследования для сбора эмпирических данных использовалась методика шкалирования и авторская анкета. Респондентам необходимо было оценить типичных представителей различных категорий инвалидов в 7-балльной системе по 38 биполярным шкалам-признакам, отобранным по итогам предварительного опроса. За основу для категоризации инвалидов подростками была принята типология видов нарушений функций организма: нарушения психических, языковых и речевых, сенсорных, статодинамических функций, нарушения, обусловленные физическим уродством, нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета. Предварительное исследование продемонстрировало, что в отношении людей с последней категорией нарушений функций организма у подростков аттитюды еще не сформированы, поэтому в последующем она была исключена из анализа. Для остальных категорий были подобраны понятные для подростков обозначения-ярлыки, а также примеры и пояснения к ним. Статистическая обработка данных включала в себя частотный и факторный анализ.

Эмпирическую базу исследования составили подростки в возрасте от 11 до 14 лет. 41% респондентов – девочки, 59% – мальчики. На первом этапе исследования было опрошено 32 подростка, на втором этапе – 81. 34% респондентов знают об инвалидах из СМИ или книг, 30% встречали инвалидов на улице, 16% – в больнице, 11% – в школе, у 9% подростков инвалидом является один из членов семьи.

Начнем анализ полученных результатов с особенностей социальной категоризации подростками инвалидов. По определению подростков, это люди с ограниченными возможностями (44%), они имеют проблемы со здоровьем (40%), тяжелые заболевания (12%), неизлечимые болезни (6%). Для обозначения инвалидов, по мнению опрошенных, в обществе используются также ярлыки «больной» (20%), «калека» (17%), «беспомощный» (9%), «неполноценный человек» (5%), «бедный» (5%), а также слова, показывающее наличие у человека определенного нарушения или заболевания: «слепой» (9%), «немой» (5%) и некоторые др. Эти ярлыки отражают распространенные в обществе стереотипные представления об инвалиде, которые могут усваиваться индивидом в процессе социализации. Не сложно заметить пессимистический или даже негативный оттенок их содержания. Степень осведомленности подростков о внутрикатегориальной дифференциации

«инвалидов» можно проиллюстрировать следующими результатами. 64% опрошенных подростков знают, что существуют инвалиды с нарушениями органов чувств, 15% и 9% – инвалиды с нарушениями психики и умственной отсталостью соответственно, 12% – инвалиды с деформацией лица и конечностей, 11% – инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 8% – инвалиды, у которых нет части тела, 6% – инвалиды с нарушениями речи, 5% – «карлики», 5% – инвалиды с синдромом Дауна и др. Для описания инвалида подростки используют в первую очередь телесно-физические характеристики (53%) («не может ходить», «у него отсутствуют какие-то физические способности» и др.). 19% описаний характеризуют инвалида как субъекта взаимодействия («замкнутый», «зависимый», «отзывчивый» и др.); 16% составляют личностно-волевые характеристики («упорный», «целеустремленный» и др.). Другие характеристики (конвенциональные, эмоционально-личностные, интеллектуально-творческие, особенности поведения и пр.) используются относительно мало. Таким образом, социальная категоризация инвалидов подростками строится на основе признаков ограниченности возможностей, наличия заболеваний разной степени тяжести, а также на основе характера нарушений. Причем наиболее прототипичными являются физические нарушения и ограничения. Это согласуется с результатами других исследований [4], в которых респонденты чаще упоминали физические отклонения и нарушения здоровья как характеризующие инвалидов. Несмотря на то, что определение инвалидности связывается подростками в большей степени с болезнями и нарушениями здоровья, присутствует понимание важности социальных и личностных последствий ее наличия. По мнению подростков, для инвалидов важны семья и друзья, которые поддержат и помогут в трудную минуту, общение с людьми, жизнь как ценность, уверенность в своих силах, надежда; гораздо реже отмечается важность собственно здоровья и выздоровления.

Для определения структуры аттитудов подростков в отношении инвалидов собранные с помощью методики шкалирования данные были подвергнуты статистической обработке с использованием процедуры факторного анализа, проводившегося методом главных компонент с Varimax-вращением. Было выделено 5 факторов, объясняющих суммарно 45,457% дисперсии.

Фактор 1 (объясняет 12,350% дисперсии) составили шкалы, позволяющие оценить уровень активности субъекта: «энергичный–вялый» (0,697), «сильный–слабый» (0,690), «активный–пассивный» (0,654), «жизнерадостный–пессимист» (0,569), «смелый–робкий» (0,554), «быстрый–медлительный» (0,547), «раскрепощенный–скованный» (0,453), «самостоятельный–зависимый» (0,436), «приспособленный–неуживчивый» (0,418), «предприимчивый–безынициативный» (0,413), «увлеченный–безразличный» (0,409), «общительный–замкнутый» (0,403).

Фактор 2 (12,216% дисперсии) представлен характеристиками, выражающими отношение субъекта к другим людям, к деятельности, к миру: «добродушный–жестокий» (0,779), «миролюбивый–агрессивный» (0,656), «добрый–злой» (0,639), «бескорыстный–эгоист» (0,598), «утонченный–грубый» (0,550), «правдивый–лживый» (0,531), «спокойный–нервный» (0,442), «трудолюбивый–ленивый» (0,431).

Фактор 3 (10,396% дисперсии) включает шкалы, определяющие степень соответствия субъекта конвенциональным требованиям: «порядочный–непорядочный» (0,742), «умный–глупый» (0,672), «дисциплинированный–недисциплинированный» (0,669), «совестливый–бессовестный» (0,617), «великодушный–мстительный» (0,452).

Фактор 4 (6,278% дисперсии) образован шкалами, характеризующими человека как субъекта деятельности: «самокритичный–самодовольный» (0,559), «серьезный–легкомысленный» (0,541), «организованный–рассеянный» (0,506), «ответственный–безответственный» (0,480).

Фактор 5 (4,218% дисперсии) характеризует человека как субъекта общения: «отзывчивый–черствый» (0,479).

Таким образом, содержание аттитудов подростков в отношении инвалидов структурировано следующими измерениями: 1) «активность» (характеризует степень активности личности, проявляющейся во всех сферах жизнедеятельности: общении, труде, досуге и др.); 2) «личность» (определяет особенности личности, связанные с отношением к другим людям и миру в целом); 3) «оценка» (характеризует степень соответствия оцениваемого субъекта общепринятым стандартам); 4) «отношение к деятельности» (характеризует вовлеченность субъекта в деятельность, способность объективно оценивать себя как субъекта деятельности и результаты своей деятельности); 5) «отношение, проявляющееся в общении» (определяет, насколько субъект вовлечен в процесс общения и как ведет себя в отношении партнера).

Полученные данные позволили реконструировать образ инвалида в восприятии подростков, который рассматривается последними как добрый, миролюбивый, бескорыстный и отзывчивый человек, порядочный, умный и дисциплинированный. В меньшей степени ему присущи качества энергичности, активности, силы, смелости и жизнерадостности. Самые низкие оценки дают подростки по характеристикам, определяющим вовлеченность инвалида в деятельность, способность объективно оценивать себя как ее субъекта, а также ее результаты.

Таким образом, аттитуды подростков в отношении инвалидов, будучи в целом позитивными, содержат представления о низком уровне их активности, что может стать источником неблагоприятных стигма-эффектов, исключаящих инвалидов из различных сфер жизнедеятельности как малоактивных.

Одна из задач состояла в определении того, отражают ли аттитуды подростков тенденцию к дифференциации представлений о различных категориях инвалидов. Для этого мы сопоставили оценки, даваемые подростками типичным представителям различных категорий инвалидов по выделенным измерениям. Статистически значимые различия были обнаружены по факторам «оценка» ($p < 0,001$), «отношение к деятельности» ($p < 0,001$) и «отношение, проявляющееся в общении» ($p = 0,003$). Более позитивно оцениваются подростками инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата (среднее значение по фактору «оценка» составило 0,49), противоположным образом – инвалиды с психическими нарушениями (-0,93). Положительно характеризуются подростками по данному фактору также инвалиды с нарушениями органов чувств и речи (0,39) и недостатками внешности (0,14). Аналогичная тенденция проявила себя в характеристике представителей различных категорий инвалидов как субъектов деятельности. Серьезность, организованность, ответственность приписываются в большей степени инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата (0,60), с недостатками внешности (0,30) и нарушениями органов чувств и речи (0,17); противоположным образом характеризуются инвалиды, имеющие психические нарушения (-0,53). Оценки отзывчивости и других качеств, проявляющихся в общении, выше для представителей категории инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата (0,27), низкие оценки по данному

фактору даны подростками инвалидам с недостатками внешности (-0,18) и психическими нарушениями (-0,15). Обращает на себя внимание то, что основная линия дифференциации представлений об инвалидах в подростковом возрасте реализуется по признаку наличия физических или психических нарушений, причем отношение к инвалидам с психическими нарушениями оказывается менее позитивным. Ранее мы уже отмечали, что прототип социальной категории «инвалиды» характеризуется наличием физических нарушений. Позитивная оценка представителей тех категорий инвалидов, которые обладают высокой степенью прототипичности, в частности инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, согласуется с общим положительным образом инвалида. Приписывание непривлекательных характеристик инвалидам с психическими нарушениями возможно благодаря их более низкой степени прототипичности для категории «инвалиды».

Одним из активно разрабатываемых направлений исследований является поиск путей и средств ослабления предубеждений и профилактики неблагоприятных стигма-эффектов. Организация неформального личного контакта с типичными представителями стигматизируемой категории рассматривается как одно из наиболее эффективных средств. Рассмотрим, как повлиял опыт общения с инвалидом на подростков, участвовавших в исследовании. Респондентам предлагалось закончить предложение: «После общения с инвалидом, я...». Полученные ответы можно разделить на 3 группы: приобретение знаний об инвалидах как «обычных» людях, «таких же, как и все» (26%); эмоциональные проявления (21%), включающие переживание жалости, сочувствия, печали; изменение отношения подростка к собственной жизни и здоровью (11%), ценность которых усиливается. Эти результаты позволяют вынести предположение: наличие опыта общения с инвалидом стирает стереотипные представления о нем как отклоняющемся от здорового большинства и приближает его образ к образу «обычного» человека, «такого, как все». Эмоциональные последствия включают эмпатические проявления и свидетельствуют об отсутствии безразличного, уничижительного или враждебного отношения, но при этом переживания, отмеченные подростками, несут пессимистический оттенок, способный вызвать стигма-эффекты (сверхпокровительство, снисходительность, подчеркивание слабости, ограниченности, безнадежности, обреченности).

Материалы исследования также позволили сопоставить аттитюды в отношении социальной категории «инвалиды» в зависимости от наличия у подростка опыта взаимодействия с ее представителями. Статистически значимых различий в оценках подростков, имевших и не имевших опыт общения с инвалидами, по факторам «личность», «оценка», «отношение к деятельности», «отношение, проявляющееся в общении» выявлено не было, но обнаружили себя статистически значимые различия в оценках по фактору «активность» ($p=0,021$): подростки, имеющие опыт взаимодействия с инвалидом в семье или школе, в большей степени, в сравнении с не имевшими такого опыта сверстниками, склонны приписывать инвалиду черты активного человека: энергичный, сильный, активный, жизнерадостный, быстрый, смелый, раскрепощенный, самостоятельный, приспособленный, предприимчивый, увлеченный, общительный. Ранее мы уже отмечали, что общий позитивный образ «инвалида» в восприятии подростков сопряжен с недооценкой степени его активности как человека, имеющего ограниченные возможности, пассивного, неэнергичного,

вялого, безынициативного. Это может стать источником неблагоприятных стигма-эффектов, ослабить которые можно за счет изменения установок в личном общении с инвалидами.

Следует заметить, что опыт общения подростков с представителями данной социальной категории в семье, школе, общественных местах ограничен. Подростки сформировали свои аттитюды, усваивая распространенные в обществе стереотипы об инвалидах в процессе социализации, во многом под влиянием СМИ. Ограниченность такого опыта общения может быть связана с тем, что длительное время социальная политика в отношении инвалидов состояла в создании «ситуации закрытости инвалидов как социально уязвимой категории населения» [2]. Люди, стараясь проявить толерантность, просто не знают, как правильно себя вести в общении с инвалидом, испытывают неловкость, боятся показаться чересчур равнодушными или, напротив, навязчивыми и неделикатными. В таких случаях оказывается проще избежать контакта. Тенденция к избеганию контактов усваивается как нормальная линия поведения в процессе социализации и проявляется в поведении детей. Косвенным образом об этом могут свидетельствовать ответы подростков о тех трудностях, с которыми они столкнулись в процессе общения с инвалидами. Их анализ позволил выделить две группы таких трудностей: 1) обусловленные характером нарушения, болезнью («проблемы с речью», «плохо слышит», «умственная отсталость»); 2) незнание, как себя вести с инвалидом («боишься быть бестактным», «непривычно»). Тревога, связанная с незнанием, как себя вести, способствует тому, что общество отгораживается от людей с ограниченными возможностями.

Различий в оценках представителей разных категорий инвалидов подростками девочками и мальчиками по факторам «активность», «личность», «оценка», «отношение, проявляющееся в общении» выявлено не было. Было обнаружено, что мальчики-подростки более высоко оценивают инвалидов с недостатками внешности (деформацией лица и конечностей) по фактору «отношение к деятельности» в сравнении с девочками-подростками ($p=0,004$). Вероятно, это связано с ростом внимания подростков к своей и чужой внешности, а также особенностями гендерной социализации, предписывающей девочкам и женщинам более критичное отношение к недостаткам внешности и, как следствие, людям, ими обладающим. Были также обнаружены некоторые возрастные особенности в ответах подростков. Чем старше подросток, тем менее он критичен в оценках инвалидов с недостатками внешности по качествам, проявляющимся в деятельности ($p=0,009$), и в оценках инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата по качествам, проявляющимся в общении ($p=0,004$). Различий в отношении подростков к детям и взрослым с ограниченными возможностями здоровья обнаружено не было.

Таким образом, аттитюды подростков в отношении инвалидов являются в целом положительными. Дифференциация их содержания связана с характером нарушения – физическим или психическим. Инвалиды с психическими нарушениями вызывают у подростков менее позитивное отношение. Наличие нарушений физического характера является более прототипичным для социальной категоризации инвалидов. Всем инвалидам независимо от их категориальной принадлежности подростками приписывается слабая выраженность характеристик активности субъекта. Способность инвалидов быть энергичными, активными и инициативными более высоко оценивается теми подростками, которые имели опыт общения с ними. В целом подростки мало осведомлены о проблемах инвалидов и испытыва-

ют некоторую тревогу в связи с незнанием, как себя вести в общении с ними. Иными словами, несмотря на свое позитивное содержание, аттитюды подростков в отношении инвалидов не исключают возможных стигма-эффектов, таких как отвержение, непринятие, социальная изоляция инвалидов в связи с низкой оценкой их активности и энергичности, а также с ожиданием трудностей в общении. Разработка мер, направленных на ослабление предубеждений и дестигматизацию инвалидов, таким образом, должна включать повышение осведомленности подростков по вопросам инвалидности, а также организацию неформального общения, которое открывает равные возможности для проявления активности и сотрудничества всех его участников независимо от статуса их здоровья в условиях безбарьерной среды (не только и не столько физической, сколько социально-психологической).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование: от политики к практике // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 136–145.
2. Бразевич С.С., Сидорова А.Ю. Инвалидность: проблемы преодоления стигматизации и становления толерантного сознания // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1. URL : <http://www.science-education.ru/107-8192> (дата обращения : 27.06.2016).
3. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых // Социологические исследования. – 1993. – № 1. – С. 62–66.
4. Зенкина Т.А. Об отношении московского студенчества к лицам с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2015. – Т. 15, № 3-4. – С. 58–66.
5. Кутыинов В.И. Социальные стереотипы об инвалидах войны как фактор регуляции системы их отношений: автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 2004. – 24 с.
6. Нельсон Т. Психология предубеждений. Секреты шаблонов мышления, восприятия и поведения. – СПб.: «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. – 384 с.
7. Смирнова Ю.С. Отношение к инвалидам: толерантность против интолерантности // Ананьевские чтения – 2012. Психология образования в современном мире: Мат-лы науч. конф. (16–18 октября 2012 г.). – СПб., 2012. – С. 104–106.
8. Симен-Северская О.В. Социокультурные стереотипы как фактор социализации людей с инвалидностью // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2014. – № 5(44). – С. 239–243.
9. Финзен А. Психоз и стигма. – М.: Алетея, 2001. – 216 с.
10. Черничкина В.А. Социально-психологические проблемы инвалидов и основные стратегии их разрешения: автореф. дис. канд. психол. наук. – Ярославль, 2003. – 27 с.
11. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб.: Речь, 2002. – 472 с.
12. Янчук В.А. Введение в современную социальную психологию. – Минск: АСАР, 2005. – 768 с.

REFERENCES

1. Alehina S.V. Inkluzivnoe obrazovanie: ot politiki k praktike // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2016. – T. 21, № 1. – S. 136–145.
2. Brazevich S.S., Sidorova A.Ju. Invalidnost': problemy preodolenija stigmatizacii i stanovlenija tolerantnogo soznaniija // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2013. № 1. URL : <http://www.science-education.ru/107-8192> (data obrashhenija :

27.06.2016).

3. Dobrovol'skaja T.A., Shabalina N.B. Social'no-psihologicheskie osobennosti vzaimootnoshenij invalidov i zdorovyh // Sociologicheskie issledovanija. – 1993. – № 1. – S. 62–66.

4. Zenkina T.A. Ob otnoshenii moskovskogo studenchestva k licam s ogranicennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2015. – T. 15, № 3-4. – S. 58–66.

5. Kut'inov V.I. Social'nye stereotypy ob invalidah vojny kak fak-tor reguljarii sistemy ih otnoshenij: avtoref. dis. kand. psihol. nauk. – M., 2004. – 24 s.

6. Nel'son T. Psihologija predubezhdenij. Sekrety shablonov myshlenija, vosprijatija i povedenija. – SPb.: «Prajm-EVROZNAK», 2003. – 384 s.

7. Smirnova Ju.S. Otnoshenie k invalidam: tolerantnost' protiv intolerantnosti // Anan'evskie chtenija – 2012. Psihologija obrazovanija v sovremennom mire: Mat-ly nauch. konf. (16–18 oktjabrja 2012 g.). – SPb., 2012. – S. 104–106.

8. Simen-Severskaja O.V. Sociokul'turnye stereotypy kak faktor socializacii ljudej s invalidnost'ju // Vestnik Severo-Kavkazskogo federal'nogo universiteta. – 2014. – № 5(44). – S. 239–243.

9. Finzen A. Psihoz i stigma. – M.: Aleteja, 2001. – 216 s.

10. Chernichkina V.A. Social'no-psihologicheskie problemy invalidov i osnovnye strategii ih razreshenija: avtoref. dis. kand. psihol. nauk. – Jaroslavl', 2003. – 27 s.

11. Shmelev A.G. Psihodiagnostika lichnostnyh chert. – SPb.: Rech', 2002. – 472 s.

12. Janchuk V.A. Vvedenie v sovremennuju social'nuju psihologiju. – Minsk: ASAR, 2005. – 768 s.

13. Atkins L. Dis(en)abled: legitimating discriminatory practice in the name of inclusion? // British Journal of Special Education. – 2016. – Vol. 43. – P. 6–21.

14. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. – Harmondsworth, 1986. – 175 p.

15. Pettigrew T.F., Meertens R.W. In defense of the subtle prejudice concept: a re-tort // European Journal of Social Psychology. – 2001. – Vol. 31. – P. 299–309.

16. Sokal L., Katz J. Oh, Canada: bridges and barriers to inclusion in Canadian schools // Support for Learning. – 2015. – Vol. 30, № 1. – P. 42–54.

Yu.S. Smirnova, A.M. Vakulik

TEENAGERS' ATTITUDES TOWARD PERSONS WITH DISABILITIES Belarusian State University (Minsk).

Summary. The article presents the results of empirical research of teenagers' attitudes toward different categories of disabled persons. The differentiation in the content of such attitudes depending on the nature of disability (physical or mental) is revealed. The results are discussed in terms of teenagers' social categorization of people with disabilities and in the context of the problem of their stigmatization.

Keywords: attitude, prejudice, stigma, social categorization, prototype, teenagers' attitudes toward persons with disabilities.

**ПАТТЕРНЫ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЕ
СОСТОЯНИЕ БЕСПОМОЩНОСТИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Балтийский федеральный университет им. И. Канта (Калининград).

Резюме. На материале 140 пар мать–ребенок описаны основные паттерны материнского поведения, влияющие на формирование состояния беспомощности у старших дошкольников. Раскрывается взаимосвязь между основными дефицитами беспомощности (эмоциональный, когнитивный, волевой, мотивационный) и материнским отношением. Диагностическим инструментарием послужили: опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин); методика стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т.О. Гордеева, В.Ю. Шевяхова).

Ключевые слова: состояние беспомощности, материнское поведение, старший дошкольный возраст, дефициты беспомощности, задержка психического развития.

Введение. Внедрение и реализация принципа инклюзивности на всех уровнях образования, упор на индивидуализацию образовательных траекторий способствуют появлению научно обоснованных подходов психологического сопровождения учащихся с различными вариантами дизонтогенеза. В наиболее уязвимом положении оказывается группа детей с задержкой психического развития (ЗПР). Клинико–психологическая картина ребенка с ЗПР зависит от патогенеза состояния, однако, несмотря на полиморфизм этиологических факторов и проявлений, для детей данной категории характерны признаки незрелости сложных форм поведения, недостаточность целенаправленной деятельности на фоне утомляемости, истощаемости, нарушенной работоспособности [2]. Формирование состояния беспомощности у детей данной категории чревато изменением клинико–психологической картины и возникновением негативных тенденций в социально–личностном развитии.

Состояние беспомощности – это временное, преходящее, нестабильное состояние, которое свойственно дошкольному возрасту, возникающее в качестве реакции на события, не поддающиеся контролю [3; 5; 8]. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста формируется постепенно под воздействием: нарушений в системе воспитания, травмирующих событий, наблюдения подобной стратегии со стороны значимого взрослого, фактора социального реагирования, фиксированных форм поведения родителей. Состояние беспомощности с большей вероятностью возникает при наличии у человека пессимистического атрибутивного стиля поведения: плохие события рассматриваются с точки зрения внутренних, постоянных и глобальных причин, а хорошие относятся к внешним, непостоянным и частным причинам. Атрибутивный стиль закладывается с детства, формируется под влиянием стиля взаимоотношения с ребенком родителей, учителей и значимых для ребенка фигур. Атрибутивный стиль ребенка взаимосвязан с восприятием моделей поведения матери, так как она является наиболее значимой фигурой, наблюдаемой ребенком в течение всего детства [3; 8].

Формирование состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР чревато изменением клинико–психологической картины ребенка с ЗПР. В первую очередь, закрепление состояния беспомощности у ребенка способствует снижению познавательного интереса и познавательной активности, что негативно сказывается на развитии. Формирование в поведении модели «результат не зависит от прилагаемых усилий» способствует снижению мотивации к выполнению нового задания, к решению поставленных проблемных задач перед ребенком.

Так как развитие ребенка с ЗПР характеризуется эмоциональной незрелостью, нестабильностью, невозможностью контролировать и анализировать свои эмоции, то постоянно получаемый негативный опыт может привести к формированию агрессивного, деструктивного поведения. В свою очередь, деструктивное поведение в клинико–психологической картине ребенка с ЗПР может привести к трудностям с адаптацией в детском саду, а в

дальнейшем в школе – повышенная агрессивность, вспыльчивость, драчливость способствуют формированию коммуникативных проблем в общении со сверстниками, взрослыми и недостаточному владению коммуникативными средствами, особенно при условии речевого недоразвития [5]. Состояние беспомощности будет провоцировать трудности в формировании социальных способностей, умений и навыков: неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия, неорганизованность поведения приведут к трудностям в формировании бытовых навыков и навыков самообслуживания.

Спектр эмпирических референтов состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР характеризуется [5]:

- наличием слов-маркеров («не хочу», «не буду»);
- смещением на псевдоцель в деятельности;
- быстрой сменой заинтересованности на отказ от деятельности;
- переносом неудачного опыта на новый вид деятельности.

У детей с ЗПР, имеющих состояние беспомощности, наблюдаются следующие паттерны поведения [5]:

- при выполнении знакомых заданий (при условии успешного выполнения данных заданий) отмечается заинтересованность, проявление инициативности, принятие заданий, увлеченность, готовность выполнять данные задания, высокая мотивация к выполнению заданий;
- при выполнении знакомых заданий (при условии невозможности успешного выполнения) наблюдается резкое изменение в состоянии при столкновении с первой неудачей: от заинтересованности, готовности выполнять задания, высокой мотивации к резкому отказу от деятельности, сниженной мотивации, уходу от деятельности;
- при выполнении незнакомых заданий отмечаются следующие реакции: замкнутость, неуверенность, боязнь ошибиться, отказ от деятельности, подавленность, тревожность, нерешительность, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель.

Таким образом, состояние беспомощности усугубляет проявления ЗПР и способствует возникновению негативных тенденций социально-личностного развития ребенка.

Цель исследования: выявить основные паттерны материнского поведения, детерминирующие состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

Материал. В эмпирическом исследовании приняли участие 140 семей: 90 детей с ЗПР и их матери, а также 50 детей относительной нормы и их матери. В выборке детей относительной нормы участвовали 43 мальчика и 7 девочек, средний возраст воспитанников составлял 6,4 года. В выборке детей с ЗПР участвовали 76 мальчиков и 14 девочек, средний возраст – 6,6 лет. Вывод о наличии/отсутствии ЗПР был сделан на основе анализа медицинских карт, заключения невролога и психиатра. Все дети посещали дошкольные образовательные учреждения, работающие по типовой программе дошкольного воспитания и образования под редакцией М.А. Васильевой [6]. Дети с ЗПР обучались на базе дошкольных учреждений в общеразвивающих группах по индивидуальным адаптированным программам для детей с ЗПР с выполнением рекомендаций ПМПК.

Матери детей относительной нормы имели преимущественно благоприятный социальный статус: средний возраст – 30,3 года; высшее образование у 38%, среднее специальное у 54%; 74% респондентов замужем; работают 82% матерей. В группе матерей детей с ЗПР средний возраст 30,9 лет; среднее специальное образование у 55,5%, без образования – 28,8%; 80% матерей данной группы в разводе; неблагополучные семьи составили 24,4%, малообеспеченные респонденты данной группы составили 51,1%.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования были сформированы две группы респондентов: матери, имеющие детей с ЗПР и матери детей относительной нормы. С целью эмпирического подтверждения гипотезы о влиянии стиля семейного воспитания на формирование состояния беспомощности были изучены паттерны материнского поведения в группах детей с состоянием беспомощности и детей, у которых данное состояние не наблюдалось. По результатам диагностики был проведен сравнительный анализ выявленных паттернов материнского поведения.

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики «Опросник родительского отношения» (ОРО) [1] (табл. 1).

Таблица 1.

Тип материнского отношения в группах родителей детей с ЗПР (n=90) и родителей детей относительной нормы (n=50)

	Отвержение		Симбиоз		Кооперация		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	Кол - во	%	Кол - во	%	Кол - во	%	Кол - во	%	Кол - во	%
Матери детей с ЗПР (N=90)	26	28,8	22	24,4	10	11,2	22	24,4	10	11,2
Матери детей относительной нормы (N=50)	2	4	7	14	35	70	6	12	0	0

Наиболее выраженным типом материнского отношения к ребенку с ЗПР является тип, обозначенный в методике А.Я. Варга и В.В. Столина «ОРО» как «Принятие-отвержение» (высокие показатели по данной шкале говорят об отвержении ребенка): матери видят детей слабыми, беспомощными, несамостоятельными, считают, что они не смогут добиться успеха в жизни из-за низких способностей. Шкалы «Симбиоз» и «Авторитарная гиперсоциализация» приходятся следующими по значимости. Данные шкалы отражают межличностную дистанцию в общении с ребенком и характеризуют степень контроля поведения ребенка. Матери детей с ЗПР стараются контролировать все действия ребенка; сами решают проблемные задачи, вместо того чтобы вместе с ребенком попытаться преодолеть возникающие трудности.

Такое поведение со стороны матери может быть обусловлено несколькими причинами:

- постановка диагноза ЗПР меняет социальный статус матери и ребенка, негативно сказывается на психологическом здоровье матери;

- к матери начинают предъявлять повышенные требования, с которыми она не справляется; редукция ЗПР возможна только при условии грамотно организованной коррекционной работы, следовательно, матери необходимо усиленно заниматься с ребенком, постоянно выполнять рекомендации врачей и специалистов.

Матери детей относительной нормы, в свою очередь, воспринимают их такими, какие они есть. Большинство матерей уважает индивидуальность ребенка, стремится проводить с ним время, заинтересовано в деятельности ребенка, поощряет инициативу и самостоятельность ребенка. Высокие значения по шкале «Кооперация» свидетельствуют о том, что матери детей относительной нормы высоко оценивают их интеллектуальные и творческие способности. Низкие значения (равные 0) по шкале «Маленький неудачник» говорят об отсутствии стремления приписать ребенку личную и социальную несостоятельность, а также представить его инфантильным.

Большинство матерей детей с ЗПР имеет среднее специальное образование (55,5%) или вовсе не имеет образования (28,8%). Статистически, низкий уровень образования матери детерминирует низкий уровень знаний о системе обучения и воспитания, что может привести к возникновению неблагоприятных условий воспитания в семье и спровоцировать у ребенка ЗПР психогенного генеза. Большинство семей, имеющих детей с ЗПР (86,6%), является неполными, следовательно, матерям приходится больше времени уделять работе, чтобы содержать семью, и меньше времени уделять ребенку – зачастую он остается предоставлен сам себе. 24,4% матерей детей с ЗПР являются социально неблагополучными. Все эти факторы в совокупности, способствуют нарушению системы семейных отношений, которые усугубляются после постановки диагноза ЗПР ребенку. В свою очередь, матери детей с нормальным развитием в основном имеют довольно высокий образовательный и культурный уровень, высокий социальный статус, полные семьи, что способствует нормализации семейных отношений, материнского отношения к ребенку.

Посмотрим взаимосвязь между стилем материнского отношения и формированием состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста (табл. 2).

Таблица 2.

