# ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2017 (17), №2 (ПРИЛОЖЕНИЕ)

**«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. Басилова, 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».**

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет**

**Ассоциация детских психиатров и психологов**
**при поддержке Российского общества психиатров**

**Благотворительная программа**
**«Альфа-Эндо» Фонда поддержки и развития филантропии «КАФ»**

# VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

# Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья

**19-22 сентября 2017 г.**

**Санкт-Петербург.**

## ОРГКОМИТЕТ КОНГРЕССА

***Председатель Оргкомитета:***
**Елена Николаевна Байбарина -** директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России
***Сопредседатель Оргкомитета:***
**Дмитрий Олегович Иванов –** и. о. ректора Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
***Заместители Председателя Оргкомитета:***
**Николай Григорьевич Незнанов** - директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева
**Анатолий Алексеевич Северный** – президент Ассоциации детских психиатров и психологов (АДПП), ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья
***Оргкомитет:***
**Людвиг Иосифович Вассерман** – профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета
**Северин Вячеславович Гречаный** – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
**Игорь Валерьевич Добряков** – старший научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева
**Владимир Валентинович Зарецкий –** член Правления АДПП, директор Центра защиты прав и интересов детей
**Наталья Владимировна Зверева –** член Правления АДПП, профессор Московского государственного психолого-педагогического университета
**Сергей Александрович Игумнов** - профессор кафедры психологии Белорусского государственного университета
**Анна Викторовна Карпушкина - р**уководитель программы «Альфа-Эндо» Фонда поддержки и развития филантропии «КАФ»
**Наталья Капитоновна Кириллина** - член Правления АДПП, генеральный директор Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)
**Евгений Владимирович Корень** - член Правления АДПП, руководитель отделения Московского НИИ психиатрии
**Игорь Владимирович Макаров** – руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева
**Евгений Вадимович Макушкин** – заместитель директора Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
**Любовь Евгеньевна Никитина** – член Правления АДПП, генеральный директор ООО «Научный центр технологической экспертизы»
**Евгений Александрович Сильянов** - директора Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей Минобрнауки России
**Владимир Самуилович Собкин** - руководитель Центра социологии образования Института управления образованием

***Сопредседатели Программного комитета*:**
**Юрий Степанович Шевченко** – председатель Московского филиала АДПП, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования
**Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер** – председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова
***Программный комитет:***
**Нина Михайловна Иовчук** – член Правления АДПП, профессор Московского государственного психолого-педагогического университета
**Владимир Давыдович Менделевич** - зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья
**Елена Олеговна Смирнова** – член Правления АДПП, профессор Московского государственного психолого-педагогического университета

**А.С. Аблятипов**

## О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

**Министерство образования, науки и молодежи Республики Крым (Симферополь).**

Организация работы по комплексному психолого-медико-педагогическому обследованию детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей определена приоритетным направлением деятельности Министерства образования, науки и молодежи Республики Крым. Есть положительные моменты в работе, но вместе с тем отмечаются определенные проблемы и трудности, связанные со становлением данной системы.

В Республике Крым создана и организована работа Центральной психолого-медико-педагогической комиссии (ЦПМПК – г. Симферополь) и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий (ТПМПК). По состоянию на 01.07.2017 г. количество ТПМПК, работающих на постоянной основе, доведено до 17. На общественных началах – 6 ТПМПК. В 2 муниципальных образованиях ТПМПК не функционируют.

Органы местного самоуправления определили разные формы организации деятельности территориальных ПМПК. 15 ТПМПК являются структурными подразделениями муниципальных казенных образовательных учреждений Республики Крым «Методический центр». 4 ТПМПК - структурные подразделения муниципальных бюджетных учреждений дополнительного образования «Центр детского и юношеского творчества», 3 ТПМПК - структурные подразделения Управлений образования и молодежи администрации, 1 ТПМПК - структурное подразделение «Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

Следует отметить увеличение как детского населения, так и количества детей с ограниченными возможностями здоровья. ТПМПК в 2015 г. обследовано 1552 ребенка, проконсультирован 2381 ребенок, а в 2016 г. обследовано 4086 детей, что на 62% больше, проконсультировано 2238 детей.

Сложным остается вопрос кадрового обеспечения деятельности ТПМПК. В Республике Крым существует острая нехватка квалифицированных кадров для обеспечения деятельности комиссий во всех регионах. Многие территориальные комиссии укомплектованы в основном только заведующими, педагогами-психологами и учителями-логопедами. Учреждения высшего профессионального образования Республики Крым не готовят таких специалистов как тифло- и сурдопедагоги. Растет количество детей с такой патологией, как расстройства аутистического спектра. Специалистов, имеющих специальную подготовку, которая позволила бы успешно работать с данной категорией детей, недостаточно. Отмечаем нехватку таких специалистов, как тьюторы. Полагаем, что кадровый вопрос актуален не только для Республики Крым, но и для других субъектов Российской Федерации.

Одним из важных вопросов по психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи является вопрос организации и сопровождения инклюзивного образования. В Республике Крым сопровождение инклюзивного образования осуществляется централизованно Инклюзивным ресурсным центром (ИРЦ) – структурным подразделением Государственного бюджетного учреждения «Крымский республиканский центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения», в структуре которого также находится Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия.

В соответствии с данными Центральной психолого-медико-педагогической комиссии инклюзивное обучение было рекомендовано: в 2014 г. 353 детям, в 2015 г. 311 детям, в 2016 г. 351 ребенку. За период с января по июнь 2017 г. – 174 детям. Всего на инклюзивном обучении в Республике Крым находятся 529 детей по различным нозологиям в 271 образовательной организации.

Инклюзивным ресурсным центром и Крымским республиканским центром ведется работа по сопровождению данной формы образования. Проводятся выездные заседания сотрудников в соответствии с графиком, утвержденным МОНМ РК, и по запросу. В 2016 г. осуществлены 49 (32 по плану и 17 внеплановых) выездов специалистов ИРЦ в регионы с целью оказания консультативно-методической помощи психолого-медико-педагогическим консилиумам образовательных организаций в организации учебно-воспитательного процесса и психолого-педагогического сопровождения детей, находящихся на инклюзивной форме обучения. В первом полугодии 2017 г, таких выездов было24. В ходе мероприятий проводится динамическое наблюдение за ребенком в условиях группы/класса, совместное обсуждение результатов с педагогами, специалистами, родителями и по итогам посещений составляются рекомендации, оформляются карты посещения образовательной организации, анкеты обратной связи.

Консультативная работа ведется также в виде ежемесячных вебинаров по вопросам инклюзивного образования, материалы которых размещаются на сайте учреждения.

Принимая во внимание вышеизложенное, отмечаем, что реализация конституционного права на общедоступное и бесплатное получение дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования через организацию работы по комплексному психолого-медико-педагогическому обследованию детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей, подготовка по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-педагогической, медицинской помощи и организации их обу-

чения и воспитания предполагается на основе решения следующих задач:

1. Нормативно-правовое и организационное обеспечение условий деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, в том числе через создание централизованной модели оказания психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;

2. Расширение возможностей для оказания своевременной, доступной психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям;

3. Развитие сети государственных, муниципальных, частных образовательных организаций (классов, групп) для реализации права на получение образования, в том числе в условиях инклюзивного образования;

4. Развитие инфраструктуры, обеспечивающей равный доступ граждан к дошкольному, начальному общему, основному общему, среднему общему и дополнительному образованию;

5. Подготовка, профессиональная переподготовка кадров и повышение квалификации педагогических работников.

Таким образом, учитывая изложенное, можно прийти к выводу, что вопросы, связанные с комплексным психолого-медико-педагогическим обследованием детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей, решаются, на наш взгляд, каждым субъектом Российской Федерации с разной степенью результативности. Уверены, что опыт каждого из субъектов России уникален и заслуживает отдельного рассмотрения. И на основе анализа регионального опыта отдельные проблемы могут найти свое решение на федеральном уровне.

**А.В. Абрамов, О.Ф. Панкова**

## ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ – ПРЕДИКТОР ИЛИ СЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ?

**ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой», ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Москва).**

**Актуальность проблемы.** В работах отечественных психиатров последних лет (Дмитриева Т.Б., 2007) подчеркивалась недостаточность и даже ошибочность статического понимания клиники психических расстройств у детей и необходимость изучения структуры и динамики психопатологии во временном диапазоне. Одной из наиболее сложных и дискутабельных проблем детской психиатрии является изучение гетерогенной группы расстройств развития. Значимость изучения данной группы расстройств, помимо множества нерешенных вопросов этиопатогенеза, клиники, прогноза и оказания помощи больным, связана с их чрезвычайно высоким ростом за последние годы.

По результатам проведенного нами анализа структуры психических расстройств у пациентов НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой за период с 1999 по 2016 гг. выявлен рост абсолютного количества пациентов с патологией развития (шифр F8, по МКБ-10) почти в 6 раз, что в процентном выражении от общего числа пациентов составило 8% в 1999 г. и 36% в 2015 г. В данной группе от 60% до 70% пациентов имели диагноз F84.8 «Другие общие расстройства развития», которым обозначались любые задержки психического развития (ЗПР). Учитывая недостаточную клинико-нозологическую обоснованность данного диагноза при первичной госпитализации пациентов, представляется важным проведение клинико-катамнестического изучения дальнейшей динамики расстройств и психического развития детей данной группы.

Ретроспективное изучение 1648 историй болезни пациентов с впервые выставленным при выписке диагнозом F84.8 за период с 1999 по 2008 гг. на момент оценки (2017 г.) выявило следующие изменения диагноза: по 1% пришлось на нарушения психического развития при фенилкетонурии и эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9), 3% - расстройства шизофренического спектра (F2), 4% - расстройства психологического (психического) развития уточненные (F8), 13% - органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0), 20% - умственная отсталость (F7). У оставшихся 56% пациентов (n = 918) диагноз не изменился.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение с помощью ретроспективного катамнестического метода группы пациентов с задержкой психического развития (диагноз F84.8), у которых в дальнейшем были диагностированы заболевания из группы расстройств шизофренического спектра(F2).

**Полученные результаты и их обсуждение.** Когорту изученных клинических случаев составили 53 наблюдения. Возраст постановки диагноза F84.8 «Другие общие расстройства развития» варьировал от 3 до 8 лет, средний возраст составил 5 л. 6 мес. (σ=±1г. 7 мес.). По полу явно преобладали мальчики - 90% (n=49). Изменение (уточнение) диагноза в 70% случаев происходило во время повторных стационирований, в 30% случаев амбулаторно, по консультации научных сотрудников в диспансерном отделении, менее 1% пришлось на другие психиатрические стационары г. Москвы (НЦПЗ). Сроки уточнения диагноза находились в интервале от 1 до 13 лет, в среднем 4 г. 5 мес. (σ=± 2г. 3 мес.). Средний возраст постановки диагноза из рубрики F2 «Расстройства шизофренического спектра» составил 11 лет (σ=±3г. 9 мес.). В 50% наблюдений в дальнейшем состояние больных было верифицировано как «Детский тип шизофрении». Чаще диагноз выставлялся до 10–11 лет. У 20% пациентов был выставлен диагноз «Шизотипическое рас-

стройство личности» - F21.8. Данный тип расстройства выявлялся в интервале от 5 до 15 лет. Из других диагнозов рубрики F2 имели место: F21.4 «Псевдопсихопатическая шизофрения» (5%), F21.5 «Бедная симптомами шизофрения» (менее 1%), F25 «Шизоаффективное расстройство» (20%).

Что касается сведений анамнеза, следует отметить наследственную психопатологическую отягощенность в 30% случаев, патологию беременности и родов в более чем 90% случаев. В 40% случаев на первом году жизни дети наблюдались неврологом в связи с признаками перинатальной энцефалопатии. В рамках первого стационирования практически у всех детей отмечалась задержка речевого развития разной степени тяжести. Среди основных синдромов в разных сочетаниях выявлялись: психопатоподобный (70%), неврозоподобный (50%), гипердинамический (40%). Признаки пограничной интеллектуальной недостаточности имели место в 50% случаев, интеллектуального снижения в 10%. Шизофреноподобный синдром был отмечен в 20% случаев, в 50% наблюдений имели место отдельные аутистические проявления в поведении. Также в отдельных наблюдениях встречались признаки патологического фантазирования, склонность к сверхценным интересам и увлечениям, гебоидность в поведении, суицидальные проявления. В 3-х наблюдениях причиной повторной госпитализации явилось острое психотическое состояние. В оставшихся наблюдениях причинами повторного обращения в стационар являлись психопатоподобные проявления, школьная и социальная дизадаптация, неврозоподобная симптоматика. Несмотря на проводимую комплексную терапию, включающую психофармако- и психотерапию, качество жизни и социальный прогноз у больных в целом оказался неблагоприятным. У 60% больных была инвалидизация по психическому заболеванию.

**Заключение.** Проведенное исследование подтвердило наличие трудностей в постановке нозологического диагноза в детском возрасте, что связано со стертостью и рудиментарностью психопатологической симптоматики в сочетании с разнообразными продуктивными и негативными дизонтогенетическими симптомами. В то же время ограничение диагностики лишь малоинформативным синдромальным диагнозом «Другие расстройства развития» могло негативно сказаться на прогнозе заболевания в связи с отсутствием своевременной верификации психопатологических проявлений и адекватной им терапии.

**И.Н. Абросимов**

## ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ГРУППАХ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

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

**Актуальность.**Последние психологические исследования указывают на распространенность проблемы суицидального риска среди детей и подростков (Соколова, Цыганкова, 2011; Иванищук, 2015; Фахрадова и соавт., 2017; Мазаева и соавт., 2016). В связи с этим авторами предлагаются все новые способы и подходы к психологической профилактике и коррекции в данной области (Польская, 2017; Ананьев, Александров, 2017; Лукашук, Меринов, 2017; Панфилова, 2013).

**Целью** настоящей работы являлось исследование клинико-психологических параметров у подростков, отличающихся по уровню суицидального риска.

**Задачи:** 1) описание и сравнение в выделенных подгруппах различных психопатологических паттернов и феноменов, а также стилей межличностных отношений; 2) определение возможных психологических механизмов формирования высокого риска суицидального поведения и выявленных связей между изучаемыми показателями.

**Объект исследования** – суицидальное поведение в подростковом возрасте.

**Предмет** – клинико-психологические особенности лиц с различным уровнем суицидального риска.

**Материалы и методы**. В исследовании приняли участие 75 подростков, обучающихся в учреждении среднего профессионального образования (техникум) по специальности «Геология» (Московская область) в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст составил 16,01±1,03 года). Исследование включало в себя применение следующих психодиагностических инструментов: 1. Опросник психопатологической симптоматики Дерогатиса - SCL-90-R (SimptomCheck List-90-Revised); 2. Методика «Диагностика межличностных отношений» Т. Дири; 3. Тест-опросник «Склонность к зависимости от употребления психоактивных веществ»; 4. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ SPSS-17. Применялись процедуры: дескриптивный анализ; анализ значимости различий между исследуемыми группами по критерию U Манна-Уитни.

**Результаты.** Для проведения сравнительного исследования групп с различным показателем суицидального риска был применен Опросник суицидального риска. На основании полученных с помощью него данных общую выборку подростков удалось разделить на две соотносимые по полу и возрасту группы: группа А – подростки с низким суицидальным риском (n=49) и группа Б – подростки с высоким суицидальным риском (n=26). Данные группы статистически значимо различались по показателям основных шкал (P≤0,05): демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор.

Исследование психопатологической симптоматики в общей выборке показало, что показатели по

всем шкалам не превышали нормативных уровней, приведенных авторами методики. Однако в выделенных группах подростков было обнаружено, что в группе Б – подростков с высоким суицидальным риском - статистически значимо выше показатели по всем шкалам, чем в сравниваемой группе с низким суицидальным риском. При этом в группе Б показатели по таким шкалам, как Обсессивность-Компульсивность (1,35±0,60 балла), Межличностная сенситивность (1,47±0,74 балла), Враждебность (1,34±0,72 балла) и Паранойяльность (1,58±0,64 балла) превышают нормативные данные и являются ведущими в структуре выявленной психопатологической симптоматики (общий показатель - 55,15±17,81 балла).

Полученные данные дополняются в ходе исследования индивидуального стиля общения подростков с окружающими. Стоит отметить, что в общей выборке и в сравниваемых подгруппах показатели по всем изучаемым октантам не превышала границы адаптивного поведения. Однако были выявлены статистически значимые различия в группах. Так, в группе с высоким суицидальным риском показатели по октантам Прямолинейность-Агрессивность (6,08±2,89 и 8,31±2,85 балла; P=0,002) и Недоверчивость-Скептичность (6,02±2,69 и 8,42±2,70 балла; P=0,001) оказались выше, чем в сравниваемой и приближены к неадаптивным формам поведения, применение которых может провоцировать возникновение различных межличностных конфликтов.

**Выводы.**

1. Подростки с высоким суицидальным риском отличаются общим высоким уровнем готовности к психопатологическому реагированию. При этом на первый план выступают коммуникативные особенности: чувствительность к сигналам из внешней среды, в том числе и к обратно связи от окружающих, и как следствие - враждебное и недоверчивое отношение к окружающим. Это может приводить к нарастающим внутри- и межличностным конфликтам в подростковом возрасте, когда ведущей деятельностью является интимно-личностное общение, в рамках которого подросток и реализуется. Путем разрешения данных конфликтов и могут стать аутоагрессивные тенденции.

2. Механизм формирования высокого суицидального риска в подростковом возрасте может быть описан с учетом невозможности или искажении процессов восприятия и передачи информации о своих негативных переживаниях, которые находят свое отражение в проявлении агрессивности и низкого уровня доверия в коммуникациях.

3. В качестве мишеней для реализации профилактической или психокоррекционной работы по снижению суицидального риска у подростков могут быть рассмотрены особенности самоотношения, адекватное восприятие собственных переживаний и коммуникативные навыки. Оптимальным представляется учет данных параметров при разработке и реализации психолого-педагогической работы в образовательных учреждениях.