Взаимосвязь между типом материнского отношения и компонентами беспомощности (коэффициент корреляции Пирсона)

	Отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
Эмоциональный компонент	- 0,551***	0,309***	- 0,310***	- 0,332***	- 0,269**
Мотивационный компонент	- 0,571***	0,326***	- 0,310***	- 0,320***	- 0,238**
Волевой компонент	- 0,575***	0,324***	- 0,315***	- 0,3058**	- 0,236**
Когнитивный компонент	- 0,551***	0,274***	- 0,267**	- 0,259**	- 0,207*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Наиболее сильная обратная корреляционная взаимосвязь выявлена между компонентами беспомощности и шкалой «Отвержение»: чем выше баллы по шкале «Отвержение», тем ярче проявляются компоненты беспомощности, следовательно, если матери не принимают своего ребенка, отвергают его, то появляется высокая тенденция к возникновению состояния беспомощности у дошкольника.

Слабые корреляционные взаимосвязи выявлены между шкалой «Маленький неудачник» и компонентами беспомощности. Положительная взаимосвязь выявлена между шкалой «Кооперация» и компонентами беспомощности: отсутствие основных признаков беспомощности у дошкольников связано с принятием ребенка со стороны родителей, с готовностью сотрудничать с ребенком, поддерживать его во всем и высоко оценивать интеллектуальные и творческие способности ребенка.

Можно предположить, что не только поведение матери способствует возникновению беспомощности у детей. Состояние беспомощности у ребенка с ЗПР также может провоцировать изменение в поведении матери. Беспомощность можно сформировать при постоянном повторении негативного опыта и поставив ребенка в ситуацию, когда его попытки решить задачу не приносят успеха – именно в таких условиях оказывается ребенок с ЗПР, посещающий общеобразовательную группу детского сада. В связи с внедрением Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) в дошкольных образовательных учреждениях существенно сократилось количество групп компенсирующей направленности, в частности групп для детей с ЗПР. Детям с данным диагнозом рекомендуется посещать общеобразовательную группу, где отсутствуют специально организованные условия и не учитывается специфика диагноза ребенка. Условия общеобразовательной группы сильно отличаются от специализированных групп: увеличение количества детей (12–15 в группе детей с ЗПР и до 40 человек в общеобразовательной группе); отсутствием специалистов узкого профиля для проведения коррекционной работы с детьми с ЗПР (дефектологов, логопедов, клинических психологов, коррекционных педагогов-воспитателей); учебная деятельность ориентирована на нормально развивающихся детей; воспитатели зачастую игнорируют особенности детей с ЗПР.

ЗПР обычно выявляется к старшему дошкольному возрасту, когда начинается активная подготовка к школьному обучению. Дети с ЗПР не могут усвоить общеобразовательную программу в силу интеллектуальной недостаточности и задержки в развитии психических функций. Зачастую воспитатель занимает позицию: «Тихо сидит и хорошо, пусть занимается своим делом, я потом за него все сделаю». Ребенок быстро привыкает к такой позиции со стороны педагога – вместо формирования познавательного интереса происходит полное его угасание. Ребенок с ЗПР перестает прилагать усилия в решении проблемных задач сначала в учебной, затем в игровой, а затем и в социально-бытовой деятельности. Мать, наблюдая отсутствие интереса к деятельности, нежелание получать новый опыт, знания и навыки, отсутствие мотивации достижения, может начать поддерживать стратегию поведения ребенка, делая все за него, приписывая ему качества инфантильного, несамостоятельно и слабого ре-

бенка. Таким образом, состояние беспомощности, вызванное внешними условиями, способствует определенному изменению поведения со стороны матери, что только усугубляет формирование и закрепление беспомощности у ребенка с ЗПР.

Атрибутивный стиль является ключевым понятием в теории беспомощности. Преобладание пессимистического атрибутивного стиля (объяснение неблагоприятных событий личными, постоянными и глобальными характеристиками, а успех – временными, внешними причинами) ведет к формированию беспомощности при столкновении с негативными событиями в жизни. Атрибутивный стиль ребенка формируется под влиянием атрибутивного стиля значимого взрослого, следовательно, возникает необходимость посмотреть, какой стиль объяснения событий (пессимистический или оптимистический) присутствует у матери. Методика СТОУН-В [4] позволяет диагностировать особенности атрибутивного стиля в области негативных и позитивных жизненных ситуаций (табл. 3).

Таблица 3.

Результаты методики СТОУН-В в группах матерей детей с ЗПР и матерей детей относительной нормы

Шкала	Матери детей с ЗПР (N=90)		Матери детей относительной нормы (N=50)		t-эмп.	p - уровень
	Среднее значение	SD	Среднее значение	SD		
Общий показатель оптимизма	128,8	43,02	205,82	30,93	11,1	0,01
Параметр стабильности	40,93	11,88	60,5	8,25	10,3	0,01
Параметр глобальности	44,13	15,09	70,86	10,23	11,2	0,01
Параметр контроля	43,71	17,05	74,46	12,62	11,2	0,01
Оптимизм в ситуации успеха	60,11	18,74	91,82	13,53	10,5	0,01
Оптимизм в ситуации неудачи	64,55	25,18	109,74	19,97	10,9	0,01
Оптимизм в ситуациях достижения	75,8	25,21	110,5	28,78	7,4	0,01
Оптимизм в межличностных ситуациях	54,24	16,60	82,06	15,99	9,6	0,01

Как видно из таблицы, у родителей детей с ЗПР наиболее выражен пессимистический атрибутивный стиль, влекущий за собой преобладание таких эмоций, как страх, стыд, гнев, отвращение и презрение. Данные респонденты давали преимущественно универсальные и постоянные объяснения своим неудачам (используя категории «всегда» и «никогда»), а успеху приписывали конкретные и временные объяснения, воспринимали их как неконтролируемые. Следовательно, родители данной группы склонны чаще испытывать негативные эмоции, проявлять беспомощность и пассивность.

Родители детей относительной нормы преимущественно обладают оптимистическим атрибутивным стилем, который связан с большей выраженностью позитивных эмоций.

Влияние такого сильного стрессового события, как постановка диагноза, не может не отразиться на состоянии матери. Так как данное негативное событие невозможно контролировать, оно длится достаточно долгий промежуток времени и затрагивает большую часть жизни матери, то формирование пессимистического атрибутивного стиля в таких условиях является вполне ожидаемым. Матери с пессимистическим атрибутивным стилем склонны к ригидному застреванию на одной единственной причине.

С целью более подробного анализа взаимосвязей пессимистического атрибутивного стиля и формированием состояния беспомощности у дошкольников был проведен корреляционный анализ (табл. 4). Достоверно значимые взаимосвязи были получены только при анализе независимых шкал методики СТОУН-В с выраженными признаками беспомощности у дошкольников: чем выше показатели оптимистического атрибутивного стиля, тем меньше выражены признаки беспомощности. Отрицательная взаимосвязь наблюдается

между полярными значениями признаков беспомощности (признаки выражены/признаки беспомощности отсутствуют) и всеми шкалами, показывающими наличие положительных атрибуций. Следовательно, чем выше у родителей мотивация, направленная на достижение успеха, чем выше показатели формирования оптимистического атрибутивного стиля поведения, тем меньше риск возникновения состояния беспомощности у ребенка. У матерей детей с ЗПР преимущественно отмечается пессимистический стиль объяснений, что может быть взаимосвязано со сниженными ожиданиями, с пассивным состоянием перед трудностями.

Таблица 4.

Взаимосвязь независимых шкал опросника СТОУН-В и признаков беспомощности (коэффициент корреляции Пирсона)

Независимые шкалы	Признаки беспомощности		
	Выражены	Умеренно выражены	Отсутствуют
Общий показатель оптимизма	- 0,523*	0,207	- 0,334
Параметр стабильности	- 0,546*	0,179	- 0,344
Параметр глобальности	- 0,512	0,208	- 0,345
Параметр контроля	- 0,514*	0,227	- 0,316
Оптимизм в ситуации успеха	- 0,541*	0,220	- 0,320
Оптимизм в ситуации неудачи	- 0,659**	0,149	- 0,346
Оптимизм в ситуации достижений	- 0,540*	0,204	- 0,282
Оптимизм в межличностной сфере	- 0,506	0,232	- 0,331

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

Формирование состояния беспомощности у ребенка зависит от атрибутивного стиля матери: состояние беспомощности у детей с ЗПР может возникать при усвоении пессимистического атрибутивного стиля матери и переносе ее модели поведения в тех или иных ситуациях на себя. Этому могут поспособствовать следующие причины:

- дети проводят с матерями больше всего времени и смотрят на то, как они реагируют в тех или иных ситуациях, как объясняют происходящие с ними неудачи и успехи, как отвечают на вопрос ребенка: «Почему?», какие атрибуты приписывают тем или иным событиям;
- получаемая обратная связь: мать ребенка с ЗПР может объяснять его ошибки постоянными чертами характера или недостатком способностей, формируя, таким образом, представление ребенка о самом себе как о неудачнике.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты позволяют определить следующие паттерны материнского поведения, влияющие на формирование состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР:

- низкая и/или неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, подавление самостоятельности и инициативности со стороны ребенка;
- установление дистанции в отношениях с ребенком;
- преобладание авторитарного стиля в воспитании, гиперпротекция по отношению к детям;
- отсутствие мотивации успеха, наличие пессимистического атрибутивного стиля, проявление беспомощности и пассивности в действиях.

Ребенок в своем развитии находит отражение всех факторов: биологических, социальных, этических, культурных. Любое отрицательное воздействие может привести к формированию нежелательных качеств и свойств личности ребенка. Под влиянием негативного материнского отношения у ребенка формируются все предпосылки для возникновения состояния беспомощности. Коррекция пессимистического атрибутивного стиля матери и негативного отношения к ребенку с ЗПР является важной составляющей в комплексной программе коррекции и превенции состояния беспомощности при ЗПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Серия «Психология», 1985. - № 4. - С. 32 -37.
2. Власова Т.А., Лубовский В.И., Цыпина Н.А. Дети с задержкой психического разви-

тия. – М., Педагогика, 1984. – 256 с.

3. Волкова О.В. Семья в ситуации болезни ребенка–дошкольника как фактор, детерминирующий формирование выученной беспомощности // Антропологическая психология XXI века: проблемы и перспективы. – Томск, V Сибирский психологический форум. – 2013. – С. 49–53.

4. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Шевяхова В.Ю. Диагностика оптимизма как атрибутивного стиля (опросник СТОУН). – М.: Смысл, 2008. – 154 с.

5. Залевский Г.В., Завертяева А.А. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции // Сибирский психологический журнал, 2016. - № 61. – С. 78–90.

6. Программа воспитания и обучения в детском саду / Под ред. М.А. Васильевой, В.В. Гербухой, Т.С. Комаровой. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Мозаика – Синтез, 2005. – 208 с.

7. Столин В.В. Семья как объект психологической диагностики // Семья и формирование личности. – М.: МГУ, 1981. – С. 26–38.

8. Циринг Д.А., Пономарева И.В., Честюнина Ю.В., Евстафеева Е.А., Эвнина К.Ю. Особенности семейных взаимоотношений, детерминирующие формирование личностной беспомощности у подростков // Сибирский психологический журнал, 2016. - № 59. – С. 22 – 33.

REFERENCES

1. Varga A.Ja. Rol' roditel'skogo otnoshenija v stabilizacii detskoj nevrotičeskoj reakcii // Vestnik MGU. Serija «Psihologija», 1985. - № 4. – С. 32 -37.

2. Vlasova T.A., Lubovskij V.I., Cypina N.A. Deti s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija. – М., Pedagogika, 1984. – 256 с.

3. Volkova O.V. Sem'ja v situacii bolezni rebenka–doshkol'nika kak faktor, determinirujushij formirovanie vyuchennoj bespomoshhnosti // Antropologicheskaja psihologija XXI veke: problemy i perspektivy. – Tomsk, V Sibirskij psihologičeskij forum. – 2013. – С. 49–53.

4. Gordeeva T.O., Osin E.N., Shevjahova V.Ju. Diagnostika optimizma kak atributivnogo stilja (oprosnik STOUN). – М.: Smysl, 2008. – 154 с.

5. Zalevskij G.V., Zavertyaeva A.A. Sostojanie bespomoshhnosti u detej starshego doshkol'nogo vozrasta s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija i vozmozhnosti ego korrekcii // Sibirskij psihologičeskij zhurnal, 2016. - № 61. – С. 78–90.

6. Programma vospitanija i obuchenija v detskom sadu / Pod red. M.A. Va-sil'evoj, V.V. Gerbovoj, T.S. Komarovoj. – 3-e izd., ispr. i dop. – М.: Mozaika – Sintez, 2005. – 208 с.

7. Stolin V.V. Sem'ja kak ob'ekt psihologičeskoj diagnostiki // Sem'ja i formirovanie lichnosti. – М.: MGU, 1981. – С. 26–38.

8. Ciring D.A., Ponomareva I.V., Chestjunina Ju.V., Evstafeeva E.A., Jevnina K.Ju. Osobennosti semejnyh vzaimootnoshenij, determinirujushhie formirovanie lichnostnoj bespomoshhnosti u podrostkov // Sibirskij psihologičeskij zhurnal, 2016. - № 59. – С. 22 – 33.

А.А. Завертяева

THE PATTERNS OF MATERNAL BEHAVIOUR DETERMINING THE CONDITION OF HELPLESSNESS AT THE SENIOR PRESCHOOL CHILDREN WITH THE DELAY OF MENTAL DEVELOPMENT

Immanuel Kant Baltic Federal University (Kaliningrad).

Summary. On material of 140 couples mother – the child the main patterns of maternal behavior influencing formation of a condition of helplessness at the senior preschool children are described. The interrelation between the main deficiencies of helplessness (emotional, cognitive, strong-willed, motivational) and the maternal relation reveals. Have served as diagnostic tools: ethological approach (G.V. Zalevsky, A.A. Zavertyaeva); questionnaire of the parental relation (A.Ya. Varga, V.V. Stolin) [1; 7]; technique of style of an explanation of success and failures of STOUN-V (T.O. Gordeeva, V.Yu. Shevyakhov) [4].

Keywords: condition of helplessness, maternal behavior, advanced preschool age, deficiencies of helplessness, delay of mental development.

В.В. Колягин¹, Е.П. Чернигова²**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ БИПОЛЯРНЫМ
АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ²ГУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1» (Иркутск).

Резюме. Представлены результаты изучения особенностей формирования суицидальных, парасуицидальных и поведенческих нарушений у 55 подростков (38 девочек и 17 мальчиков) - пациентов детского психиатрического стационара с впервые диагностированным биполярным аффективным расстройством (БАР). У всех подростков с БАР получены положительные результаты лечения депакином: хроносфера, редуцировались суицидальность и расстройства поведения, нормализовалась аффективная сфера.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, БАР, маниакально-депрессивный психоз, МДП, суицид, расстройства поведения, пограничные нервно-психические расстройства, ПНПР, психоактивные вещества, ПАВ, депакин хроносфера.

Введение. Множество причин болезней/расстройств/девиантного поведения могут быть объяснены сочетанием биологических, психологических и социальных факторов, которые 40 лет назад предложил учитывать в своей биопсихосоциальной парадигме G. Engel [14].

По данным J.J. Mann [24], более 90% лиц, совершивших суицид, имеют диагностированное психиатрическое заболевание, из них до 60% приходится на депрессивные расстройства, которые в свою очередь формируются вследствие взаимодействия многочисленных неблагоприятных биопсихосоциальных факторов, влияющих на психическое и соматическое здоровье индивида [10, 6].

Н.В. Карлан считает, что в более 80% случаев преципитирующими являются стрессогенные факторы, они влияют на инициацию и провокацию депрессивных расстройств, в том числе – социальные отношения (социальное неприятие и отвержение) [19]. Ведущими причинами стресса человека являются угрозы его базовым потребностям: физиологическим; в безопасности; в чувстве значимости, принадлежности к той или иной социальной системе; в признании, самовыражении [8, 9, 6]. Определяющее влияние на формирование депрессии и поведения с высоким риском для здоровья и жизни могут оказывать хронический негативный социальный стресс, негативные самоощущение и самооценка [10]. Провоцировать суицид могут многие факторы, включая неожиданную потерю социальной поддержки; личностную патологию; наличие суицидального опыта у родственников; применение физических мер воспитания или сексуальные домогательства в семье [12, 15, 22, 10, 8, 6].

Развитие «ключевых» стрессовых ситуаций, особенно в сенситивные периоды развития личности (гормональные сдвиги и особенно пубертат), становится особенно патогенным, провоцирующим многие расстройства психики? связанные с суицидальностью. Формируется замкнутый круг: стресс создает систему реакци-

рования на стресс, которая определяет уязвимость к новому стрессу [8, 6].

Более 120 лет назад (1896 г.) Эмиль Крепелин описал маниакально-депрессивный психоз. Позже было определено, что данное психическое расстройство не всегда сопровождается психозом, при нем не всегда наблюдаются оба типа фаз, и поэтому принято научное и политически более корректное наименование: в 1980 г. в американской классификации DSM-III - «биполярное расстройство»; в 1994 г. в МКБ-10, утвержденной ВОЗ, - «биполярное аффективное расстройство» (БАР). Использование этих терминов правомерно, как и наименования «маниакально-депрессивное заболевание» [16, 1, 10].

К концу XX в. пересматриваются взгляды последователей Крепелина на благоприятность течения заболевания и редкость его встречаемости. В современном понимании биполярное расстройство представляет собой широко распространенное инвалидизирующее хроническое заболевание, возникающее в молодом возрасте и имеющее серьезные последствия, такие как длительная нетрудоспособность и суицидальный риск. Оно оказывает значительный урон социальной адаптации как пациентов, так и их семей и общества в целом, хотя зачастую остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения» [23, 10, 21]. С конца XX в. БАР входит в список десяти самых значимых заболеваний населения по всему миру [25]. При этом биполярное расстройство до настоящего времени диагностируется недостаточно, и выявление его остается проблемой для многих врачей и даже психиатров [3, 10, 4, 1].

В 60% случаев значительные проблемы вследствие БАР возникают в детском и подростковом возрасте (до 15 лет - в 33%; в 15-19 лет - в 27%). Распространенность БАР в этой популяции составляет от 0,5 до 1%. Заболев в юности, пациенты большую часть своей жизни живут с этим хроническим рецидивирующим расстройством [18, 17, 3, 9, 21].

Пациенты с БАР не обращаются к врачу, а повышение настроения или раздражительность могут восприниматься ими и их родными как реакция на обстоятельства, «стресс» или как «плохой характер». Раннее начало БАР и его несвоевременная диагностика увеличивают риск формирования коморбидных психических и соматических расстройств. Тревожные, поведенческие, соматические расстройства и употребление ПАВ являются наиболее частыми коморбидными заболеваниями, они сочетаются с ранним возрастом начала БАР и дальнейшим увеличением употребления ПАВ. Усугубление биполярного расстройства употреблением ПАВ сопровождается:

- утяжелением течения заболевания и ухудшением исходов лечения;
- возрастанием суицидальности и насильственных действий.

Следует быть настороженным в отношении невыявленной биполярности в случаях коморбидности депрессии с паническими расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, злоупотреблением алкоголем и/или ПАВ [10, 4].

По результатам исследования шведских и американских ученых, учащиеся, получавшие только отличные оценки, имели биполярное расстройство в 4 раза чаще, чем ученики со средней успеваемостью. Школьники с худшей успеваемостью обращались за медицинской помощью по поводу БАР почти в 2 раза чаще «обычных» учеников. Это подтверждают результаты предыдущих исследований, в ходе которых была обнаружена связь между лингвистическими и музыкальными творческими способностями и БАР [10, 4].

Всегда должно оцениваться как состояние, потенциально близкое к биполярному:

- начало депрессии в раннем возрасте, особенно в подростковом периоде, так как униполярная большая депрессия, как правило, начинается в более позднем возрасте;

- депрессия, сохраняющаяся большую часть времени в течение года, свидетельствует скорее о биполярном, нежели униполярном депрессивном расстройстве;

- лабильность настроения и сезонность аффективных эпизодов.

Кроме того, в пользу БАР свидетельствуют:

- данные о биполярных чертах у членов семьи;

- указания на манию или гипоманию в семейном анамнезе;

- отягощенность семейного анамнеза тревожными расстройствами и патологическими формами зависимости [10, 4, 3].

Пациенты, страдающие БАР, прежде всего из-за суицидов и сопутствующих психических и соматических заболеваний, теряют за время болезни в среднем 9 лет продолжительности жизни, 14 лет трудоспособности, 12 лет нормального здоровья [20]. В большинстве случаев эти последствия связаны с тем, что в течение 10 лет от момента появления первых симптомов БАР не диагностируется или оценивается как другое расстройство.

Материалы и методы. За 2010-2016 гг. было обследовано и пролечено 55 пациентов с впервые установленным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство» (1, 5% от 3 675 пациентов, которых курировали в детском психиатрическом отделении № 10 Иркутской ОКПБ № 1 за данный период времени). Возрастной диапазон пациентов ограничивался 11-17 годами, в 85,5% случаев (n=47) пациенты были 13-16-летнего возраста. Городских жителей было 49 (89,1%) человек, 6 подростков – из сельской местности. Девочек – 38 (69,1%), мальчиков – 17. С повторной госпитализацией - 13 (23,6%) пациентов. Подавляющее большинство направительных диагнозов для госпитализации (90,9%) квалифицировалось как «Несоциализированное расстройство поведения» (F91.1), «Расстройство личности» или «Расстройство адаптации» (F60.22, F43.2).

Исследование выполнено с соблюдением всех стандартных предписаний в отношении информированности пациента, согласованной с Комиссией по этике (протокол № 6 от 24.11.2011 г.). Методы исследования – клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-психологический, инструментальные методы исследования (ЭЭГ, Эхо-ЭГ), данные неврологического осмотра. Все пациенты (родители или законные представители больных до 15 лет) выражали добровольное информированное согласие на представление своих данных для научного исследования. Использовалась описательная статистика – абсолютные и относительные величины, расчет средних и стандартных ошибок.

Результаты и обсуждение. В детский психиатрический стационар госпитализировались пациенты подросткового возраста с суицидальными попытками и/или проблемами поведения. В период данной госпитализации было выявлено впервые биполярное аффективное расстройство.

Во всех семьях обследованных подростков среди родителей и ближайших родственников имели место психические расстройства, суицидальные попытки, алкоголизм, употребление ПАВ, асоциальный образ жизни, которые, по J.J. Mann [24], вносят свой вклад в формировании конституциональной и приобретенной восприимчивости к стрессу.

Пока не совершалась суицидальная попытка или пока не возникали выраженные проблемы поведения, родственники, как правило, не замечали происходящих изменений у ребенка.

У 28 пациентов (50,9%) основной причиной госпитализации являлись суицидальные попытки либо парасуицидальное поведение. У 27 подростков (49,1%) основной причиной обращения за помощью было расстройство поведения, чаще в виде нарушений контактов со сверстниками и родными. Повышенная возбудимость, раздражительность, конфликтность, агрессия с характерным резким снижением успеваемости в школе, прогулами и проблемами на экзаменах оказались отличительными особенностями пациентов с БАР. У отдельных подростков имели место демонстративное поведение, уходы из дома, бродяжничество. У 3 (7,9% / 38) пациенток - расстройство пищевого поведения (анорексия).

При консультациях пациентов определено наличие перепадов настроения, которые они отмечали в течение от полугода до двух лет до госпитализации. В 90,9% случаев (n=50) возникновение расстройств настроения совпадало с началом пубертатного периода – 13-14 лет. Значительно реже, в 9,1% (n=5) случаев, расстройства настроения начинались в препубертатном периоде (10-12 лет).

У 15 пациентов (53,6% / 28) с суицидальными проявлениями попытки суицида были расценены как приводящие к реальной угрозе жизни. В 12 случаях из этих 15 (80%) пациенты предпринимали попытки самоубийства посредством отравления таблетками (9 подростков после попытки суицида находились в реанимации). Другие три варианта суицидальных попыток (прием уксусной эссенции; прыжок с высоты; вскрытие вен на руках) совершили по одной пациентке. У остальных 13 обследованных (46,4% / 28) суицидальное поведение проявлялось мыслями о смысле жизни, демонстративными угрозами покончить с жизнью, нанесением поверхностных порезов на теле и конечностях.

У 8 пациентов (28,6% / 28) данная госпитализация была второй после очередной суицидальной попытки, через 3-12 месяцев после предыдущей выписки из другого психиатрического стационара.

Средний возраст мальчиков, совершивших суицид (n=3), составил $15,3 \pm 1,6$ года и был большим на 2,2 года ($13,1 \pm 2,9$ года) возраста мальчиков, госпитализированных с поведенческими расстройствами (n=14).

Госпитализированные девочки (n=38) были старше мальчиков (средний возраст $14,1 \pm 2,9$ года и $13,0 \pm 1,5$ года соответственно). При этом значимой разницы по возрасту госпитализированных девочек с суицидами либо парасуицидами (n=25, 65,8%) и расстройствами поведения (n=13, 34,2%) не было ($14,3 \pm 2,3$ года и $14,5 \pm 2,5$ года соответственно).

Причиной суицидов у мальчиков был импульс на фоне депрессивного настроения при БАР, а у девочек имели место так называемые «суициды исполнения» (по Карен Хорни), когда возникает непереносимое чувство несоответствия себя «идеализированному Я», отвечающему стандартам, предъявляемым обществом.

Наличие в клинической картине у мальчиков с БАР преимущественно поведенческих расстройств (n=14, 82,4%) и единичных суицидов (n=3, 17,6%), причиной которых был импульс на фоне биполярной депрессии, можно объяснить преобладающим на данном этапе развития личности «аффективным уровнем» нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву) [2] с характерной для него аффективной возбудимостью и присущими страхами, тревогами, сомнениями, уходами и бродяжничеством. Более быстрое формирование психики девочек подтверждается симптоматикой следующего «эмоционально-идеаторного этапа» развития личности с гомонимным ему формированием сверхценных образований, на основе которых проявляются реакции протеста, эмансипации, нервная анорексия, дисморфофобия, сверхценные интересы и увлечения и т. д., на фоне которых, и

особенно при биполярной депрессии, могут возникнуть суицидальные и парасуицидальные действия.

При анализе особенностей и условий воспитания 55 изученных пациентов в 72,7% случаев (n=40) выявлено, что:

- 40% детей (n=22) проживают с матерью и воспитываются без отца;
- 16,4% (n=9) не имеют обоих родителей;
- 16,4% детей (n=9) проживали в семье с отчимом и матерью. В семьях с отчимом отношения были очень напряженные, отмечались постоянные конфликты и претензии друг к другу.

Полная семья была только у 15 подростков (27,3%), при этом родители имели патологическую зависимость (алкоголь, наркотики) и/или были психически больными с суицидальным опытом и применяли физическое насилие либо противоречивое воспитание, а дети были предоставлены сами себе (гипоопека и даже безнадзорность). Согласно психосоциальной модели D. Wasserman [27], неблагоприятные условия проживания и воспитания создают predisposition для формирования стресс-уязвимости у человека.

При клинко-психопатологическом исследовании выявлены: эмоциональные нарушения – в 100%, снижение психических процессов – в 78,2%, без снижения психических процессов – в 21,8% случаев.

На фоне проводимого лечения депакином хроносфера в дозе 250-500 мг, вечером после еды, на 5-7-й день приема препарата отмечалась положительная динамика: выравнивалось настроение, эмоциональный фон значительно улучшался, исчезали мысли о нежелании жить, редуцировалась агрессия, появлялись адекватные планы.

Все пациенты выписаны из отделения с рекомендацией дальнейшего длительного приема депакина хроносфера в подобранной дозе.

Проблема биполярного аффективного расстройства требует пересмотра [1, 10, 3, 4, 11]. Ранняя диагностика биполярного расстройства, особенно у подростков, возможно, предотвратит развитие вторичных коморбидных заболеваний, в том числе злоупотребление алкоголем и/или другими ПАВ [1, 4, 10].

Возникновение у подростков психопатоподобной или усиление психопатической симптоматики, в том числе с парасуицидальными либо суицидальными действиями, позволяющей предварительную диагностику «Несоциализированного расстройства поведения» (F91.1), «Расстройства личности» (F60.22) или «Расстройства адаптации» (F43.2), требует акцентированного внимания для выявления депрессивного расстройства и предшествующих гипоманий, являющихся основным критерием диагностики «Биполярного аффективного расстройства» [9, 21, 10].

О предшествующей гипомании/мании следует систематически спрашивать у всех пациентов с депрессией или тревогой, особенно в случае начала заболевания в препубертатном и пубертатном возрасте [3, 21].

О БАР могут свидетельствовать следующие два и более гипоманиакальных/маниакальных симптома во время депрессии: повышенная говорливость/напористость речи; реактивность настроения; «скачка» идей; повышенная отвлекаемость; импульсивность; высокие достижения. Следует выяснять данные симптомы, особенно у пациентов с состояниями, которые могут быть связаны с БАР. Например, суицидальное поведение, личностные и поведенческие расстройства, употребление ПАВ [11, 10, 4].

Своевременная диагностика «скрытого БАР» с последующим продолженным применением нормотимика-антиэпилептика депакина хроносфера, психообразование подростка и его близких для соответствующей комплаентности позволят

стабилизировать состояние, редуцировать дисфункциональное расстройство головного мозга, предотвратить суицид и возможное развитие коморбидной патологии, в том числе зависимость от ПАВ (алкоголь, никотин, наркотики) и психосоматические заболевания [11, 10, 3, 4].

Недавно ученые из США выяснили, что примерно в половине случаев биполярное расстройство проходит с возрастом. Обнаруженную закономерность исследователи связали с тем, что в возрасте около 25 лет происходит созревание префронтальной коры головного мозга¹.

Заключение. В представленном материале показана высокая частота суицидального и парасуицидального поведения, особенно среди девочек-подростков с впервые диагностированным БАР – 65,8%. По многолетнему опыту авторов, назначение вальпроата - депакина хроносфера с мощным ГАМК-ергическим эффектом (в дозе 500 мг вечером после еды, запивать холодной водой; возможно 250 и 750 мг в сут.) является оптимально эффективным фармакологическим подходом при лечении различных вариантов депрессивных нарушений и широкого спектра пограничных нервно-психических расстройств в комплексном использовании с психотерапией и психообразованием для максимальной комплаентности многочисленных пациентов разного возраста, позволяет достигнуть высокого нормотимического и, соответственно, антисуицидального эффекта [7, 10, 21, 8, 9]. Вальпроаты вызывают частичное ингибирование моноаминоксидазы (МАО), тем самым косвенно активизируют серотонинергическую систему и оказывают тимолептический эффект [5]. Как правило, применяя вальпроаты, можно обойтись без назначения дорогостоящих СИОЗС и/или, ИОЗСН. Депакин обеспечивает высокую степень контроля эпилептически настроенных систем мозга, что, вероятно, связано не только с непосредственным воздействием его на патологически возбудимые эпилептогенные популяции нейронов (антиэпилептическое или противосудорожное действие), но и с нормализацией функционального состояния головного мозга. Об этом свидетельствуют увеличение индекса и мощности альфа-ритма, восстановление ряда психических функций и улучшение психического состояния больных – тимонормализующий, антиастенический, активизирующий, мнемотропный и другие эффекты [10].