**И.А. Агеева, И.А. Лысенкова**

## ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЬНОЙ ЭКОСИСТЕМЕ

**Кыргызско-Российский Славянский Университет (Кыргызская Республика, Бишкек).**

Образовательная система играет немалую роль в формировании психического здоровья детей. Негативное влияние на здоровье учащихся оказывает сложный комплекс факторов, входящих в структуру образовательной системы. Изменения в макросистеме (смена одной экономической формации на другую, распад государства, нарушение привычных взаимосвязей, повлекших за собой массовую миграцию - как внешнюю, так и внутреннюю, а также повышение безработицы и смены как социального, так и экономического статусов значительного количества населения Кыргызстана, усиление роли этнических факторов в общественной жизни и в жизни отдельного человека) и усиление ее влияния, происходящие в последние 25 лет, негативно сказались на структуре взаимоотношений в экзо-, мезо- и микросистемах, в том числе и в школьной экосистеме, обусловливая кризис образования, эмоциональное напряжение и проявление отрицательных эмоций у учителей, учащихся и их родителей. Кроме этого с поступлением ребенка в школу отношения родителей и ребенка становятся более конфликтными. Повышенные требования к ребенку, постоянная оценка его успехов в учебе переносятся на семейные отношения, качественно меняя их и создавая ситуацию особой напряженности. Все это, в свою очередь, оказывает негативное влияние на формирование полисубъектного взаимодействия в системе «учитель-ученик-родитель».

И.М. Никольская (2001) считает, что школьные затруднения любого плана выступают как психотравмирующий фактор. Неудовлетворенность в какой-либо сфере жизни, наличие барьеров, затрудняющих или блокирующих деятельность, вызывает фрустрацию и изменение поведения ребенка, появление болезненной симптоматики. У всех детей с трудностями приспособления к школе можно выявить признаки пограничных нервно-психических расстройств. В этой связи развитие и совершенствование школьной психопрофилактической службы, направленной на сохранение психического здоровья ребенка, предупреждение развития пограничных нервно-психических расстройств является необходимым.

На наш взгляд, психопрофилактические программы по охране психического здоровья населения в наше время должны не только носить интердисциплинарный характер, но и разрабатываться на основе системного и интегративного подхода. При этом программы должны быть ориентированы, в первую

очередь, не на предупреждение возникновения нервно-психических расстройств, а на формирование личностной гармонии, поскольку психологическая служба образования, решающая только некоторые проблемы детей, не изменяет их положения в целом и их психического статуса и ситуации развития.

Мы считаем, что в образовательных учреждениях необходима систематическая работа в области психопрофилактики, причем она должна начинаться в младших классах и заканчиваться в выпускных, проводиться с учетом психологических особенностей разных возрастных периодов и должна опираться на фундаментально разработанную методологию на основании проведенных исследований. Такой подход необходим в связи с тем, что если своевременно не компенсировать донозологические проявления эмоциональных нарушений у учащихся и учителей, то эти нарушения могут стать почвой для развития тех или иных психических или психосоматических заболеваний, в том числе и наркозависимости.

Психопрофилактическую работу необходимо планировать и разрабатывать в соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения, где под первичной профилактикой подразумевается работа с организованными детскими коллективами и общественным сознанием по внедрению идей здорового образа жизни; вторичная профилактика направлена на работу с детьми группы риска; третичная профилактика предполагает работу с индивидами, страдающими тем или иным психическим расстройством, с целью профилактики рецидива заболевания.

Основой психопрофилактической программы в образовательных учреждениях должна быть первичная психопрофилактика, в связи с тем что психопрофилактика в системе образования должна быть направлена, в первую очередь, на психологическое обеспечение здоровья учащихся и педагогического коллектива. Иначе говоря, если психопрофилактика в классическом понимании охватывает область субклинических и клинических нарушений, то в нашем понимании психопрофилактические программы должны апеллировать, прежде всего, к здоровой личности, обеспечивая здоровье человека на всем протяжении его жизненного пути, формируя позитивное эмоционально-ценностное отношение личности к себе.

Говоря о сохранении здоровья у субъектов образовательного процесса, нельзя забывать, что это проблема междисциплинарная и требует скоординированной работы педагогов (в том числе логопедов, дефектологов, социальных педагогов), врачей и психологов. При этом мы считаем, что цель психологической работы в том, чтобы запустить новые продуктивные механизмы, обеспечивающие процесс развития. Механизмы личностной саморегуляции экзистенциального уровня должны характеризоваться, во-первых, глобальностью, способностью детерминировать развитие и, во-вторых, динамичностью, способностью к собственному развитию, создающему мотив и интерес быть здоровым.

При построении психопрофилактической программы необходимо учитывать не только свойства психики здоровых индивидов, но и защитные силы самого организма и факторы окружающей их среды, которые в совокупности обусловливают выносливость индивида к вредным воздействиям, в том числе и к эмоционально-аффективному напряжению.

**О.Д. Азбукина, Е.Г. Федосова, Н.А. Половнева**

## ОЦЕНКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «СПЕЦИАЛИСТ-РОДИТЕЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

**Центр развития речи «АиБ» (Москва).**

В медицину вошло такое понятие, как «комплаенс» (от лат. *complere*— совершение, исполнение, выполнение, или от англ. *compliance*— согласие, приспособление, разделение взглядов). Поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением, называют комплаентным. Термин «комплаентность» — точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения — стал применяться врачами с 1970-х гг. Эти рекомендации относятся как к приему препаратов, так и к изменению стиля жизни (отсутствие вредных привычек, правильное питание, физическая активность и распорядок дня ребенка). В литературе приводятся различные показатели комплаентности. Показатель соблюдения врачебных назначений в педиатрии оценивается различными авторами от 10% до 90% (Г.Л. Микиртичан с соавт., 2012). Такие полярные значения свидетельствуют о сложности объективной оценки выполнения всех врачебных назначений.

В нашей работе исследовалась возможность сотрудничества специалистов и родителей детей с системным недоразвитием речи (СНР) средней или тяжелой степени.

Лечение тяжелых степеней СНР представляет собой сложную комплексную задачу, при решении которой взаимодействуют специалисты различного профиля (психиатры, неврологи, логопеды, дефектологи, нейропсихологи, специалисты по гнозису и праксису). Такой комплексный подход используется в Центре развития речи «АиБ» (г. Москва).

Участие родителей в этом процессе обязательно, так как лечение ребенка с СНР подразумевает изменение образа жизни всей семьи. Занятия должны проходить несколько раз в неделю в специализированном центре, а также продолжаются дома. От полноты выполнения рекомендаций специалистов зависит результат комплексного лечения.

Нами была создана оценочная шкала включенности родителя в процесс комплексной терапии ребен-

ка с СНР. В разработке ее принимали участие эксперты: врачи и логопеды с многолетним стажем работы.

Листок взаимодействия «родитель–специалист» включает в себя оценку факта выполнения рекомендаций, мотивацию родителей и некоторые особенности детско–родительских отношений. Опросник позволяет оценить степень комплаентности родителей в баллах, что способствует объективизации оценки.

В исследовании приняли участие 60 родителей детей с СНР средней и тяжелой степени от 3-х до 6-ти лет. Родители были ознакомлены с результатами исследований.

Результаты оценки. 0-6 баллов ( низкая комплаентность). Не принимают своего ребенка и его проблемы. Обесценивают программу и коррекционный процесс. Перекладывают ответственность за коррекционный процесс на специалиста или третьих лиц (няня, бабушка). Не стремятся найти эффективные способы взаимодействия с ребенком.

7-11 баллов (средняя комплаентность). Соблюдают рекомендации специалистов формально. Не имеют мотивации к участию в коррекционном процессе и взаимодействии с ребенком. Имеют тенденцию к перекладыванию ответственности за коррекционный процесс на других лиц.

12-18 баллов (высокая комплаентность). Родители принимают своего ребенка и его проблемы. Доверяют специалистам и программе, по которой ведется коррекционная работа. Берут на себя ответственность за коррекционный процесс и принимают в нем активное участие. Учатся эффективным способам взаимодействия с ребенком.

Выводы: Выделение комплаенса в качестве самостоятельной составляющей процесса терапии является значимым фактором комплексного подхода в лечении детей с СНР. Используемый нами оценочный лист объективизирует процесс взаимодействия специалиста и родителя. В количественном выражении, наглядно и убедительно свидетельствует о необходимости участия родителей в процессе терапии ребенка.

Высокая степень сотрудничества родителей со специалистом позволяет добиться лучших результатов комплексной терапии, сократить ее сроки, сделать более комфортным для родителей и ребенка этот сложный и длительный процесс.

**Г.М. Александрова**

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ

**Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

В детском, подростковом и юношеском возрасте для формирования более эффективного преодолевающего поведения немаловажную роль играет эмоциональная поддержка взрослых и передача их жизненного опыта [1]. Данной поддержки лишены дети-сироты [3, 4]. Человек, лишенный прочного психологического «тыла» может избегать столкновений с реальностью, а имеющий надежную социальную поддержку, действовать более решительно [2].

Недостаточно развитые социальные компетенции у детей-сирот также негативно влияют на построение стратегий адаптивного преодолевающего поведения в будущем [7]. У воспитанников сиротских учреждений много личностных и поведенческих особенностей, затрудняющих их адаптацию в социуме, а это также связанно с содержанием преодолевающего поведения [5]. В связи с чем немаловажно рассмотреть то, к каким формам преодолевающего поведения прибегают дети-сироты, лишенные возможности общаться со значимым взрослым и с его помощью формировать наиболее эффективные формы преодолевающего поведения.

С целью исследования особенностей преодолевающего поведения у сирот младшего юношеского возраста, были протестированы 19 детей-сирот, проживающих в ГБУ г. Москвы Центре содействия семейному воспитанию «Спутник» [6]. В исследовании приняли участие сироты возрастом от 15 до 17 лет, среди которых 10 мальчиков и 9 девочек.

Схема проведения исследования включала в себя использование следующих методик: тестирование по методике для психологической диагностики копинг-механизмов Э. Хейма; проведение опроса с помощью опросника «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса; проведение проективной методики тест «Автопортрет», адаптированный Р. Бернсом.

В результате исследования было выявлено, что сиротами чаще всего используются неадаптивные стратегии (дистанцирование, бегство-избегание и конфронтация), однако использование данных стратегий может приносить кратковременную пользу в условиях постоянного стресса, в которых проживают дети-сироты в учреждении.

Адаптивные стратегии самоконтроля и планирования решения проблем используются детьми-сиротами реже всего, что объясняется спецификой воспитания в учреждении, в том числе постоянный контроль со стороны администрации учреждения, ограниченность в окружении и возможности познавательной деятельности.

Стратегия поиска социальной поддержки всеми, кроме одного респондента, используется в умеренной степени. Это объясняется тем, что в отсутствии значимых взрослых и кровных родственников у детей-сирот отсутствует система аффективно-личностных связей, она подменена формальными, поверхностными отношениями, складывающимися в процессе ухода между персоналом и воспитанниками учреждений.

Среди когнитивных копинг-стратегий преобладают относительно адаптивные стратегии, особенно часто используется стратегия религиозность. Такое же количество респондентов использует неадаптивную стратегию – смирение и адаптивную – проблемный анализ.

Рассматривая эмоциональные копинг-стратегии, видно, что больше половины детей-сирот пользуются такими неадаптивными копинг-стратегиями, как подавление эмоций, покорность, самообвинение, агрессивность.

Оставшиеся дети-сироты используют в равном соотношении относительно адаптивную стратегию – протест и адаптивную стратегию - оптимизм.

Среди поведенческих копинг-стратегий только по одному респонденту используют неадаптивную стратегию – отступление и адаптивную – сотрудничество. Остальные дети-сироты используют относительно адаптивные стратегии, среди них: компенсация, отвлечение, конструктивная активность.

Проективная методика «Автопортрет» дополнительно подтверждает наличие психологических особенностей детей-сирот, воспитывающихся в сиротских учреждениях, рассмотренных в первом разделе. А также согласуются с результатами, полученными при проведении обоих тестовых методик.

ЛИТЕРАТУРА

1.Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. 2014. Т. 15. № 1. С. 3-19.

2.Бодров В.А. Когнитивные процессы и психологический стресс // Психол. журнал, том 17. № 4, 2016.

3.Боулби Джон. Привязанность: Пер. с англ. - М.: Гардарики, 2013.

4.Боулби Джон. Создание и разрушение эмоциональных связей. - М.: Академический проект, 2014.

5.Муздыбаев К. Стратегии совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии, том 1. № 2, 2008.

6.Официальный сайт ГБУ ЦССВ «Спутник» [Электронный ресурс]: О центре. – 2015. - URL: http://www.domsputnik.ru (дата обращения: 17.07.2017)

7.Шульга Т.И. Учебно-методический комплекс: «Социально-психологические особенности развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях учреждений интернатного типа» - М., 2008.

**Н.В. Александрова, Д.В. Четвериков**

## ФОРМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» (Омск).**

В детской службе БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова внедрена и активно используется модель терапии и реабилитации, которая реализует интеграцию биологической, психиатрической и социальной терапии в едином комплексе лечебных мероприятий. Процесс психосоциальной реабилитации в рамках больницы проводится как в индивидуальной, так и в групповой формах.

*Индивидуальная работа*. Для каждого маленького пациента лечащим врачом разрабатывается индивидуальная программа психосоциальной работы. Обсуждение с пациентами и родственниками причин болезни, ее проявлений и способов совладания с ними позволяет значительно повысить комплаенс, сформировать настрой на совместное решение проблем, возникающих в ходе лечения, на длительный прием препаратов. Эмоциональная поддержка является неотъемлемым компонентом работы всех участников бригады и реализуется в виде бесед с пациентом и его семьей по их запросу или при выявлении проблем. Инструментальная поддержка сопровождает весь процесс реабилитации, является важным элементом в преодолении кризисных ситуаций.

*Групповая работа*. Одним из важных компонентов многосторонней программы реабилитации лиц с психическими расстройствами является вовлечение их в групповую работу. Объем, содержание и направленность групповых тренингов для каждого пациента строго индивидуальны и проводятся в соответствии с планом психореабилитационных мероприятий. Специфика групповой работы заключается в том, что у юных пациентов выявляется низкая групповая сплоченность на первом уровне, низкий уровень толерантности к стрессу, сложность в подражании моделям положительного социального поведения.

*Игровая терапия*. Игра – естественный вид деятельности ребенка, поэтому ее психореабилитационный потенциал очень высок. Игровые методы не имеют нозологической специфичности. Только игра может использоваться как «мостик», помогающий преодолеть психологические проблемы, вызванные психическим заболеванием. Игровая терапия может быть направлена на решение конкретных проблем, например, преодоление фобических реакций. Но в большинстве случаев взаимодействие специалиста и группы детей решает комплекс задач: восстанавливает или формирует навыки нарушенной коммуникации, способствует выработке адаптивных форм поведения, улучшает эмоциональное состояние, снижает стрессовый фон, позволяя отреагировать психоэмоциональное напряжение в социально приемлемой форме.

*Социально-психологические тренинги*. Общими целями этих занятий являются восстановление или

формирование гигиенических навыков, навыков самообслуживания, решения бытовых проблем, персональной сохранности (пользование газом, электроприборами, поведение в экстремальных ситуациях), восстановление связей с родственниками и друзьями, изменение роли в семье, формирование адекватного поведения в социуме и расширение социальных контактов. Тренинги проводятся специалистами по социальной работе и социальными работниками. Количество и объем занятий зависят от степени утраты тех или иных навыков. Тренинги коммуникативных навыков направлены на повышение социальной активности пациентов, развитие их способностей к общению, повышение самооценки, предотвращение социальной изоляции, формирование чувства сопричастности, взаимной поддержки.

*Педагогическая деятельность*. Этот вид психосоциальной реабилитации является приоритетным потому, что обучение в школе является определяющим видом деятельности юных пациентов. В круглосуточных и дневных стационарах при сотрудничестве со школами дети продолжают обучение по общеобразовательным и коррекционным программам с учетом индивидуальных возможностей. По окончании четверти или учебного года ребенок получает табель с итоговыми оценками. К учебной деятельности в условиях стационара привлекается около 90 % детей (за исключением детей и подростков, чье состояние не позволяет им находиться в учебных классах). Совмещение в стационаре лечения и обучения повышает эффективность терапии, облегчает школьную адаптацию пациентов после выписки. При организации обучения учитывается психическое состояние ребенка, применяются индивидуальный подход, щадящий режим и меры поощрения.

*Досуговая работа*. Досуговая работа проводится на всех этапах оказания психиатрической помощи детям и подросткам, что помогает создать благоприятный психологический климат, сплотить пациентов, поднять им настроение, сформировать комплаентные отношения с персоналом. В каждом детском подразделении оборудована комната для досуга пациентов, где закрепляются навыки общения, происходит вовлечение в творческие мероприятия (рисование, лепку, рукоделие, бумагопластику и др.). Пациенты имеют возможность играть в настольные игры, читать книги и журналы, смотреть телевизор, слушать музыку, петь караоке, общаться. Созданы библиотеки со свободным доступом, проводятся занятия по библиотерапии. Одним из направлений является организация праздничных мероприятий силами пациентов при поддержке сотрудников и волонтеров. Тематические вечера, «часы поэзии», познавательные беседы с обсуждением, викторины, конкурсы, подвижные игры, летние спартакиады позволяют пациентам раскрепоститься, проявить себя, способствуют открытому и искреннему общению в неформальной обстановке.

*Оздоровительные мероприятия*. Укрепление физического здоровья -обязательный компонент процесса реабилитации юных пациентов психиатрической клиники. С этой целью проводятся мероприятия, направленные на повышение общей физической активности пациентов. Ежедневно во всех подразделениях проводится утренняя гигиеническая гимнастика. По показаниям организуются индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой. Ежегодно организуется детская летняя спартакиада среди подразделений детской психиатрической службы.

Таким образом, многообразные формы психосоциальной реабилитации детей и подростков направлены на стабилизацию социального функционирования и повышение качества жизни юного пациента.

**О.В. Александрова, И.Б. Дерманова**

## СПЕЦИФИКА ОЦЕНКИ БУДУЩЕГО В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ РОДСТВЕННИКОВ ТЯЖЕЛО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ)[1]

**Санкт-Петербургский государственный университет; АНО «Детский хоспис» (Санкт-Петербург).**

Трудные жизненные ситуации, когда требования к личности выходят за пределы «нормы» и нарушается равновесие в системе «задачи (цели), условия и способы ее реализации» [2], приводят к нарушению пространственно-временных параметров жизнедеятельности, то есть к искажению жизненной среды, сужению временных перспектив, затрудняя самореализацию личности в целом.