С конца XX в. депакин хроносфера является «золотым стандартом» лечения эпилепсии, а с начала XXI в. - «золотым стандартом» лечения биполярного расстройства [5, 7, 10].

ЛИТЕРАТУРА

1. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
3. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство, проблемы диагностики и классификации // Психиатрия: быть или не быть! Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2011. – С.136-140.
4. Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П., Антонова Т.Ф. Современное состояние проблемы биполярного аффективного расстройства, критерии диагностики, клинические проявления, коморбидные психические и соматические заболевания, терапевтические подходы // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: Альта Астра, 2011. –

¹David C. Cicero, Amee J. Epler, and Kenneth J. Sher. Are There Developmentally Limited Forms of Bipolar Disorder? // Abnorm Psychol. 2009 Aug; 118(3): 431–447.

Вып. XI. – С. 65-71.

5. Колягин В.В. Эпилепсия. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013. – 232 с.
6. Колягин В.В., Ворсина О.П. Биопсихосоциальная структура человека в современном российском обществе и суицидальное поведение: пособие для врачей – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2014. – 52 с.
7. Колягин В.В. Неэпилептические пароксизмальные состояния: пособие для врачей – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015. – 60 с.
8. Колягин В.В., Колягина В.В., Богатырев В.И. Пограничные состояния. Ч.1. Невротические и психосоматические расстройства. Теоретические, патогенетические, клинические, терапевтические аспекты: практ. пособие. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2016. – 80 с.
9. Колягин В.В., Чернигова Е.П. Биполярное аффективное расстройство у подростков // Сибирский медицинский журнал. – 2016. – № 2. – С. 48-52.
10. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: монография. - Иркутск: РИО ИГМАПО, 2017. - 204 с.

REFERENCES

1. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo. Diagnostika i lechenie / pod red. S.N. Mosolova. – M.: MEDpress-inform, 2008. – 384 s.
2. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta – M.: Meditsina, 1995. – 560 s.
3. Kolyagin V.V. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo, problemy diagnostiki i klassifikatsii // Psikhatriya: byt' ili ne byt'! Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. – Rostov-na-Donu, 2011. – S.136-140.
4. Kolyagin V.V., Kolyagina V.V., Belousova L.P., Antonova T.F. Sovremennoe sostoyanie problemy bipolyarnogo affektivnogo rasstroistva, kriterii diagnostiki, klinicheskie proyavleniya, komorbidnye psikhicheskie i somaticheskie zabolevaniya, terapevticheskie podkhody // Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoi praktike / Pod red. V.I. Mazurova. – SPb.: Al'ta Astra, 2011. – Vyp. XI. – S. 65-71.
5. Kolyagin V.V. Epilepsiya. – Irkutsk: RIO GBOU DPO IGMAPO, 2013. – 232 s.
6. Kolyagin V.V., Vorsina O.P. Biopsikhosotsial'naya struktura cheloveka v sovremennom rossiiskom obshchestve i suitsidal'noe povedenie: posobie dlya vrachei – Irkutsk: RIO GBOU DPO IGMAPO, 2014. – 52 s.
7. Kolyagin V.V. Neepilepticheskie paroksizmal'nye sostoyaniya: posobie dlya vrachei – Irkutsk: RIO GBOU DPO IGMAPO, 2015. – 60 s.
8. Kolyagin V.V., Kolyagina V.V., Bogatyrev V.I. Pogranichnye sostoyaniya. Ch.1. Nevroticheskie i psikhosomaticheskie rasstroistva. Teoreticheskie, patogeneticheskie, klinicheskie, terapevticheskie aspekty: prakt. posobie. – Irkutsk: RIO GBOU DPO IGMAPO, 2016. – 80 s.
9. Kolyagin V.V., Chernigova E.P. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo u podrostkov // Sibirskii meditsinskii zhurnal. – 2016. – № 2. – S. 48-52.
10. Kolyagin V.V. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo: monografiya. - Irkutsk: RIO IGMAPO, 2017. - 204 s.
11. Angst J., Gamma A. Novaya kontseptsiya bipolyarnykh rasstroistv: rezul'taty mezhdunarodnogo issledovaniya BRIDGE. Spetsifichnost' kriteriev Bipolyarnogo Spektra pri komorbidnosti rasstroistv nastroyeniya i zavisimosti // Traditsii i innovatsii v psikhiiatrii: regional'nyi kongress Vsemirnoi psikhiatricheskoi assotsiatsii. Bipolyarnye rasstroistva: diagnostika, komorbidnost', lechenie: satellitnyi simpozium kompanii Sanofi-Aventis. – SPb., 2010. – S. 4-25.
12. Baldessarini R.J., Tondo L. Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide. – San Francisco: Calif: Jossey-Bass, 1998. – 355 p.

13. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 51-55.
14. Engel G.L. The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // *Science.* – 1977. – Vol. 196. – P. 129-136.
15. Goodwin F.K., Jamison K.R. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex // *JAMA.* – 2003. – Vol. 290. – P. 1467-1473.
16. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. – 2 nd ed. – NY.: Oxford University Press, 2007. – P.1262.
17. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P.161-174.
18. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Screening for bipolar disorder in the community // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 53-59.
19. Kaplan H.B. Self-referent constructs and medical sociology in search of an integrative framework // *J. Health Soc. Behav.* – 2007. – Vol. 48. – N 2. – P. 99-114.
20. Kilbourne A.M., Cornelius J.R., Xan X. et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder // *Bipolar Disord.* – 2004. – Vol. 6. – P. 368-373.
21. Kolyagin V.V., Chernigova E.P. Bipolar disorder of patients of child care psychiatric hospital // *MEDICUS International medical scientific journal.* – 2015. – N 4(4). – P. 62-67.
22. Leverich G.S., Altshuler L.L., Frue M.A. et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in Stanley Foundation Bipolar Network // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 506-515.
23. Malhi G.S., Adams D., Cahill C.M. et al. Vedenie patsientov s bipolyarnym rasstroistvom // *Obzor dannykh ikh integratsiya v klinicheskuyu praktiku // Drugs.* – 2009. – Vol. 69. – N 15. – P.2063-2101.
24. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behavior / J.J. Mann; пер. И.Г. Лилип (lilp@mail.ru) // *Nature Reviews. Neuroscience.* – 2003. – Vol.4. – № 10. – P. 819-828.
25. Murray C.J., Lopez A.D. Evidence-based health policy: lessons from the Global Burden of Disease Study // *Science.* – 1996. – Vol. 1. 274 (5288). – P.740-743.
26. Sato T., Bottlender R., Schroter A. et al. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar depressive mixed state as bipolar spectrum // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2003. – Vol. 107. – P. 268-274.
27. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process // *Suicide, An unnecessary death.* – London: Martin Dunitz, 2001. – P.13-27.

V.V. Kolyagin¹, E.P. Chernigova²

SUICIDAL ACTIONS AND BEHAVIOR DISORDERS IN PATIENTS OF CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education - Branch of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia, ²Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1 (Irkutsk).

Summary: The results of the study of suicidal, parasuicidal and behavioral disorders in 55 adolescents (38 girls and 17 boys) are given in the article. All adolescents were the patients of children's psychiatric hospital with newly diagnosed bipolar affective disorder. All adolescents with bipolar disorder received positive results of treatment with depakin chronosphere, suicide and behavior disorders were reduced, affective sphere was normalized.

Key words: bipolar affective disorder, manic-depressive psychosis, suicide, behavioral disorders, borderline neuropsychiatric disorders, psychoactive substances, depakin chronosphere

Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ
С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ**
Омский государственный медицинский университет (Омск).

Резюме. Проведено исследование внутриличностных факторов суицидального поведения (когнитивных искажений, метапрограмм) у подростков с пограничными психическими расстройствами. На основе полученных результатов разработаны дифференцированные программы реабилитации в рамках психотерапевтического комплекса.

Ключевые слова: суицид, подростки, метапрограммы, когнитивные искажения, психотерапия, пограничные психические расстройства.

Суицидальное поведение подростков обусловлено комплексом значимых факторов, связанных со спецификой возрастной физиологии, психологии, личностных и поведенческих проявлений пубертатного периода [2, 6, 9, 10]. Во многих исследованиях было показано, что суицид обусловлен взаимосвязью средовых воздействий, социально-психологических структур личности, составляющих основы социализации индивидуума, а также психопатологических синдромов, при этом чаще всего причины суицида имеют социальную обусловленность [2, 5, 6, 13, 14], в связи с чем проблема суицидального поведения подростков является мультидисциплинарной, а изучение факторов, предрасполагающих к суицидам, весьма актуально [5, 9, 10, 11, 13].

В настоящее время остаются малоизученными особенности мышления подростков, склонных к суициду. С точки зрения когнитивно-поведенческого психотерапевтического подхода, эмоциональные расстройства возникают из-за «когнитивной уязвимости» в силу использования жестко заданных иррациональных убеждений (когнитивных искажений) [4]. С точки зрения М. Холла, Б. Боденхамера, когнитивные системы представлены в виде «метапрограмм», то есть динамических паттернов обработки и сортировки информации [15]. При этом считается, что метапрограммы организованы иерархически и вырабатываются в процессе научения. Когнитивные искажения возможно рассматривать как этиопатогенетическое звено суицидального поведения, что говорит о возможности работы с ними в постсуицидальном периоде в рамках реабилитации и превенции «хронизации» аутоагрессивного поведения.

Целью настоящего исследования является разработка принципов реабилитации и профилактических мероприятий подростков с пограничными психическими расстройствами, обнаруживающих суицидальное поведение, на основании особенностей их когнитивных стратегий.

Нами были обследованы 145 подростков с пограничными психическими расстройствами и различными формами суицидального поведения в период с 2010 по 2012 гг. При этом группа подростков с совершенной суицидальной попыткой включала 41 человека, у которых были выявлены следующие пограничные психические расстройства, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10: критериям депрессивных реакций и состояний (F32.0, F32.1, F32.2, F43.2) соответствовали 17,07% (n=7) обследованных подростков; острой реакции на стресс (F43.0) - 43,9% (n=18) суицидентов; острую реакцию на стресс на фоне формирующихся расстройств личности (F43.0, F61.0–F60.4) обнаруживали 19,5% (n=8) подростков, острую реакцию на стресс на фоне патохарактерологического развития личности (F43.0, F90.1, F91.2) – 9,8% (n=4), острую реакцию на стресс на фоне органического расстройства личности (F43.0, F07.0) – 9,8% (n=4).

Обследованные нами подростки испытывали различные неблагоприятные

социально-психологические воздействия, среди которых преобладали факторы микросоциального окружения: сложная семейная атмосфера, неправильный тип воспитания, острые и хронические психогении.

Среди внутриличностных факторов суицидального поведения нами были рассмотрены когнитивные искажения, которые наблюдались у всех без исключения подростков в сфере суицидогенного конфликта, в том числе в пресуицидальном периоде.

В ходе исследования обнаружилась наиболее высокая значимость контрастности мышления как внутриличностного фактора суицида. Помимо этого полученные результаты свидетельствуют о различной актуальности тех или иных когнитивных искажений в суицидогенном конфликте у подростков в зависимости от диагноза пограничных психических расстройств и позволяют нам предположить различные механизмы формирования суицидального поведения. Так, катастрофическая оценка ситуации более характерна для подростков с депрессивными реакциями и состояниями. У подростков с острой реакцией на стресс в качестве когнитивной уязвимости выступает повышенная склонность к обобщению и персонализация в конфликтной ситуации, для подростков с патологией личности помимо этих когнитивных искажений значимую роль играет произвольность умозаключений.

С целью выяснения особенностей когнитивной сферы подростков-суицидентов с пограничными психическими расстройствами нами был предпринят анализ имеющихся у них метапрограмм, исходя из методологии нейролингвистического программирования.

Метапрограммный профиль каждого обследованного подростка включал в себя показатели по 12 метапрограммам: когнитивного стиля, стиля проявления эмоций, стиля принятия решения, коммуникативного стиля и стиля концептуализации. Были исследованы следующие метапрограммы: размер чанка² (глобальность, детали), тип связи (присоединение, отсоединение), перцептивные категории (полярности, континуум), тип сценарного мышления (сценарий с лучшим случаем, сценарий с худшим случаем), предпочитаемый коммуникативный канал (вербальный, невербальный), способ эмоционального совладания (пассивность, агрессия), эмоциональное состояние (ассоциированное, диссоциированное), система отсчета (внутренняя, внешняя), направление мотивации (приближение, избегание), социальная презентация (проницательный и искусный, искренний и безыскусный), самооценка (обусловленная, безусловная), уверенность в себе (большая, малая).

Исходя из полученных данных, касающихся метапрограммного профиля, мы можем предположить, что у подростков-суицидентов можно выделить несколько когнитивных стратегий в восприятии конфликтной ситуации в сфере суицидогенного конфликта и реагировании на нее. Так, при депрессивных реакциях и состояниях большой значимостью обладают сортировка по различию и глобальный размер чанка, а также малая уверенность в себе. Для подростков с острой реакцией на стресс, особенно в случае сопутствующих личностных расстройств, высока значимость агрессии в качестве эмоционального совладания. Для подростков с личностными расстройствами кроме того более характерна внутренняя система отсчета, в меньшей степени проявляется влияние обусловленной самооценки, уверенности в себе, сценарного мышления. Таким образом, как и в случае с характерными когнитивными искажениями, мы можем выделить 3 предпочитаемые стратегии совершения суицидальной попытки в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства: стратегия, связанная с депрессивными реакциями и состояниями, стратегия, связанная с острой реакцией на стресс и страте-

²В нейролингвистическом программировании – блок информации.

гия, связанная с личностными расстройствами.

Вместе с тем существуют также достаточно универсальные особенности метапрограммного профиля, свойственные подросткам-суицидентам вне зависимости от диагноза пограничного расстройства. Среди них наибольшей значимостью обладают полярная сортировка, ассоциированное эмоциональное состояние, обусловленная самооценка, в меньшей степени: сценарное мышление с худшим случаем, избегание в качестве направления мотивации, искренний и безыскусный стиль социальной презентации.

Очевидно, что данные особенности достаточно неспецифичны и распространены при практически любом проблемном состоянии, не обязательно спровоцировавшем суицидальное поведение. Однако это не противоречит тому, что данные особенности восприятия, мышления и реагирования требуют психотерапевтического вмешательства. При разработке дифференцированных программ реабилитации не могут быть проигнорированы своеобразие когнитивной сферы подростков и различные механизмы совершения попытки суицида. Вместе с тем наше исследование показывает, что практически все подростки, совершившие суицидальную попытку, обладают схожими когнитивными уязвимостями, что может быть полезно при оценке динамики и эффективности групповой психотерапии.

На основе полученных результатов нами были разработаны дифференцированные программы реабилитации подростков-суицидентов в рамках психотерапевтического комплекса с учетом актуальных для той или иной группы когнитивных искажений и метапрограмм.

Программы реабилитации подростков-суицидентов включали в себя индивидуальные и групповые методы психотерапии. В рамках индивидуальной работы с каждым подростком обсуждались личные цели, определялись основные стратегии решения проблем, обнаруживались психотерапевтические мишени для будущей работы. Особое внимание уделялось объяснению возможностей коррекции когнитивных стратегий, обсуждались обнаруженные когнитивные искажения. В ходе индивидуальных занятий с помощью методов когнитивно-поведенческой терапии и нейролингвистического программирования удавалось существенно снизить актуальность переживаемого конфликта, в некоторых случаях полностью дезактуализировать проблемное состояние, сформировать положительный настрой на дальнейшую работу.

Подростки с совершенной суицидальной попыткой после индивидуальной работы включались в психотерапевтическую группу. Из 41 человека в групповой работе приняли участие 26 человек. Среди членов группы, помимо подростков с совершенной суицидальной попыткой, также присутствовали подростки с кризисными ситуациями, не предпринявшие суицидальной попытки. Общее количество участников групповых занятий составило 63 человека. Количество членов группы составляло от 8 до 15 человек в различное время. Занятия в группе носили различную направленность: во-первых, значительная часть времени посвящалась обсуждению кризисных ситуаций членов группы и путей преодоления их, во-вторых, групповая работа имела коммуникативную направленность, и, в-третьих, осуществлялась психокоррекционная работа, связанная с изменением когнитивных стратегий. В групповой работе использовались методы и принципы гуманистической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии и нейролингвистического программирования. Групповая работа показывала более высокую эффективность в рамках преодоления кризисных ситуаций, нежели индивидуальные методы работы.

Поскольку анализ метапрограммного профиля каждого подростка дает возможности нахождения мишеней для психотерапии и позволяет применять дифференцированный подход, психокоррекционный аспект проводимой психотерапевтической работы заключался в том, что различные техники и упражнения, предлагае-

мые участникам группы, включали в себя использования более широкого динамического диапазона тех или иных метапрограмм. Например, техника «хорошо сформулированного результата» включала в себя метапрограммы направления мотивации, сценарного мышления, размера чанка, волевого выбора при адаптации; техники присоединения — метапрограммы стиля коммуникации; техника визуально-кинестетической диссоциации — метапрограммы перцептивных категорий, эмоционального состояния, эмоционального совладания; гуманистические принципы групповой работы — метапрограммы самооценки и уверенности в себе, стиля коммуникации, перцептивных категорий, волевого выбора при адаптации и т. д. Выполняя данные техники и упражнения и обсуждая полученные результаты, подростки учились использовать более широкие и разнообразные стили мышления, волевого выбора, эмоционального реагирования, коммуникации, концептуализации.

Следует отметить, что используемые техники имели различное значение для подростков с различными стратегиями кризисного реагирования. Подростки, обнаруживавшие те или иные ведущие метапрограммы, сталкивались с трудностями при выполнении упражнений и техник, которые включали не характерные для них метапрограммы. В ходе групповой работы, обратной связи после выполнения данных техник удавалось обратить внимание на непривычные для них стили мышления, реагирования, обсудить в группе, каким образом данные стили могут быть полезны в жизненных ситуациях, что способствовало принятию новых когнитивных стратегий. Таким образом, удавалось достичь дифференцированного подхода к различным кризисным стратегиям в рамках групповой психотерапевтической работы.

В ходе групповой работы оказывалось положительное терапевтическое влияние на различные внутриличностные факторы суицидального поведения [13]: особенности когнитивной сферы, дефицит коммуникативных навыков, сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам, неадекватную самооценку. Таким образом, программы психотерапии носили широкую антисуицидальную направленность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. Диагностика и профилактика суицидального поведения детей и подростков: метод. Рекомендации. — М., 1983. — 18 с.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996 — Т. 6, № 4. — С. 14-20.
3. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. — М.: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. — 164 с.
4. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство, - М.: Вильямс, 2006. — 400 с.
5. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. — М.: Миклош, 2007. — 280 с.
6. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков с различными типами депрессий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984.
7. Ефремов В.С. Основы суицидологии. — СПб.: Диалект, 2004 — 480 с.
8. Кривулин Е.Н., Кривулина О.Е. Социально-демографическая и клинико-психологическая характеристика лиц детско-подросткового возраста с завершёнными суицидами и суицидальным поведением // Тюменский медицинский журнал, 2014, № 1 — С. 6-8.
9. Мазаева Н.А. Суицидальная активность подростков (по данным зарубежных публикаций) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина, 2016, № 1. — С. 11-19.
10. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал, 2010, № 4. — С. 55-63.
11. Саркиапоне М., Положий Б.С. Суициды у детей и подростков // Российский психиатрический журнал, 2014, № 3. — С. 52-56.
12. Семке В.Я. Психологический конфликт в генезе пограничных состояний //

Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2009, № 4 (55) – С. 7-8.

13. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М: Когито-Центр, 2005. – 376 с.

14. Хмелева Ю.Б. Реабилитация детей и подростков, совершивших суицидальную попытку в рамках «острой реакции на стресс» // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2006. Приложение (41) – С. 296-297.

15. Холл М., Боденхаммер Б. 51 метапрограмма НЛП. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 347 с.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Vrono E.M. Diagnostika i profilaktika suici-dal'nogo povedenija detej i podrostkov: metod. Rekomendacii. – M., 1983. – 18 s.

2. Ambrumova A.G. Psihologija samoubijstva // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1996 – Т. 6, № 4. – С. 14-20.

3. Ambrumova A.G., Borodin S.V., Mihlin A.S. Preduprezhdenie samoubijstv. – M.: Izd-vo Akademii MVD SSSR, 1980. – 164 s.

4. Bek Dzh. Kognitivnaja terapija. Polnoe rukovodstvo, - M.: Vil'jams, 2006. – 400 s.

5. Vojceh V.F. Klinicheskaja suicidologija. – M.: Miklosh, 2007. – 280 s.

6. Vrono E.M. Osobennosti suicidal'nogo povedenija detej i podrostkov s razlichnymi tipami depressij: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 1984.

7. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb.: Dialekt, 2004 – 480 s.

8. Krivulin E.N., Krivulina O.E. Social'no-demograficheskaja i kliniko-psihologicheskaja harakteristika lic detsko-podrostkovogo voz-rasta s zavershennymi suicidami i suicidal'nym povedeniem // Tjumenskij medicinskij zhurnal, 2014, № 1 – С. 6-8.

9. Mazaeva N.A. Suicidal'naja aktivnost' podrostkov (po dannym za-rubezhnyh publikacij) // Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina, 2016, № 1. – С. 11-19.

10. Polozhij B.S. Integrativnaja model' suicidal'nogo povedenija // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal, 2010, № 4. – С. 55-63.

11. Sarkiapone M., Polozhij B.S. Suicidy u detej i podrostkov // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal, 2014, № 3. – С. 52-56.

12. Semke V.Ja. Psihologicheskij konflikt v geneze pograničnyh so-stojanij // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii, 2009, № 4 (55) – С. 7-8.

13. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija. – M: Kogito-Centr, 2005. – 376 с.

14. Hmeleva Ju.B. Reabilitacija detej i podrostkov, sovershivshih suicidal'nuju popytku v ramkah «ostroj reakcii na stress» // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii, 2006. Prilozhenie (41) – С. 296-297.

15. Holl M., Bodenhamer B. 51 metaprogramma NLP. – SPb.: Prajm-Evroznak, 2007. – 347 с.

D.Y. Kolomytsev, Y.V. Drozdovsky

THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROGRAMS OF REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS WHO HAVE COMMITTED SUICIDE

Omsk state medical university (Omsk)

Summary. Intrapersonal factors for suicidal behavior (cognitive distortions, meta-programs) in adolescents with borderline mental disorders was studied. On the basis of the results differentiated rehabilitation psychotherapeutic programs were developed.

Keywords: suicide, adolescent, metaprograms, cognitive distortions, psychotherapy, borderline mental disorders.

О.И. Ефимова, А.А. Ощепков*

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
СОЦИАЛЬНЫХ УСТАНОВОК И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ
НОРМАТИВНЫХ И ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ³**

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва); ФБГОУ
ВПО «Дмитровградский инженерно-технологический институт — филиал
ФГАОУ ВПО «НИЯУ «Московский инженерно-физический институт»*
(Дмитровград).**

Резюме. В статье поднимается актуальная проблема девиантного поведения в подростковой среде. С этой целью в работе исследуются особенности ценностных ориентаций и социальных установок у нормативных и девиантных подростков. Эмпирическое исследование проведено с использованием психологических тестов ценностей, семантического дифференциала и склонности к отклоняющемуся поведению, а обработка и интерпретация результатов проводится на основе сравнительного анализа с применением статистического критерия.

Ключевые слова: личность подростка, подростковый возраст, девиантное поведение, ценностные ориентации, социальные установки, семантический дифференциал.

Введение. Подростковый возраст является переходным периодом развития человека, наполненным множеством противоречий, возрастных конфликтов, преломлением в самосознании. В этот период складывается своеобразное отношение между ребенком и средой, так называемая социальная ситуация развития, обуславливающая динамику психического развития в подростковом возрасте [3]. В рамках подросткового возраста перестраиваются отношения ребенка к миру и к себе, развивается процесс самосознания и самоопределения [4]. Однако формирование психики подростка связано с множеством проблем, в числе которых — проявление различных форм девиантного поведения. Девиантные проявления выражаются не только во внешней, поведенческой стороне; к развитию девиантного поведения ведет деформация ценностно-нормативных представлений, то есть система внутренней регуляции. Среди девиантных проявлений выделяется так называемый докриминогенный уровень, когда подросток еще не стал субъектом преступления и его девиации проявляются на уровне мелких нарушений правил поведения, в употреблении алкогольных, наркотических средств, разрушающих психику. Заметное неблагополучие у девиантных подростков выявляется в системе межличностных отношений в семье, в школе, на улице [2]. Все это свидетельствует о том, что девиантное поведение является результатом неблагоприятного социального развития, нарушений социализации, возникающих на разных возрастных этапах. Нарушения внешних социальных связей тесно связано с деформацией внутренней поведенческой регуляции — ценностных ориентаций и социальных установок.

Явление социальной установки остается в центре внимания психологии не один год, хотя этот интерес постоянно колеблется — то возрастая, то убывая. Возможной причиной такого положения дел является сама природа феномена социальной установки (его способность проявляться в самых различных сферах

³Статья подготовлена в рамках Гранта РГНФ № 17-06-00814/17.

психической организации человека), так и закономерности развития психологии как науки. Сегодня наряду с дифференциацией психологического знания, происходит и систематизация психологических идей на философском уровне, что ведет к переосмыслению наработанного материала [5]. По проблеме установки написано огромное количество работ, проведено множество эмпирических исследований — от глобальных исследований Ховланда в Йельском исследовательском центре [12] до изучения религиозных фанатиков Фестингером [11]. Известны работы по проблеме установки Г. Олпорта [10], М. Рокича [13] и многих других. П.Н. Шихирев предрекает социальной установке роль центрального объекта в будущих психологических исследованиях [9]. Не вдаваясь в анализ работ по изучению феномена социальной установки, хотелось бы акцентировать внимание на самых важных с точки зрения понимания аттитюда. Прежде всего, поворотным пунктом в понимании аттитюда с позиций социальной психологии является предложение конструкции аттитюда У. Томасом и Ф. Знанецким как «ценность»+«отношение к ценности». У. Томас и Ф. Знанецкий определили аттитюд как «психологический процесс, рассматриваемый в отношении к социальному миру и взятый прежде всего в связи с социальными ценностями» [9, с. 100]. В свое время А.Г. Асмоловым было замечено, что социальная установка «обусловлена пониманием ценности как социального объекта, имеющего значение для индивида» [1, с. 145], или, иначе, социальная установка описывает взаимодействие индивида и общества, в котором общество представлено социальной ценностью, а индивид — отношением к этой ценности.

Данная позиция для нас существенна и позволяет, во-первых, рассматривать вопрос о двойственности природы социальной установки — со стороны окружающего мира и со стороны индивида и, во-вторых, вопрос об отношении к ценностям общества, которое в каждом конкретном случае обосновано потребностями индивида. В этом смысле двойственность природы социальной установки позволяет ей быть регулятором социального поведения и деятельности индивида в обществе. На этой основе нами была выдвинута гипотеза о взаимосвязи системы социальных установок и ценностных ориентаций подростков как основы регуляции их поведения, влияющей на проявление тех или иных форм поведения, в т. ч. и девиантных.

Учитывая вышесказанное, перед нашим исследованием были поставлены следующие задачи:

- 1) изучение значения социальных ценностей у девиантных и нормативных подростков;
- 2) исследование количественных оценок системы социальных установок подростков с девиантным поведением и подростков без девиаций в поведении;
- 3) выявление взаимосвязей систем социальных установок и ценностных ориентаций подростков;
- 4) анализ различий ценностных ориентаций личности и социальных установок подростков без отклонений в поведении и подростков с отклоняющимся поведением.

Методика. Эмпирическая часть исследования выполнена на базе средней школы № 2, средней школы № 6 и педагогического лицея № 25 г. Димитровграда Ульяновской области. В качестве респондентов выступали школьники 9-х классов, 15–16 лет, всего 119 человек.

В исследовании использовался метод семантического дифференциала Ч. Осгуда, направленный на выявление количественных оценок социальных установок личности [6]; ценностный опросник С. Шварца, ориентированный на измерение мотивационных доменов, определяющих наиболее значимые ценностные ориентиры жизнедеятельности человека [7]. Также была использована ме-

тодика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) (автор — А.Н. Орел), являющаяся стандартизированным тест-опросником [8].

Обсуждение результатов/ С целью анализа систем ценностей подростков с отклоняющимся поведением и подростков без отклонений нами было проведено сравнение среднегрупповых значений ценностей с использованием статистического t-критерия Стьюдента. При этом особое внимание уделялось значимым различиям ценностей в изучаемых группах подростков. В результате, были обнаружены статистически значимые различия значений ценностей: Достижения ($t_{эмп}=2,0212$ при $p \leq 0,05$), Стимуляция ($t_{эмп}=2,0643$ при $p \leq 0,05$), Безопасность ($t_{эмп}=1,9815$ при $p \leq 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1.

Сравнение среднегрупповых значений ценностей подростков с отклоняющимся поведением и подростков без отклонений в поведении

№ п/п	Ценности	Среднегрупповые значения		$t_{эмп}$
		нормативные	девиантные	
1.	Наслаждение	8,5500	8,2857	0,3259
2.	Достижения	23,5500	26,7710	2,0212*
3.	Социальная власть	15,5500	16,4290	0,2902
4.	Самоопределение	29,8500	28,2860	1,0293
5.	Стимуляция	14,0500	15,9430	2,0643*
6.	Конформизм	16,4000	16,1430	0,2247
7.	Социальность	35,5000	34,0000	0,7101
8.	Безопасность	31,4810	27,6230	1,9815*
9.	Зрелость	32,7500	32,0000	0,4992
10.	Поддержка традиций	17,4000	17,0000	0,2690
11.	Социальная культура	25,7500	24,4290	0,6285
12.	Духовность	21,5000	21,0000	0,3406

*значимые различия при $p \leq 0,05$

Более высокие оценки ценности достижения девиантными подростками свидетельствуют о большей ориентированности на социальное признание, стремление к обладанию материальными благами, в то время как для нормативных подростков данная ценность связана с успешностью своей деятельности, выражаемой повышением личностной компетентности. Высокие оценки значимости стимуляции для девиантных подростков связаны со стремлением к острым ощущениям, поиском приключений, риска. В то же время значение ценности безопасности для девиантных подростков менее высокое по сравнению с нормативными подростками, что характеризует девиантных подростков как менее ответственных, заслуживающих доверия, и в то же время девиантные подростки меньше испытывают чувство принадлежности, заботы окружающих.