Ситуация тяжелой болезни ребенка, требующей специализированной помощи, в отличие от других жизненных катастроф, затрагивает, в первую очередь, сферу индивидуальных личностных и семейных ценностей, а также отношения с ребенком как объектом сверхценной привязанности и относится к переломным событиям жизненного пути. Данная ситуация является источником представлений о будущем как о неопределенном, фаталистичном, трудно управляемом, связанном с постоянным преодолением каких-либо трудностей. Спланированная же будущая перспектива может являться мощным ресурсом в преодолении трудно переносимых испытаний, помогая личности направлять усилия в нужное русло, ощущать осмысленность собственных действий и структурировать время собственной жизни [4].

Мы проверяли гипотезу о том, что отношение к будущему связано с ментальной репрезентацией ситуации и соотносится с характером заболевания ребенка (определенностью-неопределенностью в отношении прогноза его протекания). В частности, более негативное представление о будущем ребенка

[1] Работа поддержана грантом РГНФ 16-06-00307

имеют родственники детей с тяжелыми незлокачественными заболеваниями (как имеющие более четкое понимание его перспективы).

**Выборка:** 127 чел. — матери, отцы и другие близкие родственники (от 20 до 60 лет) детей с тяжелыми заболеваниями с неблагоприятным прогнозом для жизни. Возраст детей от 1 до 18 лет. Все дети не в терминальной стадии заболевания (длительность болезни M=2,5 года). Новообразования у 65% детей (гр. № 1, n=82); у 35% (гр. № 2, n=45) — тяжелые генетические и др. тяжелые соматические заболевания.

**Методики:** для оценки отношения к будущему использовалась методика «СДВ» (под ред. Л.И. Вассермана); для оценки восприятия ситуации нами была создана методика «Семантический дифференциал жизненной ситуации» («СДЖС»); для сбора биографических данных и оценки будущего ребенка использовалась авторская анкета.

По результатам исследования было выявлено**,** что оценка родственниками будущего ребенка с онкологическим диагнозом значимо отличается от оценки будущего детей с другими тяжелыми заболеваниями, где оно представляется более негативным (M=5,98 против M=3,16; при p=0,000). Это можно объяснить тем, что дети с тяжелой инвалидностью имеют, как правило, «необратимое» заболевание с самого рождения без надежды на выздоровление. В то время как онкологический диагноз имеет большую неопределенность с точки зрения протекания болезни и дает некоторую надежду на благоприятный исход. Но значимых различий по отношению к будущему получено не было.

В структуре когнитивной оценки жизненной ситуации наших респондентов было выявлено 6 факторов, характеризующих основные смысловые оси ее восприятия: ф.1 «Стрессогенность–комфортность ситуации»; ф.2 «Психологическое истощение–сохранность в ситуации»; ф.3 «Безысходная неопределенность–обнадеживающая определенность ситуации»; ф.4 «Пессимизм–позитивная энергия»; ф.5 «Установка на разрешимость ситуации»; ф.6 «Включенность в ситуацию и ее значимость» [1]. Анализ взаимосвязей оценок ситуации с параметрами отношения к будущему выявил, что в целом в обеих группах более позитивные представления о жизненной ситуации соотносятся и с более позитивной оценкой будущего. Что свидетельствует о тесной взаимосвязи характеристик временной перспективы с текущей жизненной ситуацией. Но в группах родственников детей с разными диагнозами обнаружилась следующая специфика. В группе родственников детей с не онкологическим диагнозом с факторами оценки ситуации связалось только представление о будущем ребенка (ф.4 — r=-440, при p<0,01; ф.2 — r=-375, при p<0,05). Более благоприятным будущее ребенка представлялось, соответственно, при более позитивных оценках ситуации. При этом оценка текущей жизненной ситуации не соотносилась с общими характеристиками будущего (м-ка «СДВ»). В группе родственников детей с онкологическими заболеваниями, наоборот, оценка жизненной ситуации коррелировала с показателями общего отношения к будущему (м-ка «СДВ»), (при 0,001<p<0,05), но при этом не обнаружила связей с представлениями о будущем ребенка. С учетом того, что средние значения всех временных параметров в группе родственников больных детей существенно превышали аналогичные в нормативной выборке, можно утверждать о нереалистичных и сверхоптимистичных ожиданиях в отношении будущего (в обеих группах). А полученные связи свидетельствуют о том, что оценка будущего у родственников детей с онкологией носит защитный характер, рисуя сверхблагополучную его картину. А в случае тяжелых заболеваний с известным характером их протекания скорее служит способом отвлечения от ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1.Александрова О.В., Дерманова И.Б. Психосемантический подход к сложной жизненной ситуации (на примере ситуации, связанной с заболеванием, угрожающим жизни ребенка) // Вестник СПбГУ. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – № 4. – С. 40–50.

2.Парфенова Н.Б. О подходах к классификации и диагностике жизненных ситуаций // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные и психолого-педагогические науки. – 2009. – № 9. – С.109–117.

3.Ральникова И.А. Трансформационные процессы перспективы личности в контексте переломных событий жизненного пути // МНКО. – 2010. – № 1. – С.167–169.

**О.В. Алмазова, О.С. Людва**

## ОТНОШЕНИЕ К ГРУДНОМУ И ИСКУССТВЕННОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ ТИПОМ ПРИВЯЗАННОСТИ К МАТЕРИ[2]

**МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва).**

Все возрастает число матерей, предпочитающих кормить ребенка грудью более двух лет. Многочисленные исследования подтверждают пользу грудного вскармливания (ГВ) для детского эмоционального и интеллектуального развития и формирования детско-родительских отношений [2]. ВОЗ рекомендует кормить детей грудью до 2 лет и более, эта практика внедряется на государственном уровне во

[2] Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 17-06-00825 «Личностные и семейные факторы формирования родительской позиции матери у девушек в период вхождения во взрослость»).

многих странах мира [4]. Между тем и ряд исследований, и опыт практикующих психологов говорят о том, что слишком длительное ГВ может отнюдь не лучшим образом сказаться как на развитии ребенка, так и на детско-родительских отношениях. Уже имеющиеся результаты говорят о необходимости более тщательного изучение последствий длительного ГВ [5]. «Ребенок входит в этот мир и воспринимает его в буквальном смысле сквозь призму привязанности к матери» [3]. В связи с этим представляется абсолютно закономерным, что изучение роли привязанности к матери вышло за рамки детского и подросткового возраста.

В 2016-2017 гг. нами было проведено эмпирическое исследование, целью которого было выяснение особенностей отношения женщин с детьми 5-10 лет к грудному и искусственному вскармливанию в связи с типом привязанности к своей матери.

В исследовании приняло участие 100 женщин. Возраст женщин – от 25 до 49 лет (Me=35,4; SD=4,8). Женщины, участвующие в исследовании, являются мамами детей от 5 до 10 лет (Me=7,0; SD=1,4). Выбор в качестве респондентов мам с детьми именно этого возраста, а не более раннего, объясняется желанием «захватить» все варианты грудного вскармливания, вплоть до 4-5 лет. Своих детей кормили грудью все респонденты, кроме одной. Минимальный срок ГВ собственных детей – 1 месяц, максимальный – 72 месяца, средний – 26 месяцев. Мы предполагаем, что полученное в данной выборке распределение по срокам ГВ значительно отличается от среднего по России. Мы видим ценность нашего исследования в том, что полученные данные помогут пролить свет на психологическую составляющую феномена долгого вскармливания.

Далее мы разделили участниц исследования на две группы – женщины с «условно-обычным» выбором вскармливания собственного ребенка – до двух лет и женщин «долгокормящих» - тех, кто кормил ребенка грудью более двух лет. В группу «обычных» респондентов вошли 58, а «долгокормящих» - 42 человека.

Для выяснения отношения к разным видам вскармливания была разработана авторская анкета, а для определения типа привязанности к матери в детстве испытуемым был предложен Модифицированный опросник М.В. Яремчук для определения типа привязанности к матери [1].

Только у 24% респондентов был определен надежный тип привязанности к матери, что подтверждает наше предположение о том, что мы имеем дело с нестандартной выборкой (согласно литературным данным, надежный тип привязанности присущ 50%).

Для определения отношения респондентов к ГВ и ИВ (искусственному вскармливанию) использовались открытые вопросы в виде незаконченных предложений «Грудное вскармливание - это…» и «Искусственное вскармливание - это…». Ответы были нами распределены по группам, упорядочены и выстроены в шкалу, состоящую из пяти пунктов: 1 - «Эмоциональное негативное отношение», 2 - «Рациональное негативное отношение», 3 - «Нейтральное отношение», 4 - «Рациональное позитивное отношение» и 5 - «Эмоциональное позитивное отношение».

Нейтральное отношение сильно выражено и для ГВ, и для ИВ. Рациональный и эмоциональный аспект при этом чаще всего для ГВ оценивается со знаком «+», а для ИВ – со знаком «-».

Были выявлены следующие особенности отношения к ГВ и ИВ у респондентов двух групп: «долгокормящие» более склонны поддаваться эмоциям по отношению к ИВ и ГВ, в то время как «обычные» - более спокойны и рациональны. Также группа «обычных» матерей более вариативна в ответах. В целом всех мам из выборки характеризует скорее негативное отношение к ИВ, чем положительное отношение к ГВ. При почти одинаковом распределении ответов про ГВ отношение к ИВ заметно различается – «долгокормящие» в целом относятся к нему более негативно, чем «обычные».

Если же остановиться подробнее на отношении к ГВ и ИВ у респондентов с разным типом привязанности к собственной матери, то было получено, что у матерей с надежным типом привязанности чаще встречается эмоциональное отношение к вскармливанию – негативное к ИВ и позитивное к ГВ, у матерей с амбивалентным типом привязанности – отношение наиболее в среднем нейтральное, с рациональным подходом, у матерей с избегающим типом привязанности – наиболее позитивное к ИВ и рациональное к ГВ.

Полученные результаты, на наш взгляд, еще раз показывают, что привязанность к матери, являясь ядерным образованием, продолжает оказывать влияние практически на все стороны жизни человека далеко за пределами взрослых возрастов.

1. Алмазова, О.В. Привязанность к матери как фактор взаимоотношений взрослых сиблингов: Дис. … канд. психол. наук: 19.00.13 / О.В. Алмазова. - М., 2015. - 265 с.

2. Барановская, Ю.В. Связь длительности грудного вскармливания ребенка и его эмоционального развития в последующем // Психологическая наука и образование. – 2011. - № 4. URL:http://www.psyedu.ru.

3. Бурменская Г.В. Проблемы онто- и филогенеза привязанности к матери в теории Джона Боулби / Г.В. Бурменская // Вступительная статья к кн.: Дж. Булби. Привязанность. - М., Гардарики, 2003.

4. Всемирная Организация Здравоохранения. URL:http://www.who.int.

5. Fergusson, D.M., Woodward, L.J. Breast feeding and later psychological adjustment // Pediatric and Perinatal Epidemiology 1999, 13, 144-157.

**Ю.Ф. Антропов**

## ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).**

Многими исследователями устанавливается значимость аффективной патологии в генезе сердечно-сосудистых нарушений у больных зрелого возраста и относительно редко это отмечается у детей и подростков. С **целью** уточнения роли аффективных расстройств в патогенезе сердечно-сосудистых нарушений на ранних возрастных этапах обследованы дети и подростки с психосоматическими расстройствами, находившиеся на лечении в Российской детской клинической больнице в 1990-2012 гг.

**Материал и методы исследования.** После подписания родителями информированного согласия был исследован 351 больной в возрасте от 1 г. 9 мес. до 17 л. (в среднем 11,2 ±0,4 г.) мужского и женского пола (соотношение 1:1,7). Средний возраст возникновения сочетающихся с психическими и другими соматическими сердечно-сосудистых расстройств 6,6±0,4 г. Длительность существования в среднем 4,7±0,4 г. Основными методами исследования являлись: клинический и клинико-психопатологический с дополнительным использованием анамнестического, параклинического и статистического методов.

**Результаты и их обсуждение.** Клинически сердечно-сосудистые расстройства у всех обследованных диагностировались как функциональные. У 0,6% больных патология сердечно-сосудистой системы определяла клиническую картину психосоматических нарушений, у 4,3% была ведущей и у 95,1% больных – сопутствующей.

Клинико-психопатологически у всех больных установлены аффективные (депрессивные) нарушения. В подавляющем большинстве случаев (92%) депрессивные расстройства, наряду с незначительно выраженным негативным настроением в виде скуки, грусти, сопровождались неуверенностью в себе, чувством усталости и снижением интересов продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, определяемые больными и их родителями как «обычное», «лень», «никакое». Эти расстройства настроения квалифицировались как мало выраженная депрессия, представленная в основном субдепрессией (90,9%), редко скрытой депрессией (1,1%).

Умеренно выраженная депрессия, характеризовавшаяся заметным, относительно стойким (более 2 недель) пониженным настроением с чувством вялости, подавленности, «несвободы», редко тоски и проявлениями других компонентов депрессивной триады – идеаторной и моторной заторможенностью, вызывающая беспокойство больных и их родителей, отмечалась у 8% обследованных детей и подростков. Средний показатель по шкале определения депрессии Гамильтона в общей группе больных - 12,1±0,8 балла.

У 84,6% больных депрессия возникла после стрессовых ситуаций, у 12,8% - была обусловлена соматическими заболеваниями и у 2,6% - была эндогенной, возникала спонтанно и имела типичный суточных ритм.

Клинико-психопатологически определялись как простые, так и сложне типологические варианты депрессии. Относительно простые варианты были представлены тревожной депрессией у 24,8% больных, астенической – у 9,1% и тоскливой депрессией у 1,1% больных. Сложные варианты депрессии отмечались почти в 2 раза чаще – астенотревожная у 57,3% больных и тревожно-тоскливая депрессия – у 7,7%. Данные по опроснику Спилбергера в общей группе обследованных следующие: реактивная (ситуационная) тревожность – 36,2±3,1 балла - умеренная; личностная тревожность – 51,1±3,5 балла - высокая.

Существенное место в структуре психического статуса занимали личностные особенности, формировавшиеся у 97% больных на базе сангвинического (62,6%) и холерического (32,3%), редко флегматического (2,7%) темпераментов. Незначительное большинство детей и подростков имело истерические черты характера (лабильно-истерические - 31,1%, истерические - 19,8%), менее частыми были эмоционально-лабильные (20,9%) и тревожно-замкнутые (15%) черты, а также сенситивные (3,3%), астеноневротические (2,4%), эпилептоидные (1,5%), лабильно-сенситивные (0,9%), лабильно-аффективные (0,9%), лабильно-неустойчивые (0,6%), крайне редки шизоидные и психастенические (по 0,3%) черты характера.

У всех больных диагностированы психические расстройства преимущественно непсихотического уровня. У 80,9% больных определяющей была аффективная (депрессивная) патология, тогда как расстройства настроения у 19,1% обследованных отмечались в структуре других психических заболеваний.

Общее число психопатологических состояний по МКБ-10 – 33. Наиболее часто устанавливались: смешанное тревожное и депрессивное расстройство – невротическая депрессия (F41.2) у 52,2% больных (с синдромом Жиля де ля Туретта (F41.2 и F95.2) – у 0,3%), реже дистимия (F34.1) – у 11,4%, значительно реже – органическое депрессивное расстройство (F06.36) – у 4,8%, неврастения (F48.0) - у 4,0%, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – у 3,7%, органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 3,4%, - кратковременная депрессивная реакция (F43.20) – у 3,1%, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) – у 3,1%, органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6) - у 2%, патохарактерологическое развитие личности по истерическому типу (F60.43) – у 1,7%, нервная анорексия (F50.0) – у 1,4%. Другие психические расстройства в пределах 1% (от 0,9% до 0,3%).

Лечение с использованием препаратов антидепрессивного, а также транквилизирующего и

нейрометаболизирующего действия, включающее как синтетические, так и растительные лекарственные средства, 154 обследованных привело к достижению значительного улучшения – у 57,7% больных. Тогда как симптоматическое лечение в части случаев с использованием транквилизаторов и нейролептиков способствовало значительному улучшению у 3,5% больных.

**Заключение.** Результаты патогенетической терапии с использованием, в первую очередь, антидепрессивных, а также транквилизирующих и нейрометаболических средств подчеркивают высокую патогенетическую значимость депрессии при функциональных сердечно-сосудистых нарушениях у детей и подростков.

**Ю.Ф. Антропов**

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).**

Актуальность проблемы сердечно-сосудистых расстройств в детско-подростковом возрасте обусловлена как распространенностью с высоким дизадаптирующим воздействием, так и неполной разработкой патогенеза нарушений с недостаточной эффективностью терапии.

**Целью исследования** было изучение особенностей сердечно-сосудистых расстройств у детей и подростков с установление патогенетической значимости аффективных нарушений и предложением новых терапевтических подходов.

**Материал и методы**. Исследован 351 больной в возрасте от 1 г. 9 мес. до 17 л. (средний возраст – 11,2±0,4 г.), мужского пола 130, женского – 221, с сердечно-сосудистыми расстройствами, после подписания родителями информированного согласия, находившийся на обследовании и лечении в Российской детской клинической больницы в 1990-2012 гг. Средний возраст возникновения психосоматических расстройств – 6,6±0,4 г. Длительность соматических нарушений в среднем 4,7±0,4 г.

Основными методами исследования были: клинический и клинико-психопатологический, дополнительными – анамнестический, параклинический и статистический.

**Результаты и их обсуждение.** Клинически сердечно-сосудистые расстройства у всех детей определялись как функциональные и выступали в виде недифференцированных вегетососудистых расстройств - у 137 больных, вегетативно-сосудистых дистонических нарушений с колебанием артериального давления (АД), пониженным АД и повышенным АД - у 110 и вегетативно-висцеральных нарушений с кардиалгиями - у 104 больных.

Клинико-психопатологически у всех больных установлены различной степени выраженности аффективные (депрессивные) нарушения. У подавляющего большинства больных (92%) выявлялась мало выраженная депрессия с нестойким негативным аффектом, без жалоб на пониженное настроение как со стороны больных, так и их родителей, представленная в основном субдепрессией (90,9%), редко скрытой депрессией (1,1%). Умеренно выраженная депрессия с выраженным, относительно стойким пониженным настроением и некоторой двигательной и идеаторной заторможенностью, вызывающая беспокойство больных и часто их родителей, отмечалась у 8% обследованных детей и подростков. Средний показатель по шкале депрессии Гамильтона в общей группе больных - 12,1±0,8 балла.