Дальнейший наш анализ был посвящен сравнению среднегрупповых значений социальных установок подростков с отклоняющимся поведением и подростков без отклонений в поведении с использованием статистического t-критерия Стьюдента. С использованием метода семантического дифференциала Ч. Осгуда измерялись социальные установки подростков на соответствующие типологии С. Шварца ценности. В результате такого анализа были выявлены статистически значимые различия среди изучаемых групп подростков в социальных установках на стимуляцию ($t_{эмп}=2,0089$ при $p \leq 0,05$), социальную справедливость ($t_{эмп}=2,1487$ при $p \leq 0,05$), поддержку традиций ($t_{эмп}=1,9878$ при $p \leq 0,05$).

Сравнение среднегрупповых значений социальных установок подростков с отклоняющимся поведением и подростков без отклонений в поведении

№ п/п	Социальные установки на	Среднегрупповые значения		t _{мп}
		нормативные	девиантные	
1.	Наслаждение	20,5000	20,8571	0,0675
2.	Достижения	25,4000	25,7143	0,1284
3.	Социальную власть	12,8500	18,7143	1,0069
4.	Самоопределение	22,1500	22,8571	0,1767
5.	Стимуляцию	21,8520	11,6571	2,0089*
6.	Самоограничение	8,4000	12,7143	0,7812
7.	Социальную справедливость	17,4561	25,8571	2,1487*
8.	Безопасность	21,6000	23,1429	0,3165
9.	Зрелость	13,2000	11,5714	0,3088
10.	Поддержку традиций	20,9760	14,2857	1,9878*
11.	Социальную культуру	21,1500	21,5714	0,1018
12.	Духовность	24,0500	22,5714	0,4156

*значимые различия при $p \leq 0,05$

Данные различия свидетельствуют о том, что девиантные подростки имеют меньшую установку на социальную справедливость, что выражается в их отклонении от искренних, честных отношений. Также в своих отношениях с друзьями девиантным подросткам присуща меньшая установка на преданность, приверженность группе. С другой стороны, более сильная установка у девиантных подростков на поддержку традиций говорит о том, что они продолжают почитать своих родителей, старших людей, высказывая почитание к традициям. Стоит особо отметить установку девиантных подростков на стимуляцию, выражающую стремление к острым ощущениям, риску, что реализуется в поведении, наполненном изменениями.

Выводы.

1. Социальная установка выражает определенное отношение индивида к ценностям общества. Для девиантных подростков это означает особое преломление общественных ценностей в сознании, выражающееся затем в определенной направленности поведения.

2. Девиантные подростки придают большее значение ценностям достижения и стимуляции и меньшее значение ценности безопасности. Возможно, это объясняется стремлением к достижению материальной обеспеченности, уважения со стороны окружающих, поиску удовольствий, острых ощущений, в то время как чувство принадлежности, близости с окружающими у них занижено. Система социальных установок девиантных подростков демонстрирует их низкую установку на социальную справедливость, в то время как поддержка традиций для них является значимой.

3. Особенно стоит обратить внимание на ценности стимуляции. Высокая значимость ценности стимуляции соответствует у девиантных подростков высокой установке на стимуляцию. Таким образом, высокая значимость стимуляции встречается с положительным к ней отношением, что, соответственно, выражается в поведении. Такое положение ценности и установки, возможно, является отличительной особенностью личности и поведения девиантных подростков, означающая их стремление к острым ощущениям, риску, поиску приключений и положительное отношение к этому, что, в свою очередь, детерминирует проявление девиаций в поведении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г., Ковальчук М.А. О соотношении понятия социальная установка в общей и социальной психологии // Теоретические и методологические

проблемы социальной психологии. М.: Наука, 1977.

2. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М.: РИЦ Консорциума «Социальное здоровье России», 1994.

3. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.

4. Выготский Л.С. Проблемы возрастной периодизации детского развития // Вопросы психологии. 1972. № 2. С. 114–123.

5. Девяткин А.А. Явление социальной установки в психологии XX века: монография. Калининград: Калинингр. ун-т, 2000.

6. Серкин В.П. Семантические дифференциалы // Методы психосемантики. М.: АспектПресс, 2004. С. 80–95.

7. Шапарь В.Б. Практическая психология. Инструментарий. Ростов н/Д.: Феникс, 2005.

8. Шапарь В.Б. Практическая психология. Психодиагностика групп и коллективов. Ростов н/Д.: Феникс, 2006.

9. Шихирев П.Н. Современная социальная психология. М.: ИП РАН, 2000.

REFERENCES

1. Asmolov A.G., Kovalchuk M.A. On the relationship between the concept of social orientation in general and social psychology. Theoretical and methodological problems of social psychology. Moscow, 1977.

2. Belicheva S.A. Fundamentals of preventive psychology. Moscow, 1994.

3. Bozhovich LI Personality and its formation in childhood. Moscow, 1968

4. Vygotsky L.S. Problems of the age periodization of child development. *Questions of psychology*. 1972. No. 2. Pp. 114-123.

5. Devyatkin A.A. The phenomenon of social orientation in psychology of the XX century: monograph. Kaliningrad, 2000.

6. Serkin V.P. Semantic differentials. Methods of psychosemantics. Moscow, 2004. Pp. 80-95.

7. Shapar V.B. Practical psychology. Tools. Rostov on Don, 2005.

8. Shapar V.B. Practical psychology. Psychodiagnostics of groups and collectives. Rostov on Don, 2006.

9. Shikhirev P.N. Modern social psychology. Moscow, 2000.

10. Allport G.W. Attitudes. Handbook of Social Psychology. Worcester: Clark University Press, 1935. Pp. 798–884.

11. Festinger L.A theory of cognitive dissonance. Stanford, 1957.

12. Hovland C.I., Sherif M. Judgmental phenomena and scales of attitude measurement: item displacement in Thurstone scales. *Journal of abnormal and social psychology*. 1952. No. 47. P. 822–832.

13. Rokeach M. Beliefs, attitudes, and values. San Francisco, 1968.

O.I. Efimova, A.A. Oshchepkov*

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RESEARCH SOCIAL ATTITUDES AND VALUE ORIENTATIONS OF NORMATIVE AND DEVIANT ADOLESCENTS⁴

The Centre for Protection of Rights of Children, (Moscow); The Dimitrovgrad engineering-technological Institute — branch of National research nuclear university «Moscow engineering-physical Institute»* (Dimitrovgrad)

Summary. In the article the topical problem of deviant behavior in adolescent's environment is considered. With this aim the features of values orientations and social attitudes by deviant and normative adolescents are studied in the work. The empirical study is conducted with the use of psychological testing of values, semantic differential and proneness to deviant behavior, and processing and interpretation of the results are conducted on the basis of comparative analysis with the use of statistical criterion.

Keywords: personality of adolescent, adolescence, deviant behavior, values orientations, social attitudes, semantic differential.

⁴The article is supported by the grant of RGSF, project N 17-06-00814/17.

М.Р. Мирошкина, Е.Б. Евладова, Е.Г. Артамонова*
ЦИФРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ В РАКУРСЕ ЭПОХ
И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ⁵

ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования»; ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»* (Москва).

Резюме. В статье представлены краткие результаты комплексного междисциплинарного исследования. В основе исследования — сопоставление фундаментальных характеристик разных поколений постсоветского пространства и обоснование особенностей их образовательных взаимодействий. Акцент сделан на базовых характеристиках современных подростков эпохи «цифрового поколения».

Ключевые слова: образовательная среда, подростки, теория поколений, цифровое поколение, онлайн-среда, комплексное междисциплинарное исследование.

В 2015-2017 гг. группой исследователей под руководством М.Р. Мирошкиной реализуется комплексное междисциплинарное исследование по теме: «Цифровое поколение. Портрет в контексте образования». Одна из задач исследования — изучение фундаментальных характеристик постсоветских поколений участников образовательных отношений второго десятилетия XXI века в образовательных организациях разного уровня образования; выявление противоречий, возникающих между участниками образовательных отношений — представителями разных поколений; выработка теоретических оснований и практических рекомендаций для их преодоления в педагогической практике.

В исследовании приняли участие 16 103 респондента из Забайкальского края, Самарской и Московской областей, среди которых: 3 227 чел. — родители, имеющие детей в возрасте от 13 до 17 лет, 11 177 чел. — учащиеся 8-11 классов, 2 993 чел. — учителя. 2 093 чел. из числа опрошенных проживают в крупных городах — региональных центрах (13% участников опроса), 6 119 чел. — в малых городах и районных центрах (38%), 7 890 чел. — в селах и деревнях (49%), что соответственно распределяется следующим образом: 811 чел. — представители поколения «бейби-бумеров» («ВВ»), 4 314 — поколение «Х», 10 703 чел. — поколение «Y», 301 чел. — поколение «Z» [1-3, 5-9].

Каждое поколение привносит в образовательные отношения ценности, традиции, опыт и практики, приобретенные в детстве, присвоенные и укрепленные в прожитой социальной, частной и профессиональной жизни, и закономерно рассматривать характеристики поколений сквозь призму образования.

Что наиболее характерно для разных поколений, и каковы особенности их образовательных взаимодействий? Результаты исследования подтверждают, что ключевая отличительная характеристика состоит в том, что субъекты современного образовательного процесса в школе исторически ориентированы на разные источники информации. Кратко можно отметить следующие аспекты.

Для представителей поколения «ВВ» основным источником информации и основным средством обучения являются печатные издания — книги, журналы, газеты. Они читают, делают заметки, выписывают цитаты. Поэтому, для учителя из поколения «ВВ» главное, чтобы обучающийся записался в библиотеку, взял и прочитал книгу, которую ему порекомендовал учитель, и по конспекту рассказал о прочитанном.

Поколение «Х» в школах — это учителя среднего и предпенсионного возраста,

⁵Статья подготовлена в рамках проекта «Цифровое поколение. Портрет в контексте образования» при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) №15-06-10018/17.

бабушки и дедушки учащихся начальной школы, родители старшекласников и выпускников. Эти люди любят учиться сами. Представители этого поколения сами освоили Интернет, но чаще, чем «Google», они используют поисковую систему «Slide Shear». Если им нужно что-то изучить, они заходят в «Slide Shear», находят презентации по этой теме, а потом, последовательно проходя по ссылкам, находят информацию во всем Интернете. Эти особенности они переносят на стиль преподавания. Им важно, чтобы учащиеся сами могли добывать информацию. Они стремятся дать ребятам как можно больше литературы для прочтения, разнообразные файлы, библиотеки. Для них важно, чтобы эта информация была жестко структурирована.

Представители поколения «Y» — молодые учителя, родители дошкольников, старшекласники. Они выросли на Шреке, Гарри Поттере, на компьютерных играх. Они общаются в социальных сетях, и привычки у них крайне похожи. Эти люди связаны друг с другом в сетях, «законнотченны», поэтому для поиска необходимой информации, они «пойдут» по ссылкам своих друзей. Для них очень важна сеть. Обеспечить сетевое взаимодействие — значит добиться успеха. Это определяет многие педагогические действия, которыми уже активно пользуются учителя из поколений «X» и «Y».

«Y» завязаны на одобрении, привыкли быть поощряемыми. Для педагогов это означает, что они постоянно должны давать обучающимся обратную связь, отвечая на вопросы: «А что я получу?», «А как у меня идет эта тема?», «А что будет дальше?».

Обучение в школе младших представителей поколения «Y» проходит под знаком Федерального Закона «Об Образовании в Российской Федерации». реформ, экспериментов перехода на ФГОСы, новых моделей управления образованием. В этих документах ставится задача «научить ребенка учиться» Их еще не научили. Все, что им нужно от обучения, — это удовольствие. Это игры, бродилки, стрелялки. У них на интернет-странице должен быть страшный аватар: у мальчиков — страшные девочки, у девочек — страшные звери. Для этих ребят нужно создавать мотивацию, необходимо создавать привлекательную образовательную среду (как реальную, так и виртуальную).

Поколение «Z» — дошкольники, младшие школьники, среднее звено — 5-7-й классы. Эти дети с садика с нетбуками, с первого класса — участники групп в социальных сетях.

Закономерно, что в подростковом возрасте среди основных новообразований личности особо значимы: становление нравственного сознания, самосознания, самоотношения [1]. Это время интенсивного формирования мировоззрения, системы оценочных суждений, нравственной сферы личности растущего человека. В преобладающей степени эти процессы обусловлены как внутрисемейной, так и социальной ситуацией развития (причем не только ближайшего социального окружения подростка, но и глобальной социокультурной ситуацией развития общества в целом), а также геополитической ситуацией в стране. Сегодня наиболее характеризует современных подростков в системе образовательных отношений, влияет на их личностное становление, увлекает, но при этом может стать и угрозой — онлайн-среда, «цифровое» пространство, всеобъемлющий мир Интернета [8, 9].

Результаты мониторинга московского информационно-образовательного пространства, проведенные еще в 2013 г., позволили сделать вывод о том, что к сегодняшнему дню практически сформирована иная жизненная среда человечества — цифровое биосоциальное пространство, когда виртуальное пространство есть продолжение физического и социального. Сегодняшние дети — это цифровые дети.

Современное интернет-поколение можно охарактеризовать как **глобальных детей**, у которых неограниченные возможности получения и переработки информации, знаний. При этом благодаря открытой и всеобъемлющей информации в Интернете дети стали практически независимы от взрослых в получении интересующих их сведений и знаний. Для этих ребят уже сегодня необходимо создавать

привлекательную образовательную среду (реальную, виртуальную, дополненную). Эту тенденцию подтверждает в своем интервью изданию «Власть Денег» американский физик японского происхождения Митио Каку — один из самых умных людей Нью-Йорка по версии газеты The New York Times. Он предполагает, что в сфере обучения в ближайшие годы произойдут глобальные изменения: «...Учеба уже не будет базироваться на запоминании. Люди станут образовывать сами себя, причем реально осознавая, какие именно знания им нужны. Будут активно развиваться детские образовательные сервисы.

В ближайшие 10-15 лет возможности того, что сейчас называют внесистемным образованием, станут безграничны. В частности, будет такой сервис, как педагогика онлайн. Причем онлайн — это не значит, что все сидят перед компьютерами и глядят в мониторы: меняется сама среда, в которой люди живут, и интерфейсы, которые с ними взаимодействуют. Города будущего, наполненные информационно-коммуникационными решениями, станут сами по себе активными участниками новой образовательной среды. В частности, станут предлагаться большие игры для детей, которые будут проходить в реальных городских или специально подготовленных пространствах. Учебники научатся начинать искусственным интеллектом, и они смогут подбирать образовательные материалы — фото, тексты, видео, задания, схемы под потребности каждого конкретного ученика вне зависимости от того, сколько ему лет, — шесть или шестьдесят. Таких разработок очень много, они постепенно внедряются» [4].

Обучение современных поколений проходит под знаком новых ФГОСов, новых моделей управления образованием. Решается задача «научить современного ребенка учиться». Научить, понимая, кто он, современный ребенок. И кто есть педагог. В какой реальности он сформировался, какие ценности несет, какую информацию ему необходимо получать для эффективного взаимодействия с глобальными детьми из нового цифрового биосоциального пространства. На поиск этих ответов и закономерностей было направлено междисциплинарного исследования «Цифровое поколение. Портрет в контексте образования».

Но какие бы эпохи ни приходили, школа, являясь образовательной средой и основным институтом социализации подростка, продолжает и должна играть системообразующую роль в процессе личностного становления и самоопределения, ориентированного на самого ученика, его референтную группу, педагогический коллектив и родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артамонова Е.Г. Психологический портрет цифрового поколения России в системе образовательных отношений // Электронный журнал «Профилактика зависимостей». 2017. № 1. URL: <http://профилактика-зависимостей.рф> (Дата обращения: 15.11.2017).
2. Евладова Е.Б., Мирошкина М.Р. Самоорганизация детей и подростков в контексте социокультурной модернизации образования // Социальная педагогика в России. 2016. № 1. С. 19-26.
3. Евладова Е.Б. Дети и взрослые: взгляд друг на друга (первые результаты социологического исследования) // Электронный журнал «Общество. Культура. Наука. Образование», 2016. Вып. 4. URL: http://www.moocv.ru/static.php?mode=page_535 (Дата обращения: 15.11.2017).
4. Каку М. Учеба уже не будет базироваться на запоминании // Интервью изданию «Власть Денег». URL: <http://www.vospitaj.com/blog/mitio-kaku-uchjoba-uzhe-ne-budet-bazirovatsya-na-zapominanii/> (Дата обращения: 15.11.2017)
5. Мирошкина М.Р. Вызовы и противоречия современной педагогики // Актуальные проблемы образования и науки: традиции и перспективы. М., 2016. С.298-302.
6. Мирошкина М.Р., Евладова Е.Б., Куракин А.В. Портрет современных родителей в контексте теории поколений (родители Забайкалья о себе, своих детях и

образовании) // Образование личности. 2016, № 4. С.90-97.

7. «Цифровое поколение» и педагогические реалии современной России // Научно-практическая интернет-конференция с международным участием (Москва, ноябрь-декабрь 2016 г.) / Под ред. М.Р. Мирошкиной, Е.Б. Евладовой, С.В. Лобынцевой. М.: ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО», 2017.

REFERENCES

1. Artamonova E.G. Psihologicheskij portret cifrovogo pokolenija Rossii v sisteme obrazovatel'nyh otnoshenij // Jelektronnyj zhurnal «Profilaktika zavisimostej». 2017. № 1. URL: <http://profilaktika-zavisimostej.rf> (Data obrashhenija: 15.11.2017).

2. Evladova E..B., Miroshkina M.R. Samoorganizacija detej i podrostkov v kontekste sociokul'turnoj modernizacii obrazovanija // Social'naja pedagogika v Rossii. 2016. № 1. S. 19-26.

3. Evladova E.B. Deti i vzroslye: vzgljad drug na druga (pervye rezul'taty sociologicheskogo issledovanija) // Jelektronnyj zhurnal «Obshhestvo. Kul'tura. Nauka. Obrazovanie», 2016. Vyp. 4. URL: http://www.moocv.ru/static.php?mode=page_535 (Data obrashhenija: 15.11.2017).

4. Kaku M. Ucheba uzhe ne budet bazirovat'sja na zapominanii // Interv'ju izdaniju «Vlast' Deneg». URL: <http://http://www.vospitaj.com/blog/mitio-kaku-uchjoba-uzhe-ne-budet-bazirovatsya-na-zapominanii/> (Data obrashhenija: 15.11.2017)

5. Miroshkina M.R. Vyzovy i protivorechija sovremennoj pedagogiki // Aktual'nye problemy obrazovanija i nauki: tradicii i perspektivy. M., 2016. S.298-302.

6. Miroshkina M.R., Evladova E.B., Kurakin A.V. Portret sovremennyh roditel'ej v kontekste teorii pokolenij (roditeli Zabajkal'ja o sebe, svoih detjah i obrazovanii) // Obrazovanie lichnosti. 2016, № 4. S.90-97.

7. «Цифровое поколение» и педагогические реалии современной России // Научно-практическая интернет-конференция с международным участием (Москва, ноябрь-декабрь 2016 г.) / Под ред. М.Р. Мирошкиной, Е.Б. Евладовой, С.В. Лобынцевой. М.: ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО», 2017.

8. Artamonova E.G., Efimova O.I., Khydyrova A.V. Psychologist in the educational system: his role in the prevention of addiction and deviance // International journal of environmental & science education. 2016. Vol.11. Issue 17. Pp. 9891–9901. DOI: 10.12973/ijese.2016.322a.

9. Kalinina N.V., Salakhova V.B., Artamonova E.G., Efimova O.I., Kalinin I.V. Psychological prevention mechanisms of minors' deviant behavior // Eurasian Journal of Analytical Chemistry. ISSN: 1306-3057. 2017 12(1):1-22. DOI 10.12973/ejac.2017.00200a

M.R. Miroshkina, E.B. Evladova, E.G. Artamonova*

DIGITAL GENERATION IN THE EDUCATION ANALYSIS⁶

Institute of Study of Childhood, Family and Education of the Russian Academy of Education», Centre for Protection of Rights and Interests of Children* (Moscow).

Summary. The article presents brief results of an integrated interdisciplinary study. The study is based on a comparison of the fundamental characteristics of different generations of post-Soviet space and the rationale for the features of their educational interactions. The emphasis is on the basic characteristics of modern teenagers of the «digital generation» era.

Keywords: the educational environment, adolescents, the theory of generations, the digital generation, the online environment, a comprehensive interdisciplinary study.

⁶This article was prepared within the project "Digital generation. Portrait in the context of education" with the support of the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), No. 15-06-10018 / 17.

В.Ю. Климович, Е.А. Скрипкина

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ МИШЕНЕЙ (НАПРАВЛЕНИЙ)
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, НАПРАВЛЕННОЙ
НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРАКТИК ДЛЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ
НА ОСНОВЕ УКРЕПЛЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ
И ПОВЫШЕНИЯ СТАТУСА СЕМЬИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ РАЗЛИЧНЫМИ
РЕГИОНАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ¹**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава РФ», ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва).

Резюме. В статье представлен анализ эффективных практик профилактики аддикций для детей и родителей на основе укрепления семейных ценностей, а также применяемых в профилактической работе наглядно-методических средств обучения и пособий реализуемых образовательными организациями регионов Российской Федерации.

Ключевые слова: девиантное поведение, профилактика аддикций, наглядные пособия.

Общепризнанным сегодня является понимание семьи как фундаментального онтологического основания нормального развития и полноценной жизни ребенка, основы его безопасности, места, где формируется базисное доверие ребенка к людям, к миру, к самому себе, где происходит процесс первичной социализации. Между тем сегодня происходит катастрофическая деформация института семьи, ее ценностей и даже форм. Стерт и практически утрачен идеал семьи, исчезли многие прошлые семейные ценности, налицо отсутствие прочной смысловой и даже духовной связи между поколениями. В такие переходные моменты становится особенно актуальным поиск ценностных оснований собственно человеческого образа жизни, а потому приоритетной задачей российского общества и системы образования, в частности, становится формирование у подрастающего поколения семейных ориентиров и укрепление института семьи в целом.

Психолого-педагогические знания и опыт, традиции, которые хранит традиционная семейная культура, могут стать фундаментом современной воспитательной практики. Причем актуальными оказываются не собственно этнографические составляющие традиционной культуры, но и те психологические и антропологические смыслы, на которые она опирается. Утрата этих смыслов сегодня приводит к серьезным социокультурным последствиям, прежде всего в области социализации и инкультурации детей.

Кроме того, с самых первых лет жизни у детей должны быть сформированы важнейшие представления о мире, обществе и самом себе в виде идеалов или «идеальной нормы». Впоследствии именно эта «идеальная норма» удерживает че-

¹ Публикация подготовлена в рамках государственного задания Минобрнауки России ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» на 2017 год, №27.9196.2017/5.1.

ловека от саморазрушения, от различного рода нарушений ее. Отклонения от нормы носит название девиацией. Девиантное поведение рождает аддикции как некий уход от искаженной нормы в мир ирреальности и иллюзий. И уберечь ребенка от появлений в его жизни различного рода аддикций также может помочь семья с ее «правильными» нормами и ценностями.

В связи с этим становится очевидным необходимость проведения профилактической работы с целью возрождения семейного воспитания, повышения воспитательного статуса семьи, пропаганды и возрождения семейных традиций, традиций духовно-нравственного воспитания, повышения грамотности родителей в вопросах профилактики аддиктивного поведения на основе укрепления традиционных семейных ценностей. И главным предназначением профилактических мер становится развитие личности в процессе воспитания, создание возможностей для творчества, воспитание у подрастающего поколения навыков здорового образа жизни.

Первичная профилактика аддиктивного поведения несовершеннолетних требует комплексного подхода, поэтому наряду с вовлечением родителей в профилактические программы, оказанием им помощи в определении семейных воспитательных ресурсов, связанных с ребенком, формировании у них представлений об организации семейного досуга и совместного творчества, необходима также и работа с детьми с целью воспитания ответственности, чувства гордости за свою семью, навыков бесконфликтного общения в семье, преодоления семейных трудностей, планирования будущих собственных семейных отношений.

Поскольку семейная работа является ведущим звеном в системе профилактических мероприятий, становится ясным, что в связи с этим необходимо обеспечить родителям информационное пространство, необходимое для профилактического воздействия на детей. И здесь важная роль отводится наглядным средствам обучения. Наглядные средства помогают представить предмет обсуждения, структурируют и эмоционально сопровождают пояснения учителя (психолога), способствуют оптимизации всего учебно-воспитательного процесса в целом. Внимательное и ответственное отношение к использованию наглядных средств обучения в проведении профилактической мероприятий является актуальной задачей при повышении воспитательного воздействия на целевую аудиторию. Во много характер используемых наглядных средств обучения, качество их исполнения, содержащийся в них информационный потенциал, возможности их разнообразного применения в работе с группой будут не только способствовать повышению эффективности проводимой работы, но и явятся своеобразным маркером, позволяющим оценить эту самую эффективность, результативность и превентивный потенциал любого профилактического мероприятия.

Таким образом, проведя анализ реализуемых в различных регионах нашей страны практик, основанных на использовании воспитательного потенциала семьи, укрепления традиционных семейных ценностей, профилактики нарушения семейных отношений, а также проанализировав применяемые в профилактической работе наглядно-методические средства обучения и пособия по этой проблеме, возможно не только проследить реализацию основных принципов профилактической работы с семьей на практике, но и выявить ключевые проблемы (своего рода мишени), определяющие направленность работы по профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних на современном этапе, а также существующие потребности в наглядно-методическом обеспечении и соответствующей профессиональной подготовки педагогов и других специалистов, занимающихся профилактической работой с детьми и их родителями.

Такая работа была проделана специалистами ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей». В связи с актуальностью возрождения семейного воспитания, воспитательных семейных традиций был проведен мониторинг по исследованию состояния работы по профилактике аддиктивного поведения среди обучающихся и их родителей (иных законных представителей) на основе укрепления семейных ценностей и повышения статуса семьи, наличия наглядно-методических материалов и пособий по этой проблеме.

В рамках этого исследования под профилактической работой с семьей понималась работа, нацеленная на:

- активизацию воспитательного потенциала семьи через осмысление ее ценностей и традиций;
- формирование позитивного образа семьи;
- пропаганду духовно-нравственных семейных традиций;
- формирование у обучающихся установки на здоровый образ жизни и безопасное поведение в рамках общепринятых в российском обществе морально-нравственных норм и правил.

Одной из характеристик эффективности проведения данной работы явилось наличие пособий (учебных пособий, методических материалов, программ, изданных в виде брошюр и др.) и наглядно-методических материалов (методических пособий с наглядным компонентом; плакатов; видеофильмов; интерактивных моделей, пособий на электронных носителях; комбинированных наглядных пособий, включающих методические и наглядные материалы на разных носителях; раздаточного материала в виде анкет, опросников, карточек, содержащих задания как в виде рисунков, схем, графиков, так и в виде текстов).

В исследовании участвовали 85 регионов РФ.

Вопрос о предоставлении необходимых для исследования сведений решился следующим образом:

Сведения из регионов	Кол-во регионов
Сведения не были предоставлены	1 (1,2 %)
Профилактическая работа в этом направлении не велась, наглядно-методических материалов и пособий не разрабатывалось	14 (16,5%)
Предоставленные сведения не соответствуют тематики вопросов мониторинга	50 (58,8%)
Сведения о проводимой профилактической работе предоставлены	20 (23,5%)
Всего регионов	85 (100%)

Результаты представленных для анализа наглядно-методических материалов и пособий были следующие:

Сведения	Кол-во регионов
Наличие профилактических программ, наглядно-методических материалов, пособий	5 (25 %)
Наличие более одного пособия	8 (40%)
Наличие одного пособия	6 (30%)
Проведение профилактических мероприятий (фестивалей, праздников, слетов), без создания наглядно-методических материалов, пособий	1 (5%)
Всего регионов	20 (100%)

Проведенный анализ основных направлений, форм и методов профилактической работы с целевыми группами родителей, детей и подростков, а также с семьями в различных регионах РФ показал следующее:

Основными направлениями работы по профилактике аддиктивного поведения среди детей, подростков и молодежи и их родителей (иных законных представителей) на основе укрепления семейных ценностей и повышения статуса семьи являются:

- Проведение мониторинга наркоситуации с анализом эффективности проведенных профилактических мероприятий, что позволяет определять стратегию и приоритетные направления политики округа в области противодействия распространению наркомании, в том числе антинаркотической профилактической работы среди несовершеннолетних..

- Реализация профилактических программ, программ по формированию основ ЗОЖ, проектов и мероприятий для различных целевых групп на базах образовательных, досуговых, культурных учреждений, учреждений социального обслуживания семьи и детей.

- Организация волонтерских детских и молодежных общественных объединений, участвующих в том числе и в добровольческих проектах, направленных на пропаганду здорового образа жизни, профилактику алкоголизма, наркомании и табакокурения в подростковой и молодежной среде.

- Привлечение к мероприятиям по антинаркотической профилактике общественных объединений различной направленности.

- Работа с неблагополучными семьями как фактором риска возникновения и развития аддиктивных форм поведения у воспитывающихся в них детей и подростков..

- Публикация информационных материалов профилактической тематики в средствах массовой информации регионального и местного уровня, в том числе телевизионных и радио-эфирах, в печатных изданиях, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

- Реализация программ, направленных на укрепление семейных традиций и ценностей, создание благоприятной семейной среды, профилактику деструктивных внутрисемейных отношений и воспитание ЗОЖ через привлечение к этой работе родителей.

- Обучение и повышение квалификации специалистов, работающих в области профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних.

- Проведение профилактической работы в городских и загородных оздоровительных лагерях.

- Проведение социально-психологического тестирования обучающихся, направленного на выявление уровня напряженности наркологической ситуации в учреждениях и организациях, подведомственных Министерству образования и науки.

- Создание условий для организации досуговой занятости населения и творческой самореализации личности, духовно-нравственное воспитание подрастающего поколения на основе лучших образцов мировой и отечественной культуры, демонстрация преимуществ ЗОЖ.

К наиболее распространенным формам и методам работы по профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних можно отнести следующие:

- классные часы, беседы, лекции, тематические занятия, тренинги с обучающимися в образовательных организациях;

- тематические родительские собрания и беседы;
- викторины для различных возрастных групп детей и подростков;
- творческие конкурсы антинаркотической направленности;
- конференции, в том числе для родителей и специалистов;
- организация лекториев и круглых столов для несовершеннолетних и их родителей;
- социально-педагогические профилактические проекты;
- городские профилактические акции;
- конкурсы социальной рекламы;
- циклы театрализованных игровых и интерактивных программ;
- выставки;
- творческие мастерские;
- Экскурсии;
- постановки антинаркотических спектаклей;
- спортивные мероприятия с участием детей и родителей;
- единые дни профилактики и профилактические мероприятия антинаркотической направленности;
- мероприятия в рамках Всероссийского Интернет-урока антинаркотической направленности «Имею право знать!».

Наглядность, используемая в работе по профилактике аддиктивного поведения среди детей, подростков и молодежи и их родителей (иных законных представителей) на основе укрепления семейных ценностей и повышения статуса семьи, представлена в основном следующими видами:

- видеоролики социальной рекламы;
- анимационные видеоролики по вопросам ЗОЖ для детей;
- печатные информационные материалы (буклеты, памятки, брошюры) для целевых групп подростков, молодежи и родителей;
- сборники, буклеты по профилактике аддиктивного поведения среди обучающихся образовательных организаций для работников системы образования.

Среди программ отдельных регионов РФ, ориентированных на проведение профилактической работы с различными целевыми группами и доступных для анализа, наибольший интерес в плане соответствия основным принципам построения профилактических программ явились следующие:

- *Республика Марий Эл:*

• **Программа по формированию семейных ценностей «У самовара».** Авторский коллектив под руководством Е.В. Звездина (зам. по воспитательной работе ГКУ РМЭ «Волжский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»), 2014 г.

• **Программа «Ладонь в ладони».** Развитие родственных связей сиблингов в условиях содействия семейному устройству детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Авторский коллектив под руководством Е.В. Звездина, 2014 г.

• **Программа «Родословная»** по формированию и коррекции родственных взаимоотношений детей-сиблингов. Авторский коллектив под руководством О.Н. Бирюкова (зам. по воспитательной работе ГБУ РМЭ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Журавушка»), 2016 г.

- *Приморский край:*

• **Программа «Семейные ценности»** по формированию психологической готовности быть востребованными в семье и обществе, формированию ответствен-

ности, чувства гордости и уважения за свою семью. Автор Тестина И.А., 2015 г.

• **Программа «Воспитание семейных ценностей»** по формированию культуры семейных отношений, убеждения о важности семьи и семейных традиций в жизни человека. Автор И.А. Тестина, 2015 г.

- *Владимировская область:*

• **Программа «Основы семейной жизни»** посвящена основам знаний о брачно-семейных отношениях; по формированию у юношей и девушек идеала семьи, потребности в ее создании, умению выстраивать внутрисемейные отношения и растить будущих детей. Авторы Л.В. Панфилова, Т.О. Шумилина – Владимир, ГАОУ ДПО ВО ВИРО, 2015 г.

- *Ивановская область:*

• **Программа «Нравственные основы семейной жизни. 10-11 классы».** Методические рекомендации для педагогов и хрестоматия в электронном формате, расположенная в свободном доступе в сети «Интернет». Авторы Иеромонах Макарий (Маркиш), председатель комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства Иваново-Вознесенской епархии, М.Т. Полывянная (зав. кафедрой педагогики и психологии ОГАУ ДПО «Институт развития образования Ивановской области»), 2014 г.

- *Тульская область:*

• **Программа «Основы семейной жизни».** В рамках проекта данной программы разработано пособие под редакцией Н.В. Брызжевой, составитель Л.В. Заика, Тула: ГОУ ДПО ТО «ИПК и ППРО ТО». 2015 г. Пособие размещено на сайте ГОУ ДПО ТО «ИПК и ППРО ТО».

- *Ямало-Ненецкий автономный округ:*

• **Программа «Возрождение семейных традиций – средство снижения уровня социального сиротства»** посвящена укреплению и сохранению семьи, знакомству детей и их родителей с народными традициями, сохранению семейных традиций и т. д. Разработчики М.А. Митрофанова, С.В. Лапенко, ГКУ ЯНАО «СРЦН «Гармония» в МО г. Ноябрьск», 2011 г.

• **Программа по развитию толерантности во внутрисемейных отношениях** нацелена на укрепление института семьи, сохранение духовно-нравственных семейных традиций. Авторы - специалисты центра диагностики и консультирования муниципального учреждения «Управление образования Администрации г. Лабытнанги», 2008 г.

В отдельных регионах РФ заслуживают внимания издаваемые печатные материалы по рассматриваемой проблеме, ориентированные также на детско-подростковую, молодежную и родительскую аудиторию. Так, например, во *Владимировской области* издается общественно-воспитательный журнал для формирования семейных ценностей «**Родительское сердце**». Он содержит статьи, посвященные актуальным вопросам и проблемам воспитания. Коллектив авторов под ред. Е.И. Ариной. Также в регионе выпущен сборник статей и методических разработок по проблемам семейной педагогики и психологии отношений в семье «**Женщины старшего поколения - проводники семейных ценностей и воспитатели подрастающих поколений**», Владимир, 2016 г. Коллектив авторов под ред. Е.Ю. Рогачевой.

В *Ямало-Ненецком автономном округе* изданы буклеты, посвященные ответственному отношению к выполнению родительских обязанностей:

• «**Моя семья - моя крепость**», автор А.А. Озерова, ГКУ ЯНАО «СРЦН «Гармония» в МО г. Ноябрьск», 2015 г.;

• **«Роль отца в жизни ребенка»**, автор Т.С., Калиевский ГКУ ЯНАО «СРЦН «Гармония» в МО г. Ноябрьск», 2016 г.;

• **«Воспитывая детей, начинайте с себя»**, автор Г.Р. Биктимирова, ГКУ ЯНАО «СРЦН «Гармония» в МО г. Ноябрьск», 2014 г.;

• **«Счастье приходит в дом, где слышен детский смех»**, автор Т.В. Беляева, ГКУ ЯНАО «СРЦН «Гармония» в МО г. Ноябрьск», 2016 г.

Проведенный анализ реализуемых в различных регионах нашей страны практик, основанных на использовании воспитательного потенциала семьи, укреплении традиционных семейных ценностей, профилактики нарушения семейных отношений, а также применяемых в профилактической работе наглядно-методических средств обучения и пособий по этой проблеме показывает, что последние годы ознаменовались новыми тенденциями в области антинаркотической профилактики, появлением инновационных подходов к этой проблеме, перераспределением ресурсов в пользу позитивной профилактики,

Однако, в качестве существенных недостатков комплексной профилактической работы можно отметить:

- отсутствие комплексных программ, рассчитанных на все целевые аудитории (педагогов, родителей, обучающихся разных уровней риска и разных образовательных потребностей), которые обеспечивали бы непрерывность и преемственность антинаркотической работы во всех возрастных группах;

- недостаточную финансовую поддержку реализуемых программ и мероприятий;

- недостаточность кадрового обеспечения;

- малую вовлеченность в антинаркотическую работу семьи и родителей;

- недооценку воспитательного потенциала семьи со стороны учреждений, участвующих в составлении программ антинаркотической профилактики;

- - акцент при работе с семьей и родителями делается, прежде всего, на работу с неблагополучными семьями и семьями с детьми из «группы риска», в том числе уже имеющих зависимость или опыт употребления наркотических веществ;

Что же касается проблем в вопросе обеспечения профилактической работы наглядно-методическими средствами обучения и пособиями, то здесь также следует отметить не только отсутствие качественных, соответствующих современному состоянию проблемы наглядно-методических материалов, предназначенных для проведения мероприятий профилактической направленности, но и дефицит наглядно-методического обеспечения уже реализуемых профилактических программ и проектов. В отсутствие необходимого методического инструментария специалисты, участвующие в реализации этих программ, не имеют возможности подготовить мероприятия на высоком профессиональном уровне, сделать их интересными и значимыми для родителей и детско-подростковой и молодежной аудитории.

Таким образом, все вышесказанное позволяет уверенно заявлять, что в целях повышения качества и эффективности работы, направленной на предотвращение формирования аддиктивного поведения несовершеннолетних на основе укрепления семейных ценностей и повышения статуса семьи, необходимо принимать во внимание не только создание комплексной системы профилактики, отвечающей всем основным требованиям сегодняшней действительности, но и обращать существенно внимание на подготовку наглядно-методического ее обеспечения. В связи с этим представляется актуальным создание наглядно-методических материалов по основным темам профилактической работы, включающей занятия с детьми и их родителями. Такие материалы должны обеспечивать поддержку системы занятий по гармонизации и оздоровлению семейных и детско-родительских отноше-

ний, укреплению внутрисемейных связей, повышению родительской грамотности в вопросах эффективного взаимодействия с ребенком, воспитания успешной личности, Они должны носить универсальный характер и включать как необходимый методический материал, так и визуальный ряд, которые могут быть использованы при подготовке собственных региональных программ с учетом специфики местных условий и особенностей проявлений наркомании в данном регионе; авторских моделей проведения профилактической работы. Использование таких наглядно-методических материалов способно в значительной степени повысить уровень проведения профилактической работы в регионах, облегчить создание профилактических программ и индивидуальных моделей, позволит проводить мероприятия в различных формах на высоком профессиональном уровне с учетом потребностей разных целевых групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатников А.Н. Здоровый образ жизни как профилактика формирования аддиктивного поведения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014. №1 (14). С. 92-99.

2. Габер И.В., Зарецкий В.В. Методические рекомендации по организации и проведению Всероссийского открытого интернет-урока, приуроченного к Всемирному дню борьбы со СПИДом // Профилактика зависимостей: электр. учеб.-метод. журнал. 2016. № 1. С. 58–94.

3. Ерхова Н.В., Скрипкина Е.А. Наглядно-методические материалы для профилактики аддикций на уровне средней школы. Обзор зарубежного опыта // Профилактика зависимостей. 2016. № 4. С. 62–74.

4. Зарецкий В.В. Оценка программ профилактики злоупотребления психоактивных веществ на основе их стандартизации (регламентации) // Профилактика зависимостей. 2015. №1. С. 62–105.

5. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Психическое здоровье: нормативное и аддиктивное поведение // Профилактика зависимостей. 2015. № 1. С. 1–14.

6. Рябцев, В.К., Ряшина, В.В. Разработка культурно-образовательного проекта как технология развития детско-взрослой событийной образовательной общности: метод. реком. // Профилактика зависимостей: электр. учеб.-метод. журнал. 2015. № 2. С. 1–78.

7. Скрипкина Е.А., Ерхова Н.В. Модели профилактики употребления психоактивных веществ: исторический обзор и вектор разработки наглядно-методических материалов // Профилактика зависимостей. 2016. № 4. С. 75–79.

8. Скрипкина Е.А. Обзор наглядно-методических материалов по работе с обучающимися и родителями, направленных на формирование здорового и безопасного образа жизни, профилактику аддиктивного поведения // Профилактика зависимостей. 2017. № 3. С. 382–402.

REFERENCES

1. Bulatnikov A.N. Zdorovyj obraz zhizni kak profilaktika formirovaniya addiktivnogo povedeniya // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2014. №1 (14). S. 92-99.

2. Gaber I.V., Zareckij V.V. Metodicheskie rekomendacii po organizacii i provedeniju Vserossijskogo otkrytogo internet-uroka, priurochennogo k Vsemirnomu dnyu bor'by so SPIDom // Profilaktika zavisimostej: jelektr. ucheb.-metod. zhurnal. 2016. № 1. S. 58–94.

3. Erhova N.V., Skripkina E.A. Nagljadno-metodicheskie materialy dlja profilaktiki addikcij na urovne srednej shkoly. Obzor zarubezhnogo opyta // Profilaktika zavisimostej. 2016. № 4. С. 62–74.

mostej. 2016. № 4. S. 62–74.

4. Zareckij V.V. Ocenka programm profilaktiki zloupotreblenija psihoaktivnyh veshhestv na osnove ih standartizacii (reglamentacii) // Profilaktika zavisimostej. 2015. №1. S. 62–105.

5. Zareckij V.V., Bulatnikov A.N. Psihicheskoe zdorov'e: normativnoe i additivnoe povedenie // Profilaktika zavisimostej. 2015. № 1. S. 1–14.

6. Rjabcev, V.K., Rjashina, V.V. Razrabotka kul'turno-obrazovatel'nogo proekta kak tehnologija razvitija detsko-vzrosloj sobytijnoj obrazovatel'noj obshhnosti: metod. rekom. // Profilaktika zavisimostej: jelektr. ucheb.-metod. zhurnal. 2015. № 2. S. 1–78.

7. Skripkina E.A., Erhova N.V. Modeli profilaktiki upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv: istoricheskij obzor i vektor razrabotki nagljadno-metodicheskikh materialov // Profilaktika zavisimostej. 2016. № 4. S. 75–79.

8. Skripkina E.A. Obzor nagljadno-metodicheskikh materialov po rabote s obuchajushhimisja i roditeljami, napravlennyh na formirovanie zdorovogo i bezopasnogo obraza zhizni, profilaktiku addiktivnogo povedenija // Profilaktika zavisimostej. 2017. № 3. S. 382–402.

V.Y. Klimovich, E.A. Skripkina

**IDENTIFICATION OF THE MAIN TARGETS (DIRECTIONS)
OF PREVENTIVE WORK AIMED AT PREVENTING THE FORMATION
OF ADDICTIVE BEHAVIOR OF MINORS, BASED ON THE ANALYSIS
OF THE MOST EFFECTIVE PRACTICES FOR CHILDREN
AND PARENTS ON THE BASIS OF STRENGTHENING FAMILY
VALUES AND RAISING THE STATUS OF FAMILIES, IMPLEMENTED
BY VARIOUS REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION**

National Medical Research Center for Preventive Medicine» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Centre for Protection of Rights and Interests of Children» (Moscow)

Summary. The article presents an analysis of effective prevention practices for addictions for children and parents on the basis of strengthening family values, as well as visual and methodical teaching aids and benefits of the regions of the Russian Federation implemented by educational organizations used in preventive work.

Key words: deviant behavior, prevention of addictions, visual aids.

РОЛЬ ДИСФУНКЦИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ В РАЗВИТИИ СОЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКА

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный педагогический университет (Оренбург).

Резюме. Дисфункции границ Я систематизированы и представлены как когнитивно-аффективная система патологических механизмов искаженной коммуникации внутренней и внешней реальностей. Показана ведущая роль дисфункций границ в развитии и фиксации установки личности к созданию созависимых отношений: фрустрация, поиск аддитивных средств компенсации психологического дискомфорта, изменение порогов сенситивности к аддитивным агентам. Описаны отягощающие факторы этого процесса у подростков: стресс аккультурации, кризис идентичности, дезинтеграция личности, инфантилизм, девиантность как атрибутивный механизм подросткового социума, социальная эксклюзия.

Ключевые слова: созависимость, аддикции, психологические границы, подросток.

Границы Я, или Я-отграничение [20] – внешнее как гибкая коммуницирующая граница с окружающим миром и людьми и внутреннее как коммуницирующий барьер сознающего Я с его неосознаваемым и бессознательным материалом – может быть конструктивным, деструктивным или дефицитарным. Множество взрослых людей имеет опыт зависимости, аддикции, метафорически определяемой как рабство: некая непреодолимая, идущая извне сила требует тотального повиновения и получает его в форме добровольного подчинения. Созависимость (codependence) соотносится с аддикциями как одна из их форм или как их общий психологический фундамент и фон. Большинство специалистов в области наркологии и аддиктологии сходятся во мнении, что зависимости возникают преимущественно в детстве и юности и в основе их развития – преморбидные личностные особенности [3; 4; 7; 11; 23; 24]. Согласно статистике [15], в России на 100 тыс. представителей подростковой популяции в 2010 г. фиксировалось 102,8 лиц с химическими зависимостями, в 2014 г. – уже 169,7; с токсикоманией соответственно 109,5 в 2010 г. и 119,4 в 2014 г. Таким образом, проблема распространения аддикций продолжает обостряться.

Проблема исследования заключается в отсутствии научного анализа дисфункций границ Я личности и их роли в развитии созависимости как базальной предпосылки аддитивной идентичности и аддикций.

Цель исследования: систематизировать дисфункции границ Я личности и определить их роль в развитии созависимости у подростка.

Феномен психологических границ представлен в различных пространствах и терминах [3; 5; 7; 9; 10; 19; 20]: граница жизни и Я-чувства, контактная и энергетическая граница, граница Я и т. д. Ключевыми задачами границ называют избегание тревоги и других негативных эмоций или овладение ими; сохранение самоуважения; поддержание сильного, непротиворечивого, позитивного чувства Я; побуждение осваивать компенсаторные формы поведения; предотвращение доступа к своему Я; самоограничение и самодистанцирование; обеспечение автономности. Для решения этих задач человек формирует определенные субъективно комфортные паттерны поведения, каждый из которых содержит в себе мотивационный потенциал аддикций: релаксации, коммуникации, активации, гедонизма,

конформизма, манипуляций, компенсации.

Любое поведение, по мнению Т. Millon и R. Devis [23], определяется тремя биполярными параметрами: 1) удовольствие–боль: какие стимулы человек обучился искать или избегать; 2) Я–другие: где он старается их обнаружить; 3) активность–пассивность: как ведет себя в их отношении. Соответственно, дефицитарная личность не способна акцентуировать две стороны полярности названных параметров, несбалансированная – акцентуирует одну сторону, исключая другую, конфликтная – колеблется между полярностями и резко меняет свои оценки и стиль поведения. В. Сатир подчеркивает [17]: человеку как ненасытному существу всегда недостаточно любви и признания и в то же время – чувства достаточной защищенности и силы. Их восприятие как взаимоисключающих порождает внутренний конфликт, и в результате человек не может добиться ни того, ни другого.

Понятия аддиктивного поведения и компульсивности с их ненасытностью, автоматичностью и бесконечной повторяемостью Л. Вёрсмер [14, с. 69] считает синонимами. В качестве основного диагностического критерия всех «расстройств зависимого поведения» называется [11] наличие измененных состояний сознания в период реализации патологического влечения, сопоставимых с «особыми состояниями сознания» и «сумеречным расстройством». В трактовке R. DuPont [22] аддикция – сильнейшая влюбленность в состояние, связанное с употреблением наркотика и вознаграждением мозга. Сила последнего такова, что утрата этого состояния становится неприемлемой и аддикты пренебрегают риском.

Созависимость – чрезмерная поглощенность, озабоченность и эмоциональная, социальная, физическая зависимость от чего-то или кого-то внешнего и пренебрежение собой вплоть до полной потери Я; болезненная привязанность к отношениям с кем-либо и к проблемам, порождаемым этими отношениями, подчинение поведению другого и полная поглощенность контролем его действий [5; 10]. Одни авторы считают созависимость аддикцией отношений (в том числе любовную, сексуальную, избегания [3; 7]), рядоположенной с другими формами аддикций. «Трудоемкость» и энергозатратность созависимости объясняется ненадежностью и поверхностностью такого симбиоза, требующего постоянных усилий, особой тактики и стратегии поведения для его сохранения. Этим и объясняется известный факт частого развития других аддиктивных реализаций при выраженной созависимости.

Другие ученые (этой позиции придерживаемся и мы) говорят о созависимости как о патологическом развитии личности, чаще описываемым в терминах психологии, чем психиатрии, или некоем общем психологическом и духовном фундаменте и базальной предпосылке всех конкретных форм аддикций. В глубинном плане это некий внутренний дефицит, «опустошенное Я», «дыра в Я» [20] и стремление заместить эту «дыру» с помощью внешних агентов, видов активности или отношений. В поведенческом плане это попытки обрести уверенность в себе, осознать свою значимость, определить себя как личность, приводящие к фиксированной болезненной зависимости от компульсивных форм поведения и мнения других людей. Вне связи с диагнозом, если в ядре Я-образа пациента обнаруживается дефектное существо, нуждающееся в постоянно его любящем ком-то, – нам предстоит работать с аддиктом, пишет Г. Кристалл [14, с. 109]. По мнению Э. Гидденса [2, с. 108], другой или другие требуются созависимому для подтверждения смысла своей онтологической безопасности и определения своих же желаний: он не может почувствовать себя уверенным, не посвящая себя удовлетворению потребностей других. Связь, выступающая объектом пагубного пристрастия, яв-

ляется зафиксированной: люди в ней выстраивают свои жизни не вокруг пагубных пристрастий других, но ради самой связи, в том числе в форме взаимного антагонизма, от которого невозможно освободиться.

Вводя понятие аддиктивной идентичности, Н.В. Дмитриева и О.В. Дубровина [3] подчеркивают, что тенденция созависимых к эттечменту на аддиктивных агентах обнаруживается уже в раннем детско-подростковом возрасте и позднее усиливается. Исходный фактор развития созависимости – диффузная идентичность, обуславливающая сознательно-бессознательное стремление человека усилить свое эго за счет его объединения с эго другого, к которому и формируется созависимость. Здесь важен один из основных механизмов аддикции – перенос эмоционального отношения с живого объекта на неживой либо, наоборот, отношение к живому как к неживому. Вокруг эмоциональной фиксации на аддиктивном агенте выстраивается уже ложная аддиктивная идентичность, и по мере того, как она захватывает все большее пространство в ментальном поле, нарастает изоляция аддикта, его отчуждение становится все более тотальным, контакт с аутентичным self-ом утрачивается.

В анализе личностных особенностей аддиктов [3; 11; 13; и др.] обнаруживаются:

- В эмоциональной сфере: переживание беспомощности; обеднение эмоций; уязвимость, дефициты и дефекты в сфере аффективной регуляции (неспособность успокоить себя и контролировать импульсы); переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации из-за неспособности думать хорошо о себе и, следовательно, о других; чувство изоляции; глубинные стыд и чувство собственной неадекватности, страх быть отвергнутым.

- В сфере самоощущения: трудно вербализуемое чувство потерянности, расплывчатости границ Я, частая паника на фоне фрагментарности, обломков психического состояния; дереализационно-деперсонализационное состояние, обостряющееся в одиночестве и при незагруженности какими-либо делами; неспособность позаботиться о себе как фактор психологического дисбаланса; ощущение опустошенности или беспомощности при обрыве близкой связи.

- В сфере самосознания: неспособность видеть себя завершенной, уверенной в себе личностью и поддерживать высокую самооценку; снижение способности рассуждать; недоразвитость или неизвестность сердцевинной идентичности и поддержание ложной; замещение веры в себя или в других идеей контроля и заполнения своего мира с помощью аддикции: идеализация объектов, людей и поведения в символических целях и их компульсивное использование; метания между самопожертвованием и эгоцентризмом, между требующей и ожидающей позицией и презрительным отвержением помощи и отказом признать свою потребность.

- В области защит: доминанта саморазрушающих защит поврежденного и уязвимого Я (отказ от реальности, утверждение самодостаточности, агрессия и бравада); сильная функция заботы о себе как защиты от неукротимых иным способом внутренних сил; дефицит заботы, интегрированный с активной защитной функцией аддикции; нетерпимость критики или неодобрения со стороны; готовность выполнять унизительные или неприятные работы ради приобретения поддержки и любви окружающих.

Нарушение функций границ и их дисбаланс относительно внутренних и внешних импульсов – характерные черты личности созависимых. Согласно Н.М. Манухиной [10], отсутствие внутренних границ определяет бессознательное самопредъявление в роли либо Дитя, либо Родителя и отказ от роли Взрослого. Отсутствие и/или «размывание» межличностных границ приводит к неспособности

признать и отделить свое состояние от состояния партнера и к постоянным обвинениям в его адрес с резким переключением на самообвинение и/или на претензии в адрес третьих лиц или систем. Низкий уровень дифференциации Я и личностной идентификации обуславливает неспособность поддерживать адекватные границы общения и отсутствие ответственности за себя с переносом ее на заботу о других.

Нарушения границ психологических территорий партнеров – суть созависимых отношений, считает Е.В. Емельянова. Собственные границы всегда стремятся сохранить, защитить, отстоять, но любой способ созависимого строить отношения сводится к попыткам использовать партнера, чтобы заполнить пустующую оболочку своего Я, оккупируя чужую территорию, опустошая или подчиняя ее, лишая ее суверенитета [5]:

1. Отказ от собственного суверенитета и растворение своей психологической территории в территории партнера: он используется как материнская утроба – среда обитания, источник всего необходимого, способ выживать.

2. Поглощение территории партнера через лишение его суверенитета: ответственность за его жизнь полностью принимается на себя, его контролируют и им руководят так же, как это делают по отношению к ребенку.

3. Абсолютное владение и разрушение территории объекта любви: а) разрушение Я партнера и попытки заполнить его Я собственными представлениями о своем Идеальном Я; б) разрушение партнера и его использование для проверки собственной способности властвовать, контролировать, управлять не только поступками, но и чувствами.

4. Отражение в значимом Другом: партнер как «зеркало» должно вместо пустоты отражать Идеальное Я и сопровождать это отражение словами любви и действиями, доказывающими преданность.

Все описанные проявления личностной недостаточности аддиктов прямо или опосредованно сопрягаются с дисфункциональностью их психологических границ. Распространенность аддикций, приводит к мысли о том, что дисфункции границ Я человека имеют определенный витальный смысл:

- с точки зрения гомеостаза, адаптации - это прерывание усиления возбуждения до наступления того уровня, с которым человек совладать не может;
- в контексте гетеростаза – принципиальная сверхадаптивность и нормотворчество;

- в психологическом гомеорезе – самодетерминация системы, ориентированной, с одной стороны, на удержание своей целостности, с другой – на устойчивость процесса изменений (самоорганизации и самодезорганизации).

Любая из названных парадигм жизни личности основывается на выяснении отношений между внутренней и внешней реальностями, пределов вмешательства в них и их преобразований. Эти процессы реализуются через механизмы сознательного или неосознанного выстраивания, передвижения, разрушения, преодоления границ Я и не-Я в рамках их способностей [9; 10; 12; 19]: устанавливать и сохранять психологическую дистанцию; контролировать решения относительно правил, манипуляций, эксплуатации; служить мотивом преодоления самих себя или подавления активности интроецированными требованиями; передвигаться и изменяться в процессе взаимодействия с не-Я.

Границы Я изначально рассматривались в контексте степени доступности его оказываемым на него воздействиям. Э. Гидденс [2] считает определение личностных границ фундаментом неаддиктивных связей и фактором баланса открытости, уязвимости, доверия и власти в отношениях. С.К. Нартова-Бочавер [12] система-

тизирует функции границ: рождение субъектности через определение, что есть Я и не-Я; определение личной идентичности: кто Я? какой Я?; возможность и инструмент равноправного взаимодействия; возможность селекции внешних влияний; определение пределов личной ответственности.

Превращение границ в проблему кроется в их деформациях: в неадекватной дискретности, ригидности, жесткости, неселективности, чрезмерной толщине или тонкости, слабости, дефицитарности, поврежденности, закрытости, малоподвижности и т. д. Деформации границ, в свою очередь, обуславливают их дисфункции – патологические механизмы искаженной коммуникации Я и не-Я во внутреннем мире – и, как следствие, уязвимость в отношении социальных воздействий и притязаний или отсутствие внутренних сдерживающих начал перед внедрением в пространство Я другого человека.

Функции – и дисфункции – границ Я можно представить как когнитивно-аффективную систему взаимодействий Я и не-Я – уровневое образование, в котором каждый последующий уровень/функция надстраивается над предыдущим [24]:

- базальный уровень – дисфункции внутренних границ в отделении Я от не-Я и самоидентификации, тестировании реальности, определении отношения к социуму;
- производный уровень – нарушения отношений с не-Я во внешнем мире: дисфункции определения пределов личной ответственности, обеспечения контакта и равноправного взаимодействия.

Дисфункции границ могут быть локальными и тотальными, фрагментарными и взаимодействующими, генерализованными и ситуативными [19]. В настоящей работе мы ограничимся рассмотрением дисфункций границ базального уровня как составляющих развития созависимости.

Дисфункции психологических границ при созависимости

Функция	Дисфункция
<i>Отделение Я от не-Я</i>	
1. Определение места рождения субъектности: что есть Я и не-Я, где заканчивается Я и начинается кто-то другой, ощущение владения, переживание «мое–не мое» [13]: все в пределах границ является «моим», все вовне – вашим, не моим.	Слияние Я со Сверх-Я и с Оно, характерное для диффузной идентичности. Размытость границ «Я–Ты» и давление доминирующего Сверх-Я облегчает проекцию – выведение во внешний мир тех частей своей личности, с которыми я не желаю/не могу отождествить себя или которые не могу выразить. Стремление избавиться от субъективно безобразного, плохого, слабого, страшного внутреннего и включить в свою границу что-то извне образует метаболизм, ведущий к интроекции и «ложному Я». Таким образом, личность избегает оппозиции и конфликта между сознанием и бессознательным, Я и внешней реальностью, инстинктом и Сверх-Я. Представление себя большим или меньшим, чем есть на самом деле, позволяет игнорировать долг личной ответственности, боли и дискомфорта [24].
<i>Самоидентификация</i>	
2. Соединение индивидуального и социального, мироощущения личности и социальных стереотипов	Сдвиг границ Я и другого (социума) в ту или иную сторону: по Ф. Перлзу, природа невроза и преступления. И невротик, и преступник не способны четко отличать себя от мира, но первый не видит свои по-

через соотнесение личных интересов, ценностей, моделей поведения с интересами различных общностей.	требности и из-за этого не может их удовлетворять, все больше допуская посягательства общества, второй же не видит потребности других, пренебрегает ими и оказывается в остром конфликте с обществом. Нерешенность того, кому понравиться – себе или другим – образует невротический конфликт на почве интроецированного содержания («проглоченного, но не пережеванного куска»): не будучи осознано, оно не может быть ассимилировано и остается интактным [13]. МЫ заменяет Я, самовыражение затруднено.
Тестирование реальности	
3.Селекция внешних и внутренних влияний на основе способности человека разграничивать психические образы и внешние объекты и корректировать субъективные впечатления путем их сопоставления с внешними фактами. Человек получает возможность «подняться» над полем, быть проактивным, а не рабом своего прошлого опыта и/или актуальной ситуации.	Дисфункции отделения Я от не-Я и самоидентификации, стремление к созданию и поддержанию ложного Я определяют поверхностность и неселективность усвоения социальных норм, ценностей, требований и возможность функционировать только в рамках «дурной веры» и «мышления по желанию». Когниции и интерпретации аффективно окрашены, неадаптивны, иррациональны, ригидно повторяются, несмотря на их последовательную неэффективность для отношений. Догматические формулы, иллюзии и фантазмы становятся убежищем от неблагополучия в отношениях и страха их утраты, связанного с тревогой, виной, стыдом, гневом. Созависимый – создатель и в то же время пассивный участник мифа – надеется на чудо, на случай, «естественный ход жизни». Безопасность требует сохранения status quo, и потому возможные изменения нежелательны и ненормальны, а привычное, даже если это страдание, более ценно, чем неизвестное.
Определение отношения к социуму	
4.Поиск смысла обстоятельств, определяющего характер последующего действия или переживания человека. На границе «между» Я и не-Я разные горизонты смысла соединяются в событии, со-мышлении, сопонимании, со-творчестве. Противоречивость пограничья и сложный механизм смыслообразования допускают движение не только к ценностным смыслам, но и к «нулевой ценностной границе» [8].	Отношения к другому/другим эмоционально окрашены не столько настоящим взаимодействием с ними, сколько прошлым опытом взаимодействий и укладываются в иерархическую модель мировоззрения [17]. Здесь люди неравноценны, доминируют и подчиняются друг другу; их роли и статусы спутаны, предполагают превосходство и власть либо второстепенность, бессилие и покорность; имея власть друг над другом, они переживают чувства изоляции, страха, гнева, обиды, недоверия. Созависимые считают: люди рождаются потенциально порочными, нуждаются в подчинении; должны думать, чувствовать, представлять друг друга и жить согласно внешним нормам конкуренции, рассуждения, утешения и подражания; собственные и принадлежащие другим чувства и отличия обесцениваются и отрицаются.