В подавляющем числе наблюдений (84,6%) депрессивные проявления были психогенно обусловлены, у 12,8% больных устанавливалась соматогенная и у 2,6% - эндогенная депрессии.

Клинические варианты депрессии чаще имели сложный характер – астенотревожный у 57,3% больных, тревожно-тоскливый – у 7,7%. Простые варианты депрессии отмечались значительно реже: тревожный у 24,8% больных, астенический – у 9,1% и тоскливый у 1,1% больных. Данные по опроснику Спилбергера: реактивная (ситуационная) тревожность – средний показатель 36,2±3,1 балла - умеренная; личностная тревожность – средний показатель 51,1±3,5 балла - высокая.

Проведение дополнительно к симптоматической терапии патогенетически обоснованного лечения с учетом, в первую очередь, клинического варианта депрессии и использованием препаратов антидепрессивного, транквилизирующего и нейрометаболического действия осуществлялось у 154 больных. Лечение 75 больных проводилось с использованием фитотерапии: на первом этапе лечения - Ново-Пассит или Экстр. Боярышника с Экстр. Элеутерококка, настойка Пустырника с настойкой Заманихи или Экстр. Родиолы розовой с добавлением на втором этапе препаратов, содержащих сухой экстракт зверобоя – Гелариум, Деприм, Негрустин, Триосон в сочетании с нейрометаболическими средствами (глицин, биотредин, пикамилон, пантогам, пиритинол) в возрастных дозах. У 79 больных психофармакотерапия осуществлялась с использованием синтетических антидепрессантов, чаще добавляемых на третьем этапе лечения, (амитриптилин, пипофезин, пирлиндол, пароксетин, флувоксамин, сульпирид), с транквилизаторами (мебикар, гидроксизин, оксазепам, диазепам, феназепам), редко нейролептиками (тиоридазин, перициазин, перфеназин) в малых дозах и препаратами нейрометаболического действия (глицин, биотредин, пиритинол, пирацетам и др.) в возрастных дозах. Проведение патогенетической терапии способствовало выздоровлению 11/7,1% больных,

значительному улучшению - у 78/50,6%, улучшению – у 63/40,9% и незначительному улучшению у 2/1,3% больных. Наилучший результат терапии достигался при длительности более 2 недель, в результате кратковременной (менее 2 недель) терапии было достигнуто улучшение как психического, так и соматического состояния, редко - незначительное улучшение.

У 174 больных, получавших только соматотерапию, в сочетании с транквилизаторами в 9 случаях, нейролептиками в одном и гормонами в двух, показатели эффективности гораздо ниже: значительное улучшение соматического состояния у 6/3,5% больных, улучшение – у 100/57,5%, незначительное улучшение – у 29/16,7% и состояние без перемен у 39/22,4% больных. Показатели эффективности симптоматического лечения в сочетании с нейролептиками и гормональными препаратами следующие: с транквилизаторами – значительное улучшение у 11,1% больных, улучшение – у 55,6%, незначительное улучшение – у 22,2% и состояние без перемен – у 11,1%, что свидетельствуют о некотором повышении эффективности лечения; сочетание соматотерапии с нейролептиками не привело к какому-либо улучшению состояния больного, тогда как с гормонами – способствовало достижению улучшения у обоих больных. 23 больных лечения не получали.

**Выводы.** Лечение психосоматических функциональных сердечно-сосудистых расстройств у детей и подростков с использованием антидепрессивных, транквилизирующих и нейрометаболических средств способствует достижению достоверно большего терапевтического эффекта по сравнению с соматотерапией.

**М.Р. Арпентьева**

## ВЗРОСЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

**Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского (Калуга).**

Личностная взрослость предполагает способность и стремление к ответственному, максимально осознанному выбору, регулируемому, в первую очередь, самостоятельно выработанной ценностной позицией личности, осознание своей субъектности и интерсубъектных основ своей жизнедеятельности и бытия. На наш взгляд,

1. Становление личности может быть описано как процесс развития ее социально-психологической компетентности, основным компонентом которой выступает диалогическая компетентность как «культура совместности», «со-бытия». В ее состав, в частности, входит умение ориентироваться в социальных ситуациях (понимание ситуации взаимодействия), правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния - свои и других людей (понимание другого и самопонимание), выбирать адекватные способы обращения и общения с ними и реализовывать эти способы в процессе взаимодействия (взаимопонимание) [1; 3].

2. Существуют различные типы взросления, обусловленные характером развития ценностей субъекта, в качестве критериев выделения которых могут быть использованы компоненты социально-психологической компетентности личности как основной сферы проявления и реализации ее ценностных установок и мировоззрения. Один из возможных критериев выделения типов взросления и взрослости - различие стратегий преобразования смысловой информации в зависимости от ценностного потенциала личности. Тип взрослости - форма существования ценностной системы взрослой личности, отражающей осознанный и принятый человеком общий смысл его жизни. В качестве таких типов могут быть выделены следующие способы существования ценностей взрослого человека: обыденные и «эзотерические» ценностные системы, ценностный процесс («дрейф среди множества идеологических островов») и плюралистическая ценностная система [4].

3. В качестве значимого компонента социально-психологической компетентности личности может выступать стратегия понимания другого человека, обусловленная ее ценностным потенциалом . Понимание, в широком смысле слова, можно представить как предметно и контекстуально обусловленные процесс и результат формирования смысла ситуации взаимодействия его субъектами - смысла поступков, высказываний и переживаний. Понимание выступает как системообразующая составляющая и интегральная характеристика социальной компетентности (зрелости) личности, особенности которой критериальны по отношению к последней. Роль опыта (компетентности) в понимании с момента становления проблемы понимания является одним из базовых вопросов теории понимания. Понимание а) определяется характеристиками «жизненного пространства» индивида: эмерджентно и релятивно, субъективно и культурно-исторически детерминировано, б) субъективность понимания связана с «субъективностью познавательного опыта», спецификой «субъективных кодов», в) со всей «картиной мира» человека. Взаимопонимание (интерсубъектное понимание) и понимание другого человека признается наиболее сложным (феноменом и предметом исследования) из феноменов понимания, выступая как критерий социальной зрелости (взросления) человека. Существующие исследовательские трактовки понимания (как «объяснения», «интерпретации» и «диалогизации») можно рассматривать как различные его стратегии (способы преобразования смысловой информации в процессе общения), реализуемые в практике общения и социального взаимодействия и характеризующие тот или иной уровень социально-психологической компетентности личности.

Таким образом, ценностный потенциал личности может служить основанием построения типологии взросления и выделения стратегий понимания личности, выступающих как показатель ее диалогической компетентности. В современном мире «культура совместности» - важнейший компонент социально-психологической компетентности, а предпочитаемая личностью стратегия понимания - основная область проявления (интегральный критерий и фактор выбора того или иного) того или иного типа взросления.

Можно выделить следующие типы взросления (как типы развития ценностных систем взрослеющего человека и соответствующих им стратегий понимания): 1.формирование ценностных, в том числе «эзотерических» систем (дополнение «фиксированных значений», «познание» и «объяснение»), 2. становление «плюралистической установки» (трансформация смысловой информации, «интерпретация») 3. «ценностного процесса» (стратегия интеграции, «понимание»). Выделенные типы взрослости не представляют собой изолированных феноменов, но связаны в едином процессе личностного развития и отражают рост диалогической компетентности взрослого человека [2].

В целом взросление представимо в терминах формирования и развития диалогической компетентности личности, трансформации смыслов, ценностей и моделей взаимодействия человека с миром.

ЛИТЕРАТУРА

1.Арпентьева М.Р. Чем взрослый отличается от инфантильного? // Thezis.ru Гуманитарные дискуссии. – 2017. – 12 февраля. – 1с. URL: http://thezis.ru/chem-vzroslyiy-otlichaetsya-ot-infantilnogo.html (дата обращения 12.02.017)

2.Минигалиева М.Р. Взрослость: типы и контексты анализа // Психология зрелости и старения. 2000. № 1. С. 5-18.

3.Минигалиева М.Р. Взрослый в семье и на работе: гендерный аспект проблемы // Психология зрелости и старения. – 2001. – № 3. – С.5-19.

4.Минигалиева М.Р. Гендерные проблемы взрослости // Психология зрелости и старения. - 2001. – № 2. – С. 42-61.

**И.И. Ахтамьянова**

## ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К РАБОТЕ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ

**Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы (Уфа).**

Сопровождение – система профессиональной деятельности психолога для создания социально-психологических условий успешного обучения и развития ребенка: следование за естественным развитием ребенка (безусловная ценность внутреннего мира каждого ребенка); создание условий для самостоятельного творческого развития – осуществляется педагогическими средствами через педагога и традиционные формы обучения и воспитания. Идеи психологического сопровождения ребенка, которые в последние годы интенсивно развиваются в практической психологии образования (И.В. Дубровина, М.Р. Битянова, А.В. Потапова, С.К. Нартова-Бочавер и др.), включают следующие направления:

1. Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка и динамики его развития (накопление информации, связанной с особенностями ребенка, его проблемами и трудностями).

2. Создание психолого-педагогических условий для развития личности ребенка и успешного обучения.

3. Создание психолого-педагогических условий для оказания помощи проблемным детям, разработка и внедрение системы компенсационных мер.