Итак, дисфункция границ в отделении Я от не-Я искажает функцию самоидентификации, приводя к формированию ложного Я, с позиции которого уже

тестируется реальность и определяется отношение к социуму. Сужение автономии личности и «переполнение» Я внешними впечатлениями ведет к гиперадаптации к требованиям среды (реже) или к «бегству от реальности» (чаще).

Подростковый возраст в контексте жизненного пути можно назвать «пограничьем», в пространстве которого социализация и индивидуализация как способы бытия личности предельно обострены и энергетически заряжены. В процессах идентификации осознанно или неосознанно, вынужденно или добровольно подросток выбирает себе социальный нормативный веер, систему эталонов и социальную стратегию: от конформности до самоопределения. Индивидуализируясь, он защищает свою автономию от воздействия социума и поглощения им через механизмы отчуждения, обособления, интроверсирования, смысл которых [1] – в обесценивании круга сложившихся норм и социальных значений для создания новых связей, субъективно и социально значимых.

Структурирование и оформление личности подростка происходит на фоне дезинтеграции первичной психической структуры ребенка. Стремление преодолеть границы детства открывает путь к кризисам и внутренним конфликтам со своими же негативными эмоциями или чертами, с биологическим типом развития или с ограниченными способностями [21, с. 34]. Этот процесс разотождествления и самоотречения, переоценки ценностей и изменения целей жизни, связанных с рождением новой личности, делает подростка особенно уязвимым к патогенным внешним и внутренним факторам. Как специфические особенности его поведения отмечаются высокая аффективность, импульсивность реагирования, кратковременность реакций с критическим выходом, низкий уровень стимуляции, недифференцированная направленность реагирования и т. д. [1; 4; 6; 16].

Взросление требует выхода из сложившихся в детстве причинно-следственных связей, и подросток оказывается в индетерминированном пространстве. Преобразование своего Я и своего социального мира и их констелляция – главная, по нашему мнению, задача подросткового возраста. Несоответствие сложившейся к данному моменту идентичности изменившемуся контексту жизни обуславливает ее кризисные изменения, в том числе непродуктивные, приводящие к негативной дезинтеграции Я. Деструктивными характеристиками кризисов идентичности выступают [3]: резкое несоответствие образов актуального и идеального Я, импульсивность, агрессивность, заниженная самооценка, пассивность, нерешительность, неуверенность в себе, податливость, короткая проекция будущего, иллюзорность целей и проблематичность их достижения.

Девиантность – имманентная психологическая характеристика подросткового социума, доказывает Ю.А. Клейберг [6], атрибутивный механизм социализации и адаптации личности подростка, осуществляющийся как во внешнем, так и во внутреннем взаимодействии. По мнению А.Ю. Егорова и С.А. Игумнова [4], подростковый возраст – сам по себе фактор развития аддиктивного поведения в контексте характерных поведенческих реакций, особенно эмансипации как «отравления свободой», информационно-коммуникативного хобби и группирования. В то же время социальная эксклюзия играет ведущую роль в нарушении социальной идентичности и снижении ощущения контроля над социальной реальностью [18]. При невозможности разделения человеком групповых ценностей и удовлетворения базовых социальных потребностей в данной системе факт разрыва психологических и символических связей с системой может отрицаться, не осознаваться или намеренно вытесняться.

Бинарным стрессом, сочетающим стресс аккультурации подростка (утрата

культуры детства и дефицит культурных и психологических потенциалов, необходимых для овладения требованиями культуры взрослых) и социально-стрессовое состояние общества, Е.В. Руденский [16] объясняет феномены дефицитарной психокультурной деформации и декультурации личности. Именно у подростков их манифесты – социальные девиации, деструкции межличностных отношений, аддикции, экзистенциальная фрустрация и т. п. – особенно ярки. В.Д. Менделевич подчеркивает противоречивость основополагающих признаков и одновременно сущностных характеристик инфантилизма подростка как преморбида зависимости [11]. С позиции концепции зависимой личности здесь значима не обобщенная характеристика в форме акцентуации характера или личностного расстройства, а отдельные специфичные качества и черты портрета аддикта.

В проведенном под нашим руководством магистерском исследовании² выявлен ряд эмпирических фактов связи психофизического инфантилизма подростка с его склонностью к развитию аддиктивной идентичности:

- Практически одинаково часто подростки с ЗПР и их нормативно развивающиеся сверстники считают, что не переносят скуку (50.0% и 44.4% соответственно), что если чего-то сильно хочешь, не нужно откладывать выполнение желаний на потом (61.1%). При этом фраза о том, что каждый должен нести ответственность за свои поступки, кажется лишеной всякого смысла 38.8% подростков с ЗПР и 0.0% их сверстников.

- Значительно чаще подростки с ЗПР чувствуют, что мало влияют на происходящее с ними (44.4% против 27.7%), что им всегда удастся руководствоваться в жизни своими чувствами и желаниям (77.7% против 55.5%), и считают, что их желания должны удовлетворяться немедленно (44.4% против 22.2%). Игры или Интернет помогают изменить настроение 44.4% подросткам с ЗПР и 22.2% их нормативно развивающимся сверстникам, но позволяют избавиться от скуки в обратном соотношении – 50.0% и 72.2%. Бокал вина помогает расслабиться 33.3% и 38.8% подростков.

- Несформированность половины и более границ, дисфункции невпускающей и спокойно-нейтральной границ и несбалансированность системы границ в целом у подростков проявляются в созависимости, в невозможности противостоять внешним импульсам и воздействиям, депривированной суверенности психологического пространства и коррелируют с повышением склонности подростков с ЗПР к развитию аддиктивной идентичности.

Таким образом можно видеть, что инфантильные установки подростков относительно внешней и внутренней реальностей распространены и при нормативном, и при задержанном развитии, но во втором случае встречаются гораздо чаще. В то же время сам инфантилизм связан с дисфункциями отдельных психологических границ и их дисбалансом в целом.

Дисфункциональность границ Я, формирующаяся уже в детстве, определяет многообразные эффекты в развитии ложного Я и созависимости: снижение самодостаточности и аутентичности при дефиците самоидентификации, фрустрацию потребностей принятия, признания другими, уважения и самоуважения, порождающую психологический дискомфорт. Созависимость выступает ущербно-адаптивным способом избавления от внутреннего дискомфорта и адаптации к слишком сложным для подростка задачам развития.

² Ж.А. Бисингалиева. Роль деформаций психологических границ в формировании аддиктивной идентичности подростка с задержкой психического развития. Магистерская диссертация. Оренбург, ОГПУ, 2017.

Возвращаясь к цели нашего исследования систематизировать дисфункции границ Я личности и определить их роль в развитии созависимости у подростка на основании проведенного анализа мы приходим к следующим выводам:

1. Дисфункции границ Я представляют собой когнитивно-аффективную систему патологических механизмов искаженной коммуникации Я и не-Я, в которой первичные дисфункции базального уровня границ в соответствии с вектором «снизу вверх» и системными эффектами обуславливают дисфункции границ следующего уровня.

2. Дисфункции границ, фрустрируя личность, стимулируют ее к поиску аддиктивных средств компенсации психологического дискомфорта, в процессе аддиктивных реализаций изменяют пороги сенситивности к аддиктивным агентам, развивая и фиксируя таким образом установку личности на создание созависимых отношений с внутренней и внешней реальностью.

3. Ведущим фактором поиска, воплощения и самоподкрепления созависимых отношений и условием их возобновляемости, прочности и диффузии дисфункции системы границ выступают в подростковом возрасте в силу отягощенности процессов социализации и индивидуализации подростка стрессом аккультурации, кризисом идентичности и дезинтеграцией личности, инфантилизмом, девиантностью как атрибутивным механизмом подросткового социума и социальной эксклюзией.

Предложенные в статье анализ и выводы не «закрывают» заявленную в ее начале проблему, но стимулируют дальнейший научный поиск в вопросах когнитивно-аффективной регуляции подростком контактов с внешней и внутренней средой и в частности аффективной экспансии как регулятора границ Я и ее механизмов как факторов развития созависимости и ее реализации в аддиктивном поведении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Весна Е.Б. Психологические закономерности и механизмы процесса социализации-индивидуализации в онтогенезе: дис. ... д-ра психол. наук. - М., 1998. – 397 с.
2. Гидденс Э. Трансформация интимности. – СПб.: Питер, 2004. – 208 с.
3. Дмитриева Н.В., Дубровина О.В. Аддиктивная идентичность виртуально зависимой личности: монография. – Ишим: Изд-во ИГПИ им. Ершова, 2010. – 200 с.
4. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
5. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. – СПб.: Речь, 2008. – 368 с.
6. Клейберг Ю.А. Психологические основы девиантного поведения подростков: дис. ... д-ра психол. наук. – Тверь: Чу До, 1999. – 65 с.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. – СПб.: Питер, 2010. – 400 с.
8. Куликова Т.В. Философия границы: феноменологический и эпистемологический подходы: дис. ... д-ра философ. наук. - Нижний Новгород, 2011. – 334 с.
9. Леви Т.С. Диагностика психологической границы личности: качественный анализ // Вопросы психологии. – 2013. - № 5. – С.93-101.
10. Манухина Н.М. Созависимость глазами системного психотерапевта. – М.: Независимая фирма «Класс», 2009. – 280 с.
11. Менделевич В.Д. Концепция зависимой личности (психология и психопатология зависимого поведения) // Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2005. – С. 42-62.
12. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.

13. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра: Радость. Печаль. Хаос. Мудрость. – М. Психотерапия, 2007. – 224 с.
14. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. – М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 232 с.
15. Российский статистический ежегодник. 2015: статистический сборник. – М.: Росстат, 2015. – 725 с.
16. Руденский Е.В. Психология ненормативного развития личности. – Новосибирск: ГЦРО, 2000. – 180 с.
17. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: Речь, 2000. – 285 с.
18. Суворова И.Ю. Нарушение структуры социальной идентичности в результате социальной эксклюзии // Социальная психология и общество. – 2016. Т. 7. – № 4. – С. 34-50.
19. Шаповал И.А. Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5. – № 1. – С. 19–32. doi:10.17759/cpse.2016050102 (дата обращения: 12.07.2017).

REFERENCES

1. Vesna E.B. Psihologicheskie zakonomernosti i mehanizmy processa socializacii-individualizacii v ontogeneze: dis. ... d-ra psihol. nauk. - M., 1998. – 397 с.
2. Giddens Je. Transformacija intimnosti. – SPb.: Piter, 2004. – 208 s.
3. Dmitrieva N.V., Dubrovina O.V. Addiktivnaja identichnost' virtual'no zavisimoj lichnosti: monografija. – Ishim: Izd-vo IGPI im. Ershova, 2010. – 200 s.
4. Egorov A.Ju., Igumnov S.A. Rasstrojstva povedenija u podrostkov: kliniko-psihologicheskie aspekty. – SPb.: Rech', 2005. – 436 s.
5. Emel'janova E.V. Krizis v sozavisimyh otnoshenijah. Principy i algoritmy konsul'tirovanija. – SPb.: Rech', 2008. – 368 s.
6. Klejberg Ju.A. Psihologicheskie osnovy deviantnogo povedenija podrostkov: dis. ... d-ra psihol. nauk. – Tver': Chu Do, 1999. – 65 s.
7. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Lichnostnye rasstrojstva. – SPb.: Piter, 2010. – 400 s.
8. Kulikova T.V. Filosofija granicy: fenomenologicheskij i jepistemo-logicheskij podhody: dis. ... d-ra filosof. nauk. - Nizhnij Novgorod, 2011. –334 s.
9. Levi T.S. Diagnostika psihologicheskoy granicy lichnosti: kachestvennyj analiz // Voprosy psihologii. – 2013. - № 5. – S.93-101.
10. Manuhina N.M. Sozavisimost' glazami sistemnogo psihoterapevta. –M.: Nezavisimaja firma «Klass», 2009. – 280 s.
11. Mendelevich V.D. koncepcija zavisimoj lichnosti (psihologija i psihopatologija zavisimogo povedenija) // Rukovodstvo po addiktologii / Pod red. V.D. Mendelevicha. – SPb.: Rech', 2005. – S. 42-62.
12. Nartova-Bochaver S.K. Chelovek suverennyj: psihologicheskoe issle-dovanie sub#ekta v ego bytii. – SPb.: Piter, 2008. – 400 s.
13. Perlz F. Vnutri i vne pomojnogo vedra: Radost'. Pechal'. Haos. Mudrost'. – М. Psihoterapija, 2007. – 224 s.
14. Psihologija i lechenie zavisimogo povedenija / Pod red. S. Daulinga. – М.: Nezavisimaja firma «Klass», 2007. – 232 s.
15. Rossijskij statisticheskij ezhegodnik. 2015: statisticheskij sbornik. – М.: Ross-tat, 2015. – 725 s.
16. Rudenskij E.V. Psihologija nenormativnogo razvitija lichnosti. –Novosibirsk: GCRO, 2000. – 180 s.

17. Satir V. Psihoterapija sem'i. – SPb.: Rech', 2000. – 285 s.
18. Suvorova I.Ju. Naruszenie struktury social'noj identichnosti v rezul'tate social'noj jekskljuzii // Social'naja psihologija i obshhestvo. – 2016. T. 7. – № 4. – S. 34-50.
19. Shapoval I.A. Funkcii i disfunkcii granic Ja: jeffekty samoorganizacii i samo-dezorganizacii sistemy [Jelektronnyj resurs] // Kliniche-skaja i special'naja psihologija. – 2016. – T. 5. – № 1. – S. 19–32. doi:10.17759/cpse.2016050102 (data obrashhenija: 12.07.2017).
20. Ammon G. Handbuch der Dynamischen Psychiatric. Bd. 2. – Munchen, 1982.
21. Dąbrowski, Kazimierz. W poszukiwaniu zdrowia psychicznego / Przedm. Bogdan Suchodolski. – Warszawa : Państw. wydaw. nauk., 1989.
22. DuPont R. L. Addiction: a new paradigm // Bull. Menninger Clin, 1998. – V. 62, no 2, pp. 231-242.
23. Millon T. Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond. – NY: John Wiley & Sons, Inc., 1996. – 548 p.
24. Shapoval I.A. Co-dependence: the system of self-regulation of interactions in the social world // European Applied Sciences. ORT Publishing, Stuttgart, Germany. – 2013, no. 2 (Januari), pp. 159-162.

I.A. Shapoval

THE ROLE OF THE DYSFUNCTIONS OF PSYCHOLOGICAL BOUNDARIES IN THE DEVELOPMENT OF CODEPENDENCY IN TEENAGER

The Orenburg State Pedagogical University (Orenburg).

Summary. Dysfunction of the borders I systematized and presented as a cognitive-affective system of the pathological mechanisms of distorted communication internal and external realities. Shown the leading role of dysfunction of the boundaries in the development and fixation of the disposition of the personality to create co-dependent relationships: frustration, search of addictive means of compensation for psychological discomfort, changes in the thresholds of sensitivity to addictive agents. Described the aggravating factors of this process in teenagers: stress of acculturation, identity crisis, disintegration of personality, infantilism, deviance, as an attribute the mechanism of teenage society, social exclusion.

Keywords: codependency, addiction, psychological border, teenager.

О.Б. Левковская^{1,2}, Ю.С. Шевченко²

**ОПЫТ АНАЛИЗА ЕДИНИЧНЫХ ЭПИЗОДОВ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ
САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
(КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)³**

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой», ²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (Москва).

Резюме. Изучены мотивационные механизмы несуицидальных самоповреждений (НСП) на этапе единичных проб у девочек-подростков с позиции их защитно-приспособительного характера. Исследовали 110 случаев НСП в соответствии с критериями DSM-V у девочек-подростков (12-17 лет), госпитализированных в психиатрический стационар и наблюдавшихся амбулаторно. Из них единичные эпизоды НСП наблюдались в 12 случаях. Выделены следующие варианты единичных НСП: наивно-инфантильный, аффект-регулирующий (стрессорирующий), пробы как самонаказание. Описаны основные мотивы единичных эпизодов НСП, клинико-характерологические особенности пациенток и связанные с ними различия в мотивационных механизмах самоповреждений.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, несуицидальное самоповреждающее поведение, аутоагрессия, мотивационные механизмы, защитно-приспособительный характер, суицидальное поведение.

«Medicus curat, natura sanat (лат.).
Врач лечит, природа исцеляет» [9].

Понятие клиницизма, уходящее корнями в гиппократовскую медицину, подразумевает нахождение в клинической картине, в каждом клиническом случае *индивидуальной защитно-приспособительной работы природы* [2]. И.П. Павлов говорил о «*беспредельном приспособлении*» как об основном законе жизни [4]. Сохранились его высказывания о шизофрении как о «физиологической мере», что, по мнению И.В. Давыдовского подразумевает «очевидное приспособление к условиям, в которых заболевший находится» [4]. Сам Ипполит Васильевич писал о необходимости рассмотрения *принципиальных закономерностей*, а не тривиальных, по его мнению, и часто по сути бессодержательных «поражений» и «нарушений» даже в случае органических (паразитарных, травматических и т. д.) заболеваний нервной системы [4]. Он же говорил об *отборе*, осуществляемом организмом, *тех раздражителей*, которые имеют для него *биологическое значение* [4]. А.С. Тиганов, подчеркивает, что «единицей психопатологии» является синдром, стало быть отдельный симптом может представлять собой как донозологический феномен будущего расстройства, так и физиологическое проявление нормального адаптационного функционирования [18]. Г.Е. Сухарева и созданная ею школа детско-подростковой психиатрии традиционно рассматривают симптомы психических расстройств детей и подростков в соотношении «*симптома ущерба*» и «*симптома компенсации*». Груня Ефимовна не раз подчеркивала, что многие формы неправильного поведения ребенка, живущего в неблагоприятных условиях, представляют собой «*особые приспособительные механизмы к тяжелой ситуации*» [17]. В эволюционно-системном подходе получили свое последовательное развитие идеи П.К. Анохина [1], называвшего «императивным» (или системообразую-

³Начало. Окончание см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2018 (18), № 1.

щим фактором) в деятельности любой системы, *полезный приспособительный результат*. В.Б. Швырков предлагает изучать *любой поведенческий акт* как активное изменение соотношений организма со средой «для удовлетворения потребностей в тех или иных факторах среды», подчеркивая, что «...человек ничего не может сделать, не делая это вместе с тем ради какой-либо из своих потребностей» [19]. А.М. Вейн указывал на клинико-физиологический континуум, соединяющий крайние звенья цепи, между «функциональным» и «органическим» [3]. В.В. Ковалев и Ю.С. Шевченко проиллюстрировали этот подход психопатологической моделью проявлений невротического регистра у детей, выделив «чистые» неврозы, неврозы на резидуально-органическом фоне, неврозы на фоне текущего органического заболевания, первично-дизонтогенетические неврозоподобные расстройства, вторично-энцефалопатические (резидуально-органические) неврозоподобные состояния, неврозоподобные проявления текущего церебрально-органического заболевания [9]. Такой подход подводит к диалектическому решению вопроса о том, что лечить – болезнь или больного. В случаях донозологических или пограничных состояний для их купирования бывает достаточно направленной или даже случайной мобилизации внутренних сил организма или благоприятного изменения условий его существования («терапия среды», «терапия средой»). М.Е. Бурно, говоря об основах классической клинической психотерапии, разделяет «стихийную самопомощь Природы» и «направляемую психотерапевтом помощь». Из чего формулирует и главную задачу психотерапевта-клинициста: «Цель клинициста... не в том, чтобы устранить страдание, а в том, чтобы, рассматривая клиническую картину, почву, по возможности *понять, как защищается сама Природа и помочь ей...* отправляясь от клиники» [2]. Ю.С. Шевченко [5] подчеркивает, что, согласно основному постулату этологии, *любое поведение изначально несет защитный и/или приспособительный смысл*. Другое дело, что, опираясь на инстинктивные механизмы, заложенные на заре человечества, это поведение может выглядеть архаичным, неадекватным и неразумным с позиций современного взрослого индивида. Более того, благодаря положительному эмоциональному сопровождению любого врожденного поведения (реализуемого непосредственно, либо оживляемого идентичной «культурной» моделью), тот или иной поступок, во-первых, имеет тенденцию становиться с течением времени привычным (т.е. приобретшим качество индивидуальной потребности), а во-вторых, легко приобретает характер компенсаторного феномена. Последний же, в случае дефицита других источников удовольствия либо избытка отрицательных эмоций, склонен становиться гиперкомпенсаторным, а в последующем – условно или даже явно патологическим, как это было показано на примере трихотилломании и других патологических привычных действий [20].

Опираясь на перечисленную систему взглядов о самозащите организма и приспособительных процессах, мы обратились в данном очерке к анализу такого «модного» и распространенного в подростковой популяции явления, как несущий самонаправленный характер самоповреждающее поведение (НСП). Согласно В.В. Walsh [26], «самоповреждение – это намеренное нанесение себе телесного вреда, имеющего малую вероятность летального исхода, социально не приемлемое по своему характеру и производимое с целью уменьшить и/или справиться с психологическим дистрессом». На основании литературных [23] и собственных данных [12] выявлено, что несущий самонаправленный характер самоповреждения (НС) наносится на поверхность тела (самопорезы, самоприжигания, самобитье, уколы, удары, чрезмерное растирание и проч.), нарушая целостность кожного покрова, вызывая появление кровоподтеков и других следов воздействия. НСП оформляются синдромологически (по DSM-V), когда в течение года индивид имеет 5 или более дней, в течение которых он/она наносит себе СП (поведение не появляется исключительно в психотическом состоя-

нии, делирии, интоксикации или в абстинентном синдроме, а также не является частью паттерна повторяющихся стереотипий) [23]. При этом желательными для человека являются облегчение своего душевного состояния (тревоги, гнева и др.)/достижение положительного эмоционального состояния. В существующих отечественных психологических исследованиях [14] предлагается рассматривать 3 основных типа СП: реактивный, дисфункциональный и идентификационный. Классификация учитывает характер онтогенеза/дизонтогенеза, а также культуральные и некоторые психологические особенности СП, однако не дифференцирует их в клинико-динамическом аспекте.

Представляемая нами работа призвана заполнить существующий пробел и посвящена тем наблюдениям, где НС имеют преходящий единичный характер, и сама поведенческая модель не может рассматриваться ни как привычная, ни как патологическая, а лишь как этологическая, «природно-психическая» (по В.В. Ковалеву) реакция, что не исключает возможности и желательности психопрофилактической «помощи природе». Цель настоящего исследования - изучение мотивационных механизмов НСП на этапе единичных проб у девочек-подростков в контексте его защитно-приспособительного характера.

Материалы и методы. На протяжении нескольких лет нами были обследованы 110 девочек-подростков в возрасте 12-17 лет с НСП (в структуре облигатного или факультативного психопатологического синдрома основного заболевания), проходивших лечение в клинике НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой (ранее ДПБ № 6). С целью изучения мотивационных механизмов первичного возникновения и спонтанного прекращения НСП была выделена клиническая подгруппа с единичными эпизодами НСП (12 наблюдений), которые не успели оформиться в стойкий поведенческий стереотип и включиться в симптомокомплекс основного заболевания. Возникнув в качестве преходящего феномена-симптома, эти поведенческие модели вскоре редуцировались, утрачивая свое первоначальное фило-онтогенетическое защитно-приспособительное значение для индивида, сменяясь на: а) другие формы аутоагрессивного/аутодеструктивного поведения, включая нарушения пищевого поведения, суицидальные попытки; б) более зрелые и эффективные механизмы психологической защиты и совладающего поведения. Из исследования исключались пациенты в психотическом состоянии, совершавшие НСП по бредовым мотивам или под влиянием галлюцинаций, а также лица с интеллектуальной недостаточностью различного генеза. В работе использовались *клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический методы* обследования, а также *проективные рисуночные тесты*.

Результаты. На этапе единичных проб НСП наблюдали в 12 случаях, что составило 10,9% от общего числа пациентов. На этом этапе СП числом от 1 до 4, в среднем 2, были представлены единственной формой - самопорезами. Анализ феноменологических аспектов данной формы НСП был сделан нами в другой работе [12]. В соответствии с преобладающим мотивом при нанесении себе самопорезов были выделены следующие варианты: 1) инфантильно-наивные (соприродные) пробы (3 наблюдения); 2) характерологические самопорезы типа самонаказания (5 наблюдений); 3) аутопсихотерапевтические аффект-регулирующие, или стрессирующие пробы (4 наблюдения). Нозологическое распределение пациентов в соответствии с преобладающим механизмом нанесения СП представлено в табл. 1. Ввиду того, что в данном и последующих клинических наблюдениях собственно НСП не носит синдромально очерченного и тем более ведущего характера, диагностическая оценка определялась на основании облигатного психопатологического симптомокомплекса, тогда как для анализа интересующих нас в данном сообщении поведенческих эпизодов использовались преимущественно психологические понятия.

Нозологическое распределение изученных случаев

Вариант НСП и их адаптационно-психологический смысл как реакций на экстра- или интрапсихический конфликт	Диагноз основного заболевания (по МКБ-10)	Абс.
Инфантильно-наивные пробы. Характерологические и патохарактерологические реакции имитации и группирования, активного протеста.	Поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детско-подростковом возрасте (F9) Расстройства адаптации (F4) Органические непсихотические расстройства (F0)	1 1 1
Пробы по типу самонаказания. Адресованная на себя агрессия как характерологическая или патохарактерологическая реакции отказа, пассивного протеста, самоутверждения.	Нервная анорексия (F50) Аффективные расстройства (F3) Расстройства адаптации (F4)	2 2 1
Аффект-регулирующие (стрессорные) пробы. Эмоционально-стрессовая (по В.Е. Рожнову) аутопсихотерапия [16]; реакция компенсации (по В.В. Ковалеву, А.Е. Личко) [7, 10].	Аффективные расстройства (F3) Нервная анорексия (F50) Шизотипическое расстройство (F21)	2 1 1
Итого		12

1) Инфантильно-наивные пробы (3 клинических случая) связаны с одной стороны, с имитацией поведения окружающих людей, обеспечивающей реализацию потребности подростка в близости, дружбе, доверительных отношениях как главной потребности подросткового возраста [6, 13]. С другой стороны, такие пробы направлены на получение желаемых изменений во взаимодействии с другими людьми, что говорит о приспособительном характере НСП к тем условиям, в которых подросток находится. Оба механизма (имитации и получения желаемых изменений для себя) имеют межличностную направленность, что в целом характерно для поведения подростков с психическим инфантилизмом и недосформированным самосознанием (идентичностью). В нашем исследовании в 1 случае пациентка с невысокими интеллектуальными возможностями и продуктивностью, формирующейся органической мозаичной психопатией (F07), нанося самопорезы, пыталась вернуть подругу после ссоры и примириться с ней, объясняя это так: «Она видела мои порезы, должна была вернуться ко мне и пожалеть». В другом наблюдении существовал более тонкий мотив доказательства своей альтруистической преданности и дружеских чувств у пациентки психастеноподобного шизоидного склада с психогенной субдепрессивной реакцией (F43). Девочка находилась под влиянием более живой, бойкой и развязной подруги, наносившей себе длительное время намеренные самопорезы. Данная дружеская связь доходила в некоторых проявлениях до психологического слияния нашей пациентки с подростком, служившим для нее как бы связующим, коммуникативным мостиком с социумом⁴. После ряда бесед, не принесших желаемого результата, пациентка нанесла поверхностные самопорезы на предплечья, что-

⁴ Классическим примером подобного «мостика» является доктор Ватсон для знаменитого сыщика из повестей А. Конан Дойла о Шерлоке Холмсе.

бы «остановить» подругу в совершении ею СП и одновременно, ритуально наказать ее («пусть ей будет так же больно, как было мне, когда она увидит это»), выложив фотографии своих насечек в интернет-чате.

В третьем наблюдении у пациентки с психофизическим инфантилизмом, психо- и соматогенной декомпенсацией истеронеустойчивой акцентуации характера (F92.8) преобладало активно протестное желание ослабить требования и давление со стороны родителей, впечатлить и шокировать их видом самопорезов, добиться желаемых послаблений в учебно-бытовой нагрузке. В качестве примера приводим данное наблюдение.

Д., девочка 16 лет, учащаяся 1 курса художественного колледжа. Поступила в неотложном порядке с консультативного приема в диспансерном отделении. Жалобы при поступлении, со слов родителей, на «суицидальную» попытку, колебания настроения, раздражительность, конфликтность.

*Наследственность*отягощена, биологический отец – наркозависимый, в период развода с матерью пациентки однократно нанес себе самопорезы с демонстративно-шантажной целью.

Из анамнеза жизни и болезни: родилась от первой беременности, протекавшей с гипоксией плода, угрозой прерывания. Роды срочные, со стимуляцией родовой деятельности, обвитие пуповины, вес при рождении 3250 г, рост 50 см, закричала сразу. Росла спокойной, ела, спала достаточно. Наблюдалась неврологом на первом году жизни по поводу «гипертонуса». В ДДУ с 2,5 лет, привыкала легко, была общительной, легко вступала в контакт с детьми, с удовольствием вступала на утренниках, праздниках. В дошкольном возрасте активная, в меру капризная, была ласкова с животными. В возрасте 6-7 лет испугалась резких звуков компьютера, после этого некоторое время боялась оставаться одна, ходить в туалет. В школу пошла с 7 лет, подготовленная, быстро освоилась, подружилась с одноклассниками. Программу усваивала, но интереса к учебе не проявляла, училась с помощью взрослых, успеваемость всегда была невысокая. Любила рисовать, с удовольствием посещала художественную студию. Успеваемость снизилась с 5-6 классов, что совпало с переездом семьи в г. Москву, занималась с репетиторами по разным предметам, по программе аттестовывалась. Трудности в поведении появились с 9 класса, отказывалась выполнять требования родителей, манкировала учебными и бытовыми обязанностями.

Психический статус: выглядит младше паспортного возраста, с чертами грацильности. Мимика выразительная. Эмоционально лабильна, с выраженными колебаниями настроения - от спокойного до раздраженно-негодующего в зависимости от ситуации и обсуждаемых тем, с элементами негрубого позерства. В целом контактна, открыто и многословно рассказывает о разнообразных обидах и «несправедливом отношении» со стороны отца, эпизодах физического насилия с его стороны. Повторяет, что в подростковом возрасте хочет «оторваться», встречаться и гулять с друзьями, ночевать у любимой подруги. С удовольствием описывает свои романтические отношения с молодым человеком. Напористо и упрямо доказывает свои права, не желает искать компромиссы, налаживать отношения с родителями, хочет жить отдельно, вне семьи. Не согласна с их требованиями - «родители придираются и заставляют учиться». Считает, что лишена родителями всех источников радости: «запрещают дружить», «не покупают книги», «перестали оплачивать занятия в художественной студии» и т. д. Не хочет выполнять домашние обязанности, аргументируя это так: «Я уже с 6 лет убираюсь в квартире по воскресеньям, мне хочется плакать от этого». По поводу самопорезов рассказывает, что четыре месяца назад дважды наносила себе поверхностные поперечные насечки лезвием на правое предплечье. Подчеркивает этот факт, считает, что левой рукой «точно не могла бы себя убить» (девочка право-

рукая). Не скрывает, что видела следы от порезов у близкой подруги, решила попробовать сама. По ее же рекомендации незадолго до госпитализации начала принимать флуоксетин (до 6 таблеток в сутки), «чтобы улучшить настроение». Ходила по дому в футболке с короткими рукавами. Однако, несмотря на то что родители обратили внимание на самопорезы, позитивных изменений в отношениях с ними не произошло. Более глубокие порезы, послужившие причиной для госпитализации в институт им. Склифосовского, нанесла сразу после серьезного разговора с матерью и отчимом, которые выдвинули жесткие условия в отношении учебы, категорически запретили дружбу с любимой подругой. Плакала, ушла к себе в комнату, нанесла канцелярским ножом продольные и поперечные порезы на левое предплечье, а через 10 минут позвала отчима. Не отрицает, что хотела «отключить сознание», с вызовом подчеркивает: - «лучше совсем не жить, чем так» (имеет в виду без радости), «потом может быть произошла бы реинкарнация, я бы стала другим человеком». При этом также утверждает, что данными действиями стремилась «шокировать и впечатлить» родителей, не ожидала, что будет госпитализирована в психиатрический стационар.

В отделении: состояние в целом стабильное. Эпизодически отмечались конфликты с детьми, становилась упряма, протестна, успокаивалась самостоятельно. Интересы разнообразные, активна. Посетила 10 групповых психотерапевтических занятий по Терапии творческим самовыражением (М.Е. Бурно) с использованием методик арт-терапии и сказкотерапии. На занятиях с удовольствием выполняла все творческие задания, изучала человеческие характеры, нашла в себе сильные и слабые черты неустойчивого характера, проанализировала основные опасности, которым подвергаются людьми данного склада, в том числе не просчитывая последствия своих поступков, создавая рискованные ситуации. Осознала целебные механизмы имеющейся хобби-реакции (рисования), искала новые адаптивные способы справляться со стрессом и эмоциональным напряжением, альтернативные самоповреждениям, строила планы (стать ландшафтным дизайнером).

Аутоагрессивное поведение возникло у подростка как попытка решения и приспособления к жизненным трудностям, в первую очередь к ригидно неконструктивным требованиям родителей, стрессовым методам воспитания. Реализовывалось на основе накопленного пациенткой опыта о возможностях решения разнообразных проблем именно через аутоагрессивный паттерн путем научения (подруга совершала намеренные самопорезы длительное время, получая положительное подкрепление своего поведения в виде облегчения негативного аффекта).

Ключевую роль в этих наблюдениях играет возрастная недосформированность функции прогнозирования (антиципации), в том числе последствий своих действий. В дополнение к этому существенное значение имеет т. н. «примативность» таких подростков [15], т. е. склонность в обыденной жизни предпочитать кратковременные («автопилотные») стратегии поведения для удовлетворения актуальных потребностей в ущерб долгосрочным, требующим волевых усилий.

2) самонаказание является одним из ведущих мотивов среди подростков с НСП [12]. На этапе единичных проб мы наблюдали его в 5 клинических случаях (41,7%). Две пациентки с нервной анорексией наносили СП в случаях нежелательных «срывов» диеты. Девочки признавались, что в ситуациях, когда не удавалось избежать незапланированного приема еды (семейный праздник, посещение кафе с друзьями и др.), сразу после этого наносили себе самопорезы. Три пациентки совершали самопорезы в состоянии выраженного внутреннего конфликта, вызванного несоответствием завышенным требованиям и ожиданиям со стороны близких родственников. В одних случаях они предъявлялись исключительно к учебной успеваемости подростков, в других – к личностно-характерологическим особенностям подростка («малообщительная, нет друзей, сидит дома» и т. д.). По-

следние три наблюдения являются иллюстрацией высказываний Г.Е. Сухаревой о психической травматизации, уходящей глубоко корнями в семью и школу [17]. Речь здесь идет не только о предъявлении непомерных требований, но и об их несоответствии онтогенетическому уровню психоэмоционального развития ребенка, его конституционально-характерологическим особенностям (включая системы эмоциональной регуляции, совладания со стрессом, стрессоустойчивости, силе и слабости характера, в целом жизнестойкости и т. д.).

Характерологический портрет пациенток складывался из сочетания изначальной тревожной дефензивности со склонностью к углубленному анализу, рассуждательству, самокопанию (психастеническая павловская второсигнальность) и нерешительности, неуверенности, сплетенными с тревожными опасениями несоответствия принятым в семье критериям. Инертность психических процессов, обстоятельность и вязковатость мышления (как сочетание конституциональной особенности и перинатальной патологии) у таких пациенток лежат в основе склонности к фиксации негативных переживаний, обуславливают недостаточные возможности переключения и особую уязвимость подростка в отношении резкой смены жизненных стереотипов.

Отличительной чертой аутоагрессивного поведения в этих наблюдениях является его рассудочная продуманность и стыдливая интрапунитивность (в отличие от непосредственного демонстративно-манипулятивного характера того же паттерна в предыдущих клинических наблюдениях) с тщательным сокрытием от близких людей следов от самопорезов. В качестве более адекватной альтернативы данной «естественной» интрапунитивной (по С. Розенцвейгу) попытки «поведенческой аутопсихотерапии» представляется профессиональное (определяющее способность «видеть за деревьями лес»), специализированное лечение основного заболевания с комплексным медикаментозно-психотерапевтическим подходом.

Таким образом, пробы НСП по типу самонаказания наблюдаются у пациентов с характерологически и/или депрессивно-идеаторно обусловленной склонностью к переживанию стыда и вины за свои неудачи, с дефензивностью, чертами личностного перфекционизма и имеют внутриличностную, интрапсихическую направленность.

O.B. Levkovskaya, Y.S. Shevchenko

THE EXPERIENCE OF THE ANALYSIS OF SINGLE EPISODES OF NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN ADOLESCENT GIRLS (CLINICAL ESSAY)⁵

The Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Teenagers of G.E. Sukhareva, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. The study the motivational mechanisms of the non-suicidal self-injuries (NSSI) at the stage of single samples in adolescent girls from the standpoint of their protective and adaptive nature. 110 cases of NSSI were studied in accordance with the DSM-V criteria in adolescent girls (12-17 years old) hospitalized in a psychiatric hospital and observed outpatiently. Of these, single episodes of non-suicidal self-injurious behavior were observed in 12 cases. The following variants of single NSSI are highlighted: naive-infantile, affect-regulating (stressing), sampling as self-punishment. The main motives of single episodes of NSSI, clinical and characterological features of patients and related differences in motivational mechanisms of self-injuries are described.

Keywords: non-suicidal self-injuries, non-suicidal self-injuring behavior, autoaggression, motivational mechanisms, protective and adaptive nature, suicidal behavior.

⁵The beginning part. The final part see: Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov, 2018 (18), № 1.

НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА ПРОДОЛЖЕНИЯ РОДА И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ЛЕКЦИЯ)⁶

Резюме. Представлена гипотеза автора о том, что психические заболевания и глубокие личностные расстройства способны видоизменить характер появлений инстинктивного компонента материнского поведения как в сторону его патологического угнетения, так и безудержного растормаживания. Представлена клиническая классификация наиболее часто встречающихся психопатологических синдромов, которые сопровождаются этой формой патологии инстинктивной сферы. Патология инстинкта продолжения рода – одна из малоизученных проблем психопатологии.

Ключевые слова: материнский инстинкт, психическая патология, репродуктивное поведение.

Повседневная клиническая практика показывает, что помимо угнетения репродуктивного компонента инстинкта продолжения рода у женщин под влиянием психического или личностного расстройства может возникать **патологическое повышение репродуктивной активности (усиление репродуктивного компонента инстинкта продолжения рода)**.

Психиатрическое изучение этого феномена затруднено. В поле зрения психиатра многодетные матери попадают редко. Обычно речь идет о случаях, когда они задерживаются органами правопорядка в связи с девиантным поведением или нарушениями закона и передаются психиатрам для оценки их психического здоровья. В других случаях их удается исследовать в стенах психиатрических больниц и диспансеров, куда они попадают для лечения психической или наркологической патологии.

С нашей точки зрения, патологические формы усиления репродуктивной активности разнообразны, однако их объединяют следующие характеристики:

1. Не соответствующее возрасту и социальной ситуации постоянное или периодически возникающее активное стремление беременеть и рожать детей.

2. Стойкая, доминирующая в сознании идея материнства, основанная на ложных предпосылках

3. Повышенная активность, направленная на удовлетворение этого влечения, вступающая в противоречие с социально и культурально принятыми нормами и реальной социальной ситуацией.

4. Выраженная озабоченность, аффективное напряжение отрицательной модальности, связанные с желанием стать (быть) матерью, усиливающиеся при его фрустрации.

5. Усиленное фантазирование на соответствующие темы.

6. Привлечение псевдорациональных аргументов для «оправдания» чрезмерного количества деторождений.

7. Отказ от контрацепции.

8. Отказ от иных форм социальной активности помимо выполнения материнских функций, снижающий социальную приспособляемость.

9. При фрустрации влечения возможна «ложная беременность».

Клинические формы усиления «материнского влечения» (репродуктивной активности) следующие:.

⁶Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017 (17), № 3.

1. Патологическое повышение репродуктивной активности в связи с затяжными гипоманиями при биполярных аффективных расстройствах.

В ряде случаев у женщин во время затяжных, иногда многолетних, гипоманиакальных фаз помимо характерного для этих состояний повышения сексуального влечения происходит резкое усиление фантазирования на репродуктивные темы, появляются яркие приятные зрительные образы, связанные с деторождением и вскармливанием младенца. В эти периоды усиливается тенденция к устойчивому искажению реальности - возникает безудержное желание вновь забеременеть и родить ребенка несмотря ни на какие стесняющие жизненные обстоятельства, отрицательное отношение семьи, мужа и пр. Такое усиление репродуктивной активности сочетается с другими симптомами мании (гипомании), в том числе значительным растормаживанием первой составляющей инстинкта продолжения рода - сексуальной. Завершение маниакальной фазы часто совпадает с послеродовым периодом, как это представлено в следующем наблюдении.

Больная Ж., 47 лет, бухгалтер, мать пятерых детей, госпитализирована в психиатрическую больницу впервые в жизни в состоянии маниакального возбуждения. Она была чрезмерно оживлена, говорила без умолку, пела блатные песенки, была непомерно кокетлива с врачом, мало спала, аппетит был повышен. После купирования маниакального состояния удалось собрать подробный анамнез, из которого стало известно, что она страдает биполярным аффективным расстройством приблизительно с 19 лет, когда впервые возникла затяжная гипомания. Тогда ранее сдержанная, застенчивая, малообщительная девушка пережила чувство ярчайшей влюбленности. Около 2 лет пребывала в постоянно приподнятом настроении, «вся сияла от счастья», была неутомима, совмещая работу с учебой в техникуме. «Полюбила» яркие одежды, косметику. Стала постоянной участницей дискотек. С нетерпением ждала замужества, т. к. хотела «как можно скорей родить ребеночка». Забеременев, «была на седьмом небе от счастья...». Беременность протекала легко, «почти не чувствовала тяжести». Ярко представляла себе свою будущую дочку. Мысленно наряжала ее, забавлялась ее игрушками. Роды протекали неожиданно тяжело, были длительными, с использованием стимуляции родовой деятельности. После родов чувствовала себя «опустошенной», разбитой, не могла, как раньше, мечтать, радоваться новорожденной. В последующие 4 месяца оставалась вялой, постоянно утомленной, сонливой. Кормила дочку грудью лишь 2 месяца, а затем отказалась, т. к. перенесла мастит. Чувствовала себя плохой матерью в связи с этим, часто плакала. Такое субдепрессивное состояние прошло самостоятельно, без лечения после того, как к ней приехала из деревни ее мать и стала помогать по хозяйству.

Интермиссия (ремиссия с практически полным исчезновением всех психических расстройств) продолжалась около 4 лет. В этот период работала, охотно занималась ребенком, отношения с мужем были хорошие («спокойные»). Через 1,5 года «случайно» забеременела, но сразу приняла решение и прервала беременность медицинским абортom. В последующем тщательно предохранялась от «ненужной беременности».

Повторное гипоманиакальное состояние возникло внезапно: «...однажды проснулась вновь счастливая». Чувство легкости, беспричинного веселья не покидало ее многие дни. Она «увидела как бы по-новому» всю свою жизнь. Поняла, что все последние годы «по-настоящему не замечала своего счастья – своего прекрасного мужа, удивительную доченьку, своих «замечательных друзей, готовых всегда помочь...». Вспомнила, какое прекрасное состояние пережила в связи с первой бе-

ременностью, захотелось «во что бы то ни стало» родить мальчика – для мужа». Прекратила принимать контрацептивные препараты. Узнав о ее стремлении, муж высказал поддержку. Наступившая беременность, так же как и первая, протекала легко, послеродовой период прошел без осложнений. Повторно родила девочку, но оставалась в приподнятом настроении еще около года. Заметно успокоилась только после окончания кормления ребенка грудью.

Повторная ремиссия была короче, не более 2,5 лет, и вновь развернулась гипомания с прежним сценарием. В последующие годы еще 3 раза переносила маниакальные состояния с идентичной клинической картиной, беременностями и родами. Эпизодически отмечались легкие субдепрессии астенического вида, которые проходили самостоятельно, к врачам не обращалась. Впервые обратилась к психиатру в возрасте 39 лет, когда у нее возникло более тяжелое, чем прежде, депрессивное состояние, которое было спровоцировано госпитализацией мужа в связи с травмой головы. Лечилась амбулаторно в ПНД антидепрессантами около 2 месяцев, после чего отмечалась кратковременная гипомания. Со слов мужа, вела обычный образ жизни, занималась домашним хозяйством, охотно общалась с детьми, помогала 9-летнему сыну делать домашние задания.

Данный клинический пример демонстрирует глубокую связь и влияние маниакального аффекта на репродуктивную активность.

2. Патологическое повышение репродуктивной активности в связи с хронической гипоманией(25).

В этих наблюдениях для женщин обычно с самого детства были свойственны черты непреходящего гипоманиакального аффекта, который носил несколько атипичный характер. Они не отличались веселостью, душевной теплотой и синтонностью, но были всегда оживлены, чрезвычайно трудоспособны и неутомимы, выделялись повышенной разговорчивостью, одновременно бывали неуклюжи в общении, слыли чудаками. Их характеризовали постоянно повышенный жизненный тонус, хороший интеллект, склонность к нестандартному взгляду на жизнь, иногда эксцентричное поведение. Будучи нонконформистками, они были склонны к необычным увлечениям, которые могли стать смыслом их жизни, превратившись в сверхценное мировоззрение. В кругу таких «захватывающих» идей могла оказаться идея поиска смысла жизни и самосовершенствования через многократное воспроизведение своего потомства. Таким образом, в случаях хронической гипомании отмечается стойкое усиление как первой, так и второй составляющей инстинкта продолжения рода.

В качестве клинического примера – пациентка психотерапевта.

А., 30 лет, обратилась с жалобами на хроническую бессонницу. Из анамнеза стало известно, что с детства плохо спала, но это не мешало ей всегда оставаться бодрой, энергичной и повышено работоспособной. В школе была отличницей, охотно занималась общественной деятельностью. Ей нравилось организовывать различные мероприятия. При этом она была очень принципиальной, требовательной, в связи с чем у нее бывали конфликты с одноклассниками и ей даже объявляли бойкот. После школы легко поступила в престижный вуз на философский факультет, т. к. хотела стать политологом. В пору обучения увлеклась восточными философиями, стала заниматься йогой, медитировала, перешла сначала на вегетарианство, а потом стала «веганом», полностью исключив животную пищу. Считала, что такое «чистое» питание «способствует чистоте организма, чистоте души и повышает умственные способности». В 19 лет познакомилась с будущим мужем, который разделял ее идеи и был «настоящим натура-

стом». Он и вовлек ее в это движение. Вскоре забеременела. Была в восторге от мысли, что у нее «наконец вырастут первые ветви дерева - продолжения моего Я...» и теперь она станет «настоящей, полноценной женщиной». Беременность протекала легко - «почти ничего не чувствовала», хотя знала, что вынашивает двойню. Продолжала активно учиться, уже на последних месяцах беременности сдала отлично трудную сессию. Оставалась в постоянно приподнятом настроении, не уставала. Делилась со всеми своей радостью, открыла страничку в интернете, где по дням описывала свою беременность. Совместно с мужем обсуждала идею домашних родов, а познакомившись через интернет с женщинами, рожавшими в воду, категорически решила рожать дома в ванной. Незадолго до родов решила, что поскольку рождение первенцев – это главное событие в ее жизни, то стала приглашать на свои роды всех знакомых. Опубликовала призыв-приглашение в интернете. На ее роды пришло более 10 человек, была приглашена «духовная акушерка», которая находилась с ней ванной и помогала ей, молилась, а она сама, между потугами, громко и восторженно пела. Родила двух здоровых мальчиков-близнецов. После родов оставалась в постоянно приподнятом настроении, кормила детей грудью до 1,5 лет. Весь этот период не переставала учиться, писать в интернете, много читала ночами, т. к. по-прежнему мало спала. Смогла закончить институт в срок, после чего начала писать статьи, обозрения в различные газеты и журналы. Через 3 года после первых родов повторно забеременела и родила еще одного сына. А еще через 2 года – дочь.

На прием к психотерапевту пришла с мужем и детьми. Она была худощава, одета очень скромно, волосы стянуты повязкой, обернутой вокруг головы; носила длинную юбку, не пользовалась косметикой, но выглядела несколько моложе своего возраста. Была оживлена, говорила громко, просила «легкие сновторные», т. к. плохо спит. При этом со смехом говорила, что это мешает - «правда, скорее не мне, а моему мужу, который не может спать, пока я не усну...». Легко и охотно отвлекалась на рассказ о своей жизни. Несколько обнаженно рассказывала о своем замужестве, о том, что они всей семьей живут, «как дети природы», ведут здоровый образ жизни, дома ходят без одежды, едят только натуральную пищу, одеваются только в натуральные ткани, летом всей семьей посещают пляжи «натуристов». У нее есть мечта иметь не менее 7 детей, т. к. это «счастливое число». Они пока предохраняются от беременности только естественным путем, но в ее планах уже в этом году перестать предохраняться. На вопрос о возможных материальных затруднениях с радостью начинает рассказывать, что в их планах купить домик в деревне и растить детей на природе. Она убеждена, что «земля прокормит...».

Данный клинический пример демонстрирует довольно типичный случай гипомании, который сопровождает женщину всю ее жизнь. Установить начало заболевания без объективных сведений затруднительно. Можно лишь констатировать, что уже в детстве она отличалась ничем не омрачаемым оживленным, приподнятым настроением, неиссякаемой энергией и высокой работоспособностью – т. е. чертами, характерными для т. н. продуктивной мании. При этом она была недостаточно синтонной, что приводило к конфликтам со сверстниками. В юношеские годы отчетливо проявилась склонность к формированию увлечений, а в последующем и сверхценного мировоззрения, ядром которого стала идея самосовершенствования через многократное деторождение. Дополняет клиническую картину хронической гипомании стойкое многолетнее нарушение сна (короткий сон), не изменяющее ее самочувствие.

3. Усиление репродуктивной активности в связи со сверхценными идеями.

Речь идет о случаях, когда многодетность является результатом идей религиозного или ипохондрического содержания, сформированных в детском или подростковом возрасте в связи с особым стилем воспитания. Эти жизненные установки подкрепляются соответствующим семейным или социальным окружением. Во всех этих наблюдениях установки на многодетность, которые были индуцированы извне, в последующие годы приобретали характер смысла жизни. Таким сверхценным жизненным установкам способствовала ригидная, конформная структура их личности. В отличие от больных из предыдущей группы, они не отличались неутомимостью и были способны осуществлять свою деятельность только внутри семьи, при поддержке внешних сил (мужей, родственников, старших детей). Сексуальная составляющая инстинкта продолжения рода в этих наблюдениях в ряде случаев была даже угнетена. Клинический пример (из наблюдений автора).

М., 44 лет, мать 9 детей. Родилась в традиционной мусульманской семье в Казахстане, в маленьком поселке. В 14 лет была выдана замуж. Будучи девочкой тихой, послушной, верующей, не противилась воле родителей, хотя мужа «сначала не полюбила». Муж был старше ее на 10 лет и занимался с семьей пчеловодством.

В первый раз забеременела и родила в 16 лет. Роды были легкими, и, как говорит М., «очень понравились». В последующие годы рожала с перерывами 2-4 года. Всякий раз, когда узнавала, что беременна, «очень радовалась», молилась, «благодарила Аллаха». Понимала, что этим она «исполняет Его волю». После каждого последующих родов «долго приходила в себя», бывала слабой, сонливой, но детей кормила грудью. Организовала свою жизнь так, что ей все помогали. Старшие дети ухаживали за младшими. Жили с мужем в горах, на пасеке, в село возвращались поздней осенью. Такая однообразная жизнь ей нравилась. Телевизор смотрела редко, книг не читала.

К врачу была приведена мужем после посещения гинеколога в связи с тем (со слов мужа), что она «опять беременна», совсем ослабла, у нее постоянные головные боли, и она стала часто и «без причины» плакать.

При осмотре: маленькая, худощавая женщина, выглядит старше своих лет. Она скромно одета в традиционный для мусульманских женщин наряд. У нее беременность 4 месяца. Беседа с ней затруднена плохим знанием русского языка. Речь тихая, не очень разборчивая. Удастся понять, что у нее уже около месяца постоянные боли «вокруг головы» давящего характера, особенно в области лба и глаз. Чувствует слабость целый день – «вроде и не работаю, а устала...». Изредка приходят мысли о смерти, пугается их: «жалко детишек...». На вопрос о детях отвечает, не изменяя тональности: «хорошие дети, помогают во всем» и, оживляясь, с гордостью: «А старшая уже медсестрой работает...». На вопрос, почему она не предохраняется от беременности, с недоумением, страхом и неожиданным гневом возражает – «нельзя, Аллах не велит...».

Данный случай демонстрирует, как внешние социальные, семейные религиозные традиции сформировали у женщины конформного склада стойкое религиозное мировоззрение. Кратковременность обследования, трудность контакта с больной, отсутствие патопсихологического исследования затрудняют окончательную нозологическую верификацию данного случая. Речь может идти о дифференциальном диагнозе между «расстройством зрелой личности, по МКБ-10, конформного склада и латентной шизофренией(26) у примитивной личности. В пользу последнего может свидетельствовать эмоциональная тусклость аффективных реакций, наличие стойкого сверхценного мировоззрения религиозного содержа-

ния, лежащего в основе гиперматеринского поведения, наличие стертых астенических и субдепрессивных расстройств. Особые условия жизни (традиционный уклад семьи, добровольная социальная изоляция, примитивный труд) при очень мягком течении шизофренического процесса (?) позволили М. длительно сохраняться в состоянии компенсированной личности.

4. Усиление репродуктивной активности в связи с олигофренией (умственной отсталостью).

Речь идет о случаях, когда многодетность является результатом выраженной социальной дизадаптации в связи со снижением интеллекта и задержкой психического развития, обусловленных олигофренией. При этих аномалиях развития может оставаться сохранным психосексуальное развитие, но одновременно растормаживаться сексуальное влечение. Это может приводить к бесконтрольному, ничем не ограниченному репродуктивному поведению. При отсутствии внешнего контроля за поведением таких женщин они становятся невольными потенциальными источниками опасности для своих детей.

Клинический пример. Больная Н., 30 лет, осмотрена в родильном доме совместно психиатром и клиническим психологом в рамках программы изучения причин отказов от материнства.

Н. – бродяга, нигде не работает, побирается. Была найдена на московском вокзале в окружении своих четырех малолетних детей. И мать, и дети санитарно запущены и голодны. Н. была на сносях, и у нее началась родовая деятельность. В день поступления она родила недоношенного 7-месячного мальчика. Ребенок был госпитализирован в детскую больницу для выхаживания недоношенных, а мать оставалась в родильном доме.

Из рассказа больной стало известно, что она родилась в деревне. Ее отец «сильно пил», а мать умерла, когда девочке было 12 лет. После ее смерти она жила в интернате. Окончила вспомогательную школу и некоторое время работала в сельском хозяйстве. В дальнейшем ушла из своей деревни в другую, т. к. хотела «найти свою тетку». Некоторое время прожила у нее. Там же познакомилась с отцом первого ребенка. «Думала поженимся...». Однако после рождения дочери он уехал. Когда девочке было 2 года, знакомые взяли Н. в город. На заводе работать не смогла – «было тяжело...», и ее уволили. В это же время познакомилась с мужчиной, который работал лесником, и стала жить с ним. Прожила около года и ушла, т. к. он «сильно пил». Уже после ухода от него поняла, что беременна. Вернулась к тетке, родила вторую дочь. Прожила у тетки около года, но потом та «стала ругаться» и сказала, чтобы она уходила в свою деревню. Пыталась вернуться, но на вокзале «какие-то молодые ребята» пригласили поехать с собой, обещали устроить на работу. Жила с «одним парнем» в общежитии. Детей оставляла соседке, а сама ходила убираться на стройке. Так продолжалось еще около 2 лет, после чего забеременела в третий раз. «Парень» уговаривал сделать аборт, но она отказалась, т. к. «очень любила детишек», «хотела мальчика...». С детьми жила у какой-то знакомой, затем ушла. Переезжала из города в город, ночевала «где придется..», кормилась подаяниями. Еще дважды беременела и рожала. Одного мальчика «оставила у знакомых». Собирается вернуться и забрать его. От кого последняя беременность, сказать затрудняется.

Психическое состояние: крупная женщина с признаками легкого ожирения. Настроение снижено. Начиная говорить, плачет («сыночка жалко... выживет?») Речь замедленная, немного шепелявая, словарный запас крайне ограничен. Плохо помнит последовательность событий своей жизни. Сетует, что жить ей тя-

желю, и не знает, что делать дальше. Соглашается, что детей надо устроить в интернат, но не знает, как это сделать, к кому обратиться («кому я нужна?»). Соглашается после родильного дома пойти в социальное жилье и принять помощь для оформления детей в интернат.

Патопсихологическое обследование обнаруживает признаки интеллектуального, эмоционального и волевого снижения до уровня легкой дебильности.

Данное наблюдение демонстрирует безудержное и бесконтрольное репродуктивное поведение женщины, которая в силу умеренно выраженной интеллектуальной и эмоциональной незрелости в связи с олигофренией, лишенная социальной поддержки, утратила волевой контроль за растормозившимся инстинктом продолжения рода.

Список типов психических расстройств, приводящих к растормаживанию репродуктивного поведения, по-видимому, можно продолжить. Здесь мы не включили случаи расторможенного сексуального поведения у женщин, страдающих алкоголизмом и наркоманиями. Отдельной группой стоят женщины, страдающие шизофренией и воспроизводящие потомство по бредовым мотивам. Все это требует дальнейшего психопатологического и клинического изучения. Сведения обо всех возможных казусах, связанных с многодетностью, изложенные в данной публикации, могут быть интересны и перинатальным психологам и социальным работникам в области охраны материнства и детства.

Заключение. Представленные в данной публикации сведения не могут претендовать на полную репрезентативность, т. к. они основаны на эмпирическом материале разной степени проработанности и являются взглядом автора на большой личный психиатрический опыт. Однако, с нашей точки зрения, бесспорным является факт, что психические заболевания и глубокие личностные расстройства способны видоизменить характер проявлений инстинктивного componente материнского поведения в сторону как его патологического угнетения, так и безудержного растормаживания.

Дальнейшие исследования психопатологических основ нарушений инстинкта продолжения рода и связанных с этим девиантных форм репродуктивного поведения женщин представляются актуальными. Они могут пролить свет на многие социальные явления, связанные с девиантностью материнского поведения в градиенте от полного отказа от материнства до безудержной, безответственной многодетности.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Кон И.С. Введение в сексологию. Издание второе, дополненное. – М.: Медицина, 1989.

2. Репродуктивным циклом или циклом воспроизводства человека называют биологический процесс, включающий в себя сексуальные отношения, беременность, роды и вскармливание ребенка грудью до достижения им определенной степени независимости от матери.

3. Расстройства личности, внешне сходные с психопатическими, но возникающие в связи с текущим психопатологическим процессом.

4. Сверхценное мировоззрение - совершенно новые для данной личности ценностные ориентации и установки, тотально подчиненные сверхценным идеям,

5. Сексофобия — форма торможения сексуального желания, при которой сексуальные стимулы вызывают неприятие, гнев, страх и другие негативные эмоции. Навязчивый страх сексофоба усиливается непреодолимым желанием избегать ситуаций, которые вызывают у него тревожные состояния и неприятные сексуальные переживания.