Совместной формой профессиональной деятельности педагога и психолога являются психолого-педагогическая диагностика и коррекция, основанные на системе психологических воздействий с целью исправления особенностей психического развития ребенка с опорой на знание возрастной, социокультурной и индивидуальной норм развития. Эта норма развития закреплена в понятии *«психолого-педагогический статус*».

На психолого-педагогический статус школьника влияют как параметры школьной среды (требования, предъявляемые к ученику в конкретном учебном заведении), так и особенности самого школьника. От ребенка школа требует социально одобряемых форм деятельности и общения. Эти требования имеют некие критерии и показатели, на которые эти требования опираются: нормы возрастного развития, требования к познавательной деятельности (уровень развития познавательной сферы ребенка), требования к поведению (моральные нормы). При несоответствии развития ребенка общим требованиям могут возникнуть проблемы обучения, поведения, личностного развития (например, одаренный ребенок в нормальной школе или средний ученик в школе с очень высокими требованиями оказываются «неудобными, трудными»).

Психолого-педагогическая коррекция заключается в оптимизации отдельных психологических функций, которые обеспечивают адекватное поведение и успешное обучение. Она направлена на стабилизацию эмоционального состояния ребенка; выработку адекватных форм поведения; восстановление и развитие коммуникативных навыков; повышение самооценки и уверенности в себе.

Любая перспективная программа коррекции и развития ребенка может быть эффективной лишь тогда,

когда она основана на правильном заключении о состоянии его психики и специфических индивидуальных особенностях становления его личности. Правильность же заключения зависит не только от правильно подобранных психодиагностических инструментариев, но, главное, от профессиональной интерпретации данных, полученных с помощью этих методов. Коррекционная работа также направлена на создание условий для полноценного психического развития каждого ребенка в образовательном учреждении и семье.

Эти принципы положены в основу разработанной нами программы подготовки будущих педагогов (бакалавров и магистров) к работе по психологическому сопровождению школьников – «Психолого-педагогическая диагностика и коррекция развития детей и подростков». При разработке программы мы исходили из современных требований ФГОС ОО, ФГОС ВО и профессионального стандарта педагога. Специфика психолого-педагогической диагностики и коррекции в данном курсе раскрывается в контексте деятельностной парадигмы современной психолого-педагогической практики как формы совместной профессиональной деятельности педагога, психолога и родителей по исправлению нарушений психического развития детей и созданию оптимальных условий гармоничного психического и личностного развития каждого ребенка в образовательном учреждении и семье.

Задачами курса «Психолого-педагогическая диагностика и коррекция развития детей и подростков» являются:

1) Ознакомление студентов с принципами подбора диагностико-коррекционных методов.

2) Формирование у студентов умения самостоятельно разрабатывать программы индивидуальной психолого-педагогической коррекции и программ групповой работы.

3) Формирование представлений о системном характере психолого-педагогической помощи детям и подросткам.

4) Формирование умения отличать пределы своей компетенции и определять круг специалистов, с которыми необходимо наладить сотрудничество для помощи данному ребенку.

5) Формирование навыков самостоятельного научного и творческого поиска при решении проблем психолого-педагогической коррекции.

В программу включены следующие разделы:

1.Психолого-педагогический статус школьника как объект психолого-педагогической диагностики и коррекции.

2.Введение в психолого-педагогическую диагностику.

3.Методы диагностики параметров психолого-педагогического статуса.

4.Введение в психолого-педагогическую коррекцию.

5.Психокоррекционные программы и методы психолого-педагогической коррекции.

6.Психолого-педагогическая коррекция параметров психолого-педагогического статуса.

**С.Б. Бабарахимова**

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РИСКИ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан).**

**Актуальность:** согласно данным (С. Минухин, 2014; Н.Л. Москвичева, 2015), семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет-зависимого поведения. По оценкам зарубежных исследователей (O. Rosenberg, 2013), риск формирования нехимических зависимостей имеют около 10% популяции. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением (Л.О. Пережогин, 2015).

**Цель исследования:** изучить влияние семейных взаимоотношений и психоэмоциональных состояний на формирование интернет-аддикции у детей и подростков для оптимизации психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту.

**Материал и методы исследования:** было протестировано 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 10 до 16 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д. Олсон, Д. Портнер). В процессе экспериментального психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты и их обсуждения.** Основную массу опрошенных, 90%, составили мальчики. 60% оп-

рошенных увлеклись компьютерными играми в возрасте 9-12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей.

Большинство обследованных детей и подростков было из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по шизоидному и неустойчивому типу. Эти уровни свидетельствуют о наличии кризиса в семейной структуре. В результате импульсивного поведения родителя у ребенка могут блокироваться положительные эмоции, вследствие чего потребность в хорошем настроении вызывается искусственным путем, в частности посредством формирования компьютерной игровой зависимости, которая обладает аддиктивным потенциалом и усиливает выработку серотонина в мозгу. Кроме того, таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обусловливает негативные эмоции.

Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженные тревога и депрессия выявлены у 48% опрошенных. У 9,5% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженные тревогу и депрессию. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков. Более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги, и у 10% подростков констатировалась выраженная тревога. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными, полученными при тестировании по шкале HADS.

При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип у 4 подростков(5%).

**Выводы:** проведенное исследование влияния семейных взаимоотношений на особенности развития интернет зависимого поведения установило, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи. Из психологических факторов выявлена склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии.

**А.А. Балезина**

## ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ПРИЕМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У ДОШКОЛЬНИКОВ И СОХРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар–Ола).**

С каждым годом в начальной школе увеличивается количество учащихся с различными видами дисграфии. Дисграфия – это частичное расстройство письма, проявляющееся в стойких повторяющихся ошибках и обусловленное несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе письма. [2, с. 15] У детей с дисграфией нарушено социально–психологическое здоровье: низкая успеваемость в школе приводит к заниженной самооценке, непринятию себя, негативному самоощущению, потере мотивации и интереса к жизни.

Существует мнение, что психологическое развитие ребенка во многом определяется его генетическим набором. Но рядом ученых-психологов доказано, что воспитание и среда — факторы, которые влияют на развитие личности в большей степени, нежели врожденные особенности [1]. Родителям и педагогам важно знать, что к возникновению этой патологии могут привести как наследственная предрасположенность и интеллектуальное недоразвитие, так и отрицательное социальное окружение ребенка, психолого-педагогическая запущенность. При своевременной помощи, оказанной ребенку в дошкольный период, дисграфические проявления можно предотвратить или сгладить. Важно с раннего возраста заниматься с ребенком, развивать его память, мышление, воображение. Основатель научной школы

«Социально–педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья» Н.С. Морова отмечает, что «Дошкольный возраст от 3 до 6 лет является предметом особо пристального внимания ученых и практиков как важный и ответственный период в жизни человека, как момент рождения личности» [3, с. 5]. Поэтому именно в этом периоде важно увидеть предпосылки возникновения дисграфии и не допустить развитие самой болезни. Для решения этой проблемы нами разработана развивающая программа, состоящая из пяти этапов, которая адаптирована для детей в возрасте от 3–6 лет.

**1 этап** логопедической работы направлен на развитие зрительного внимания и памяти. Цель - выработать стабильность и переключаемость внимания у детей, развивать у них память. Для этого рекомендовано использовать следующие игры-задания:

- «В чем здесь отличие?» (определения различий картинок или предметов).
- «Запомни» (запоминание последовательности игрушек или любых других предметов);
- «Покажи нужную картинку» (выделение из множества картинок изображения на определенную тематику).

**2 этап** направлен на развитие зрительной и моторной координации. Предусматривает развитие мелкой моторики рук, ощущение поз и движений. Для этого можно использовать такие элементы занятия:

- рисование в воздухе рукой;
- проведение гимнастики для пальчиков, при этом желательно сопровождать отдельные упражнения стихами;
- выполнение заданий в тетради, например, обвести контур, раскрасить, дорисовать.

**3 этап** предполагает формирование у ребенка представления о нахождении предмета в пространстве. Здесь нужно объяснить ребенку, где «право», «лево», «верх», «низ». Рассмотреть в образе лицо и тело человека, рассказать о расположении отдельных частей.

- «Скажи правильно» (определение сторон);
- «Чего не хватает?» (определение отсутствующих частей у предметов);
- «Повторяй за мной» (выполнение инструкций: подними левую руку, помаши правой рукой, положи ручку слева от листа и др.).

**4 этап** - развитие звуко-слогового анализа, чувства ритма. Развитие слухо-моторной координации, умение ритмичного отхлопывания или отстукивания.

- «Прохлопай слово» (послоговое проговаривание имен);
- «Хлопни, когда я назову гласный звук» (выделение гласных звуков);
- «Сколько частей?» (определение количества слогов).

**5 этап** направлен на развитие пространственных понятий.

- Определение правильно изображенной буквы или цифры среди неправильных знаков;
- Собирание мозаики;
- Создание из палочек или кубиков определенных конструкций; сначала по образцу, а потом по памяти.

Апробация этой программы на базе МБДОУ Детского сада № 19 «Василек» г. Йошкар-Олы в январе-мае 2017 г. показала, что такие игры–задания помогают не только предупредить дисграфию, но и формируют у ребенка чувство пространственного анализа, зрительно-моторную координацию, чувство ритма, улучшают память, внимание, мышление. Если развивать ребенка в сенситивный период, то он благоприятно адаптируется в социуме и не будет иметь проблем с социально