6. Психопатии и акцентуации характера.

7. Сенситивные идеи отношения - патологическое убеждение пациента в том, что нечто волнующее его в себе самом замечают также окружающие, которые испытывают аналогичные чувства, что и сам пациент. Обычно называется сенситивным бредом отношения; рассматривается в рамках непрогредиентных психических расстройств.

8. Состояния психического автоматизма относятся к патологии самосознания, поскольку в них отчуждения различных свойств и качеств достигают своей наибольшей выразительности. Они становятся как будто полностью отдельными, оторванными от «Я», существуют отдельно от него.

9. Оклики – элементарные слуховые галлюцинации.

10. Бредовое настроение - измененное эмоциональное состояние с чувством тревоги, растерянности, неопределенным беспредметным страхом, предчувствием возможной опасности. Предшествует кристаллизации бреда - окончательному его структурированию, созданию более или менее целостной бредовой концепции.

11. Обсессивно-компульсивный синдром характеризуется наличием у человека неотвязных тревожных мыслей (обсессий), провоцирующих появление постоянно повторяющихся определенных ритуальных действий.

12. Контрастные навязчивости - абсолютно беспочвенный страх причинить вред себе или окружающим. К этой группе навязчивостей можно причислить навязчивые представления сексуального содержания – навязчивости по типу запретных представлений сексуальных актов с животными, представителями своего же пола.

13. Диспареуния - разновидность дисфункции сексуальной партнерской или супружеской пары, которая проявляется дискомфортом, болезненными ощущениями в области малого таза или наружных половых органов, испытываемыми во время полового сношения и не имеющими под собой органической основы

14. Коитофобия – страх интимной близости.

15. Гипомании – мягкие аффективные расстройства, которые включают стойкое повышение настроения с преобладанием чувства радости бытия, веселья, жизнерадостности, с субъективным ощущением творческого подъема и повышенной активности, некоторого ускорения темпа мышления с достаточно продуктивной деятельностью, хотя и с элементами отвлечения; поведение грубо не страдает.

16. Навязчивости отвлеченные или аффективно-нейтральные, т. е. протекающие без аффективного дискомфорта — навязчивый счет, бесплодное мудрствование, навязчивые действия;

17. Синдром Кандинского–Клерамбо (синдром психического автоматизма) - совокупность взаимосвязанных симптомов (псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости). Для него типичны отчуждение, утрата принадлежности себе собственных психических актов, чувство влияния действующей извне посторонней силой. В редуцированном состоянии отдельные симптомы могут быть слабо выражены и даже вовсе отсутствовать. Это характерно для начальных этапов бредовой шизофрении.

18. Астеноподобные явления наблюдаются чаще всего в рамках шизофрении. Усиление астении не связано с увеличением нагрузки. Симптомы астении постоянны, не ослабевают и не нарастают и имеют сходство с соматопсихической деперсонализацией. Основные симптомы: трудности при длительной произвольной концентрации внимания, чувство мучительной усталости при любой умственной деятельности, снижение побуждений, неприятные ощущения в голове, которые больные обычно называют «головными болями» и анализ которых выявляет их сенестопатическую природу.

19. Нозофобическая настороженность – не до конца сформированный синдром навязчивой нозофобии. Характеризуется нечеткими опасениями заболеть какой-либо болезнью. Сопровождается соответствующим «защитным» поведением.

20. Ипохондрия психического здоровья - вычурные, утрированные модели оздоровительного поведения с концентрацией всех интересов в пределах пространства собственной психики, выступающие на фоне негативных изменений личности по типу нарастающей шизоидии с ригидностью, эгоцентризмом, эмоциональной нивелировкой, «коммуникативной» дефицитарностью.

21. Систематизированная парафрения **включает в систематизированном виде бредовые идеи преследования, антагонистический бред и бред величия.**

22. Гипоменструальный синдром - нарушение менструального цикла, выражающееся ослаблением менструаций в виде гипоменореи (уменьшения количества менструальной крови до 25 мл и меньше); олигоменореи (продолжительность менструации уменьшена до двух и менее дней); опсоменореи, или брадименореи, (запаздывающие менструации с удлинённым интервалом в 5-8 недель) и спаниоменореи (крайне редкие менструации 2-4 раза в год).

23. Депрессивный соматический синдром представляет собой комплекс функциональных соматических симптомов (нарушения сна, потеря аппетита, головные боли, похудание, аменорея и пр.), косвенно указывающих на депрессивный эпизод.

24. Маскированная депрессия, или скрытая, ларвированная, вегетативная депрессия, – симптомокомплекс, при котором классические признаки депрессивного состояния слабо выражены или отсутствуют, «маскируются» симптомами соматических заболеваний или неврологических расстройств.

25. Хроническая гипомания - атипичное гипоманиакальное состояние, которое может продолжаться много лет, а иногда и всю жизнь. В отличие от гипоманиакальных состояний, которые возникают в рамках биполярного аффективного расстройства и имеют тенденцию сменяться депрессивной симптоматикой, хронические гипомании встречаются преимущественно в рамках циркулярной шизофрении.

26. Латентная шизофрения (F21, по МКБ-10) - форма шизофрении, протекающая с «легкими патологическими расстройствами», с отсутствием психотической симптоматики. Впервые была выделена [E. Bleuler](#) в 1911 г. E. Bleuler латентную шизофрению считал одной из наиболее часто встречающихся форм шизофрении.

V. Brutman

VIOLATIONS OF THE INSTINCT OF PROCREATION AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR OF WOMEN IN CONNECTION WITH PSYCHIC PATHOLOGY⁷

Private psychiatrist (Haifa, Izrael).

Summary: The article presents the author's hypothesis that psychic diseases and profound personality disorders can change the appearance character of the instinctive component of the maternal behavior both towards its pathological depression and rampant disinhibition. Clinical classification of the most frequent psychopathological syndromes accompanied by this form of instinctive sphere pathology is displayed. Procreation instinct pathology is one of the least studied problems of psychopathology.

Keywords: maternal instinct, psychiatric pathology, reproductive behavior.

⁷The final part. The beginning part see: Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov, 2017 (17). № 3.

Н.В.Зверева

**ПЕТЕРБУРГСКИЕ ВСТРЕЧИ: О VI МЕЖДУНАРОДНОМ
КОНГРЕССЕ «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(19-22 сентября 2017 г)**

В сентябре, с 19 по 22 число, в Санкт-Петербурге с успехом прошел 6-й международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Организаторами встречи выступили Ассоциация детских психиатров и психологов при поддержке Российского общества психиатров, а также Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет и Благотворительная программа «Альфа-Эндо» Фонда поддержки и развития филантропии «КАФ». Конгресс, как и все предыдущие (2001, 2003, 2006, 2009, 2013) представлял собой профессиональное собрание специалистов разных направлений науки и практики, занимающихся молодым поколением, идейным вдохновителем и организатором, редактором материалов выступал Анатолий Алексеевич Северный, президент Ассоциации детских психиатров и психологов. Конгресс проходил в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования и науки РФ, что позволило многим участникам воспользоваться профессиональным правом быть командированными на Конгресс в рабочее время для выступлений, обучения (на лекциях и мастер-классах), повышения квалификации, участия в дискуссиях и междисциплинарном неформальном общении.

Всего очных участников Конгресса – около 500 человек. Конгресс посвящен разным аспектам молодого поколения, и среди его слушателей оказалось около четверти студентов, аспирантов, магистрантов – это одна из самых больших групп участников. Психологи (медицинские и психологи образования) составили около трети участников, врачи разных специальностей, прежде всего психиатры, преподаватели вузов также были среди больших групп участников Конгресса. Международный статус конгресса обеспечивало участие представителей 8 стран – России, Украины, Белоруссии, Узбекистана, Литвы, Киргизии, Израиля, США. Более 60 Российских регионов делегировали участников практически со всей территории страны. К началу работы Конгресса был выпущен сборник материалов в виде приложения к издаваемому Ассоциацией детских психиатров и психологов журналу «Вопросы психического здоровья детей и подростков» № 2 за 2017 год, в нем напечатано более 250 тезисов.

Формы работы Конгресса по дням: 19 сентября – обучение: лекции (10) и мастер-классы (14) ведущих специалистов в области психиатрии, медицинской психологии, психотерапии и психологической коррекции. Собственно научно-практическая программа Конгресса: 20-21 – три пленарных заседания, 21 и 22 – секционные заседания (всего 10) и симпозиумы (всего 4). Большой интерес вызвал специализированный симпозиум, посвященный вопросам изучения сахарного диабета 1 типа у детей и организации помощи детям и родителям (особенно доклад Е.В. Свистуновой про формирование приверженности к лечению). Отдельная тема симпозиума – перинатальные проблемы и их отражение в перинатальной психологии, психотерапии (ведущие И.В. Добряков, М.Е. Блох). В последний день также состоялся Круглый стол, посвященный вопросам девиантного поведения.

Выделение отдельного дня для проведения обучения в лекционной форме и в виде мастер-классов – это уже традиционный формат работы Конгресса, поль-

зующийся заслуженной славой среди участников. Возможность послушать лекции корифеев психологии и медицины, из рук в руки получить знания по методической работе, техникам психотерапевтического сопровождения, диагностики – все это по достоинству оценили участники, в кулуарах обсуждались самые интересные темы, яркие лекторы и ведущие мастер-классов. Образовательный потенциал Конгресса также обеспечивался бесплатной раздачей литературы (по сахарному диабету, по анализу одаренности) и журналов, выпускаемых Ассоциацией детских психиатров и психологов. Небезынской для участников была и книжная лавка, где можно было приобрести последние новинки в области медицины и психологии детства и юношества. Своего рода «десант» научных и прикладных достижений ФГБНУ НЦПЗ был представлен в мастер-классах (отдел медицинской психологии) и лекциях.

Пленарные доклады были посвящены разным темам, связанным с современным молодым поколением, и таким областям научно-практической деятельности (медицины - психиатрии, неврологии, эндокринологии; психологии – клинической, социальной, возрастной, педагогической), где осуществляется поиск путей решения этих разнообразных психологических, социальных и медицинских проблем. Все три пленарных заседания проходили с обязательным обсуждением представленных докладов, дискуссиями. Интерес вызвали горячие темы, связанные с расстройствами аутистического спектра (И.Ю. Машкова и др.), вопросами клинко-психологической диагностики, проблемой перехода значительной части видов деятельности современных специалистов из разряда «помощь» в разряд «услуг» со всеми вытекающими последствиями (Н.В.Зверева и др.). Поднимались значимые социальные темы интернет-зависимости и адекватного использования достижений цивилизации (Л.О. Пережогин, В.Л. Малыгин, А.Ю. Егоров, В.С. Собкин и др.), вопросы агрессивности молодого поколения, проблемы профилактики суицидального поведения, вопросы и задачи оптимизации образования, инклюзии, задачи и средства подготовки специалистов и многое другое. Принцип междисциплинарного сотрудничества и мультидисциплинарного подхода отличал большинство сообщений. Специально этой теме было уделено внимание на третьем пленарном заседании, когда по итогам докладов обсуждалось междисциплинарное взаимодействие в психокоррекционной помощи детям и подросткам (Н.М. Иовчук, А.А. Северный и др.). Всего слушатели познакомились с более чем 20 сообщениями ведущих специалистов на животрепещущие темы поддержки детей и молодежи, изучения их психического и соматического здоровья, вопросов организации помощи при разных вариантах нарушенного развития, анализа новых видов патологии, средств ее оценки и курирования и т. д.

Невозможно в коротком обзоре охватить все темы секционных заседаний, на которых было заслушано более 80 докладов. Отметим, что большинство докладов обсуждалось, слушатели задавали вопросы, вступали в дискуссии. Можно посоветовать заинтересовавшимся обсуждаемыми на Конгрессе темами следить за выпусками журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков», в которых планируется публиковать основные пленарные и секционные доклады. Также доступным является и сборник материалов Конгресса.

Рабочая творческая атмосфера сопровождала всю работу Конгресса. То же можно отнести и к завершающему заседанию, на котором, с одной стороны, подводились итоги встречи заинтересованных специалистов, обсуждались насущные проблемы совместной работы специалистов, как в настоящем, так и в будущем, а с другой – был принят Меморандум Конгресса.

**МЕМОРАНДУМ
VI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(Санкт-Петербург, 2017 г.)**

19-22 сентября 2017 г. по инициативе Ассоциации детских психиатров и психологов, на базе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, при поддержке Минздрава России и Минобрнауки России, Российского общества психиатров и Благотворительной программы «Альфа-Эндо» Фонда поддержки и развития филантропии «КАФ» в г. Санкт-Петербурге состоялся VI Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». В нем принял участие более 500 представителей различных специальностей (психиатров, психотерапевтов, психологов, педиатров различного профиля, педагогов, специалистов органов опеки и внутренних дел, социальных педагогов и др.) из Российской Федерации, стран СНГ, Финляндии, США, Израиля.

В ходе развернувшихся дискуссий выявлено, что состояние психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения по ряду показателей остается неудовлетворительным, неудовлетворительна и организационная ситуация деятельности и подготовки профессионалов, сопряженных с проблемой охраны психического здоровья детей и подростков. Установлен ряд актуальных социально-психологических проблем в детско-подростковой среде: высокий уровень социального сиротства, рост состояний зависимости, сохранение высокой суицидальной опасности, агрессивности, девиантности и делинквентности несовершеннолетних. Наряду с этим отмечены позитивные моменты, касающиеся прогрессивных форм оказания профессиональной высококвалифицированной помощи медиками, педагогами, психологами детям и подросткам с нарушениями адаптации, развития и поведения.

VI Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» считает необходимым обратиться в органы законодательной и исполнительной власти, к общественным структурам со следующими предложениями по решению наиболее острых проблем, препятствующих созданию полноценной общегосударственной системы охраны психического здоровья подрастающего поколения:

I. Нормативно-правовая сфера.

1. Привлечение детских психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, специалистов органов опеки, социальных педагогов, социологов к подготовке законопроектов и проектов подзаконных нормативно-правовых ведомственных (межведомственных) документов в части, касающейся проблем охраны психического здоровья и психосоциальной адаптации ребенка и семьи, их участие в экспертной оценке данных актов с точки зрения влияния на психическое здоровье и психосоциальную адаптацию ребенка и семьи.

2. Восстановление номенклатурной специальности детского психиатра (нарколога) с усовершенствованием системы профессионального образования и сертификации, отвечающей современным научно-организационным требованиям, с одновременным запретом сертификации и лицензирования в коррекционно-лечебной и экспертной сфере детско-подростковой психиатрии врачей, не прошедших соответствующей обязательной базовой специализации.

3. Усовершенствование нормативно-правовой базы и научно-методического обеспечения системы подготовки кадров, деятельности психолого-медико-педагогических комиссий для внедряемой системы интеграции в естественный социум (инклюзии) детей с особыми нуждами. Целесообразно начать введение инклюзивного образования с дошкольного периода. Необходимо формирование позитивного общественного отношения к инклюзивному обучению, в первую очередь, с вовлечением средств массовой информации.

4. Разработка и нормативное обеспечение механизма профессиональной экспертизы и сертификации развивающей и игровой, в том числе компьютерной, продукции для детей и подростков, с тем чтобы предотвратить ее негативное воздействие на психологическое развитие и психическое здоровье.

5. С целью профилактики психологической травматизации ребенка и его семьи привлечение специалистов в области детской и семейной психологии для создания нормативно-правовых рамок использования детей в рекламе и шоу-программах.

6. Изменение нормативно-правового статуса психолого-медико-педагогических комиссий с введением их в структуру мультидисциплинарных центров, оказывающих помощь детям с проблемами развития, поведения, социально-психологической адаптации.

II. Организационно-методическая сфера.

7. Проведение на федеральном уровне постоянных мониторингов и популяционных исследований состояния социально-психологического здоровья детей и молодежи.

8. Поддержка и развитие региональных инициатив по созданию самостоятельных служб психического здоровья детей и подростков, разработав, в том числе, научно-методические и нормативные основы деятельности таких служб на основе межведомственного взаимодействия.

9. Создание мультидисциплинарных межведомственных кризисных центров на муниципальном и региональном уровнях для оказания экстренной психосоциальной и психотерапевтической помощи детям, оказавшимся условиях экстремального воздействия психотравмирующих факторов, в ситуациях риска по ауто- и гетероагрессии.

10. Распространение моделей психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах развития и социализации ребенка (в женских консультациях и родильных учреждениях, в педиатрических службах и т. п.) – с их научно-методическим обеспечением и системой подготовки соответствующих кадров.

11. Прекращение повсеместно распространившейся практики проведения без медицинских показаний «регулируемых» и форсируемых родов, сопровождаемых несомненным риском повреждения центральной нервной системы плода.

12. Создание организационных условий и методического обеспечения полноценной профессиональной реализации, профессиональной защищенности и профессионального контроля, в том числе системы сертифицирования, для специалистов, работающих в учреждениях непрофильной ведомственной подчиненности (психологов и педагогов в учреждениях здравоохранения, психиатров и психотерапевтов в образовательной системе и т. п.).

13. Создание научно-методических и организационных предпосылок для развития важнейших направлений – микропсихиатрии, психосоматики, перинатальной психологии и психотерапии. Создание условий для подготовки узкопрофиль-

ных специалистов службы психического здоровья детей и подростков, в том числе по психиатрии раннего возраста («микropsихиатров»), детско-подростковой психосоматике, психотерапии, болезням зависимости, медицинской психологии и др.

14. Создание эффективной системы ускоренного внедрения в практику детской психиатрии достижений психофармакологии, с тем чтобы в терапии детей и подростков могли использоваться современные действенные и безопасные психотропные средства вместо морально устаревших, с высоким риском осложнений препаратов.

15. Создание условий для обучения с целью расширения компетентности в смежных областях специалистов, работающих в сфере образования, социальной защиты, охраны психического здоровья детей и подростков.

16. Реформирование психологической службы образования с выведением ее из-под служебно-финансовой зависимости от администрации образовательных учреждений.

17. Разработка и внедрение в среднее образование курса культуры и этики семейной жизни.

III. Сфера политики и общественной деятельности.

18. Осуществление государственной поддержки специальных изданий, мероприятий, в том числе тематических конгрессов и конференций на федеральном уровне, осуществляющих трансляцию опыта эффективного межпрофессионального и межведомственного взаимодействия в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, поддержания психосоциальной адаптации семьи.

19. Развитие межрегионального и международного сотрудничества в области охраны социально-психологического здоровья подрастающего поколения, в том числе сотрудничества профессиональных сообществ, через организацию кросс-культуральных исследований наиболее острых проблем нарушений развития, поведения, психосоциальной адаптации, а также этнокультуральной ксенофобии и толерантности детей и их семей.

Для решения перечисленных проблем требуется концептуально целостный научно-методический подход, опирающийся на национальные достижения и мировой опыт, не скованный узковедомственными интересами, реализация которого возможна через создание специальной структуры - **ФЕДЕРАЛЬНОГО НАУЧНОГО И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА**, подобных которому в отечественной науке и практике не существует. **МИССИЯ ЦЕНТРА** может быть определена как реализация системного научного подхода в разработке организационно-методических предпосылок вовлечения российского общества в решение проблем защиты прав, социального и душевного здоровья ребенка и семьи, в создание условий для их позитивной социализации.

На Конгрессе принято решение о проведении VII Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» в 2021 г.

Конгресс выражает уверенность в том, что как органы законодательной власти, так и ведомственные структуры на различных уровнях – от федерального до муниципального, а также общественные организации в пределах своей компетенции способны взять на себя ответственность за решение указанных неотложных проблем в деле сохранения психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения.

«МАЛЬЧИШЕСТВО КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН»: ОБЗОР КРУГЛОГО СТОЛА

Круглый стол «Мальчишество как социокультурный феномен» состоялся в рамках одноименной международной конференции, проходившей 17-18 ноября 2016 г. на базе философского факультета Национального исследовательского Томского государственного университета при поддержке Томской региональной общественной организации «Общество научно-исследовательской и социально-психологической поддержки мальчиков, юношей и мужчин». В рамках круглого стола изначально предполагалось создать пространство для обсуждения специфических мальчишеских проблем в среде самих мальчиков и юношей. Это было необходимо для того, чтобы мнения высококвалифицированных экспертов могли быть дополнены соображениями самих мальчиков и юношей, что, конечно, представляло бы собой значимое добавление к общей картине конференции. Таким образом, к участию в круглом столе были приглашены школьники Томска и Северска, студенты Северского кадетского корпуса и Томского аграрного колледжа в возрасте от 14 до 18 лет.

Стуколов Андрей, студент 1 курса Томского аграрного колледжа, сразу задал одну из самых важных тем дальнейшего обсуждения – «Проблема воспитания сыновей в неполных семьях». Особое внимание Андрей уделил той трансформации, которую претерпевают отношения матери и ребенка. С одной стороны, в большинстве случаев в результате развода ребенок остается с матерью, не теряет ее, однако, с другой стороны, возросшая ответственность и увеличение количества функций (разные аспекты воспитания, материальное обеспечение), которые теперь должна выполнять мать, делают ее отношения с ребенком более проблематичными. В результате ребенок теряет не только отца, но и мать, не способную более уделять ему достаточное количество времени и внимания. Более того, повышенная тревожность относительно «мужественности» сына заставляет мать брать на себя еще и определенные компоненты «мужского» воспитания (строгость, требовательность, жесткость). В результате сын лишается специфической материнской теплоты и терпимости. Андрей сделал вывод о том, что сложный опыт взросления в неполной семье может побудить юношу серьезно задуматься над мужской ролью в семье и обществе, а следовательно, может помочь с большей ответственностью подойти к созданию своей собственной семьи и к своим будущим ролям отца и мужа.

Учватов Семен, студент 1 курса Томского аграрного колледжа, выступил с сообщением «Причины подростковой агрессии». На вопрос о том, как часто сами юноши проявляют агрессию по отношению к окружающим, ответы распределились следующим образом: 0% – «часто», 86% – «редко» и 14% – «никогда». Агрессия настолько имманентно присуща юношеской среде, что выступает своеобразным фоном и в выстраивании отношений с окружающими, и в оценивании собственного поведения, фоном, который даже не осознается респондентами. В заключении Семен подчеркнул, что существует множество причин агрессии среди подростков-парней. Однако самой важной является причина, связанная с воспитанием:

Владислав Мясников, ученик 11 класса Северского кадетского корпуса выступил с сообщением «Воспитание сыновей в неполных семьях». Специфика воспитания сына в неполной семье связана с тем, что ребенок не может получить в ней гармоничное развитие, включающее и необходимую материнскую нежность и ласку, и строгость и требовательность отца одновременно. Каждый родитель несет в себе специфическую особенность, необходимую для правильного развития ребенка, и его потеря наносит непоправимый ущерб. Однако возникающие трудности можно и нужно компенсировать. Для этого одному родителю нужно научиться выполнять отчасти и материнскую и отцовскую родительские функции: давать и ласку, и строгость.

Во второй части круглого стола участникам были предложены для обсуждения следующие вопросы:

1. «Что делает мальчика (парня, юношу) мальчиком (парнем, юношей) помимо физиологии?»

2.«Какие преимущества у мальчиков/юношей в сравнении с девочками/девушками?»

По результатам круглого стола можно сделать следующие выводы.

- Гендерные роли размыты, общественные стереотипы присутствуют в сознании молодежи, тем не менее есть только примерное представление о том, что должны делать мужчины и женщины. Утверждения в контексте «Мужчина должен...», чаще сменяются рассуждениями о том, что мужчины и женщины могут делать все, выполнять разные роли, у полов нет никаких преимуществ.

- Во время дискуссии присутствовали суждения о том, что существует «искусственное равенство» полов. Это не классическая дискриминация женщин, а именно дискриминация мужчин (стереотип любого социолога, исследователя, который может мешать видеть ситуацию в большей степени объективно). «Мужчина должен, а у нас равенство полов».

- По-прежнему, присутствуют два подхода к гендеру в сознании молодых людей. С одной стороны, гендер конструируется обществом, конкретной социокультурной системой и мы в повседневности взаимодействуем со стереотипами, которые совершенно не обязывают нас быть такими (или обязывают ограничено, в духе традиционного действия М. Вебера). С другой стороны, различия между мужчинами и женщинами есть и они не только физиологические. Здесь можно выделить два обоснования, встречающиеся в массовом сознании и зафиксированные на круглом столе. Первое: мужчины по своей биологической природе другие и не могут быть женщинами в принципе, так как у них различается физиология, психика, особенности восприятия и пр. (Принцип биологизма). Второе: апелляция к надындивидуальным установленным традициям и представлениям, структурированным опривыченным компонентам мышления индивидов. В особенности любое из существующих направлений функционализма, представители которого воспринимают общество как тотальную систему, детерминирующую поведение индивидов, даже в большей степени может подтвердить данный взгляд. (Классический, структурный, радикальный функционализм).

- Во время дискуссии участники выразили однозначно позитивное отношение к роли отца, то есть все имеют сильную установку на данную роль или, по крайней мере, она не противоречит представлениям молодых людей о будущих ролях, в том числе и семейных.

- Семья, исходя из утверждений респондентов, актуальна и стоит по сравнению с карьерой на первом месте, хотя многие респонденты говорили о важности совмещения карьеры и семьи. Было также озвучено представление о том, что карьера в первую очередь нужна всем мужчинам, но, опять же, ради возможности обеспечивать семью.

В целом можно утверждать, что проведение круглого стола «Мальчишество как социокультурный феномен» способствовало осознанию организаторами следующих значимых моментов:

- 1.Современные мальчики находятся в сложной ситуации размывания традиционного представления о соотношении гендерных ролей, что ставит их перед серьезным выбором между поиском оснований для реанимации традиционного представления в современных условиях и признанием неопределенности в понимании мужской и женской социальных ролей.

- 2.Мальчики осознают, что в современной ситуации трансформации классических представлений о различии и соотношении полов быть мужчиной – сложная задача, связанная со множеством рисков и издержек (по выражению респондентов существует «дискриминация мужчин», «мы проигрываем»).

- 3.Мальчики констатируют тот факт, что повышенный уровень агрессии и общее силовое и психологическое напряжение в мальчишеской среде являются неотъемлемым фоном их взросления и социализации.

4. Особого внимания заслуживает проблема воспитания мальчика в неполной семье. Рефлексия по поводу этого острого социального вопроса способствует развитию в юношах убеждения, что с этой проблемой могут справиться только они сами, создав со временем «настоящую» семью.

ЛЮДМИЛА ПАВЛОВНА РУБИНА

(27 января 1934 года—30 октября 2017 года)



Реформаторские идеи медико-коррекционного направления в детско-подростковой психиатрии Ленинграда-Петербурга стали возможны благодаря профессионализму и энтузиазму Заслуженного врача России, блестящего организатора здравоохранения и общественного здоровья Людмилы Павловны Рубиной.

Л.П. Рубина является одним из инициаторов создания новой идеологии оказания психиатрической помощи детям, подросткам и молодым людям с перенесением акцента на амбулаторное звено и комплексные реабилитационные программы. По ее инициативе и под ее руководством в городе создана система дневных стационаров, школьных учреждений, реабилитационных отделений для детей и подростков с психическими заболеваниями и задержкой интеллектуального развития.

Проделана большая работа по развитию и реформированию взрослой психосоматической помощи. В частности, организована сеть психосоматических стационаров, система общежитий для психических больных, утративших социальные связи, открыта кризисная служба. В сложных экономических условиях проведено значительное укрепление материальной базы психиатрических стационаров, внедрена система подготовки молодых специалистов-медиков.

Особого внимания заслуживает деятельность Л.П. Рубиной в области организации структуры социально-правовой помощи психическим больным. Под ее руководством разработана программа «Развития и совершенствования психиатрической службы Санкт-Петербурга и ее материально-технической базы», принятая Законодательным собранием Санкт-Петербурга в качестве Закона Санкт-Петербурга.

Л.П. Рубина неутомимо отстаивала права и интересы пациентов и их родственников, вела многогранную образовательную и разъяснительную работу с населением в средствах массовой информации. Автор более 40 научных работ. Награждена орденами и медалями, профессиональными почетными знаками, а также многочисленными дипломами, грамотами и благодарностями всех уровней власти.

Curriculum vitae Л.П. Рубиной

27 января 1934 года — рождение Людмилы Москалевой в Ленинграде в семье Москалева Павла и Смирновой Надежды Александровны

1941-1944 - ребенок блокадного Ленинграда

1952-1958 — студентка Ленинградского педиатрического медицинского института

1958-1970 — супруга Юрия Аркадьевича Рубина, инженера механико-судовой службы «Севрыбхолодфлота»

1959 — рождение сына Михаила Юрьевича Рубина (1959-2002)

Профессиональная карьера

1958-1960 — клинический ординатор кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института

1960-1970 — главный врач психоневрологического диспансера Выборгского района Ленинграда

1970-1989 — главный врач Детской психиатрической больницы № 9 Ленинградского городского отдела здравоохранения

1989-1995 — главный врач ГУЗЛ «Объединение «Детская психиатрия»

1996-2009 — главный врач СПб ГУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

2009-2014 — заместитель главного врача по медицинской части СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

2014-2017 — врач-психиатр, консультант СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

30 октября 2017 года — окончание жизненного пути Людмилы Павловны Рубиной

Общественное служение

1991-2014 — член комиссии при Правительстве Санкт-Петербурга по незаконному обороту наркотиков, профилактике преступлений и наркомании

1992-2005 — главный внештатный психиатр Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга

2002-2006 — главный внештатный психиатр по Северо-Западному федеральному округу

2005-2014 — главный внештатный детский психиатр Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга

член коллегии Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга

член Медицинского совета при Губернаторе Санкт-Петербурга

член подкомиссии при Экспертном совете при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации

член комиссии по правам человека при Губернаторе Санкт-Петербурга

член Комиссии по делам несовершеннолетних при Губернаторе Санкт-Петербурга

член Санкт-Петербургской региональной общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков»

член медицинского совета по Северо-Западному региону

Звания и государственные награды

Значок «Отличнику здравоохранения» (1978)

Медаль «Ветеран труда» (1985)

Знак «Жителю блокадного Ленинграда» (1989)

Почетное звание «Заслуженный врач РСФСР» (1990)

Медаль «50 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (1995)

Медаль «В память 300-летия Санкт-Петербурга» (2003)

Медаль «В честь 60-летия полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады» (2004)

Орден Почета (2004)

Медаль «60 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (2005)

Медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2010)

**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, 3 см слева, 1,5 см справа.**
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ.**
4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции 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. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.
9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** 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 30.11.2017 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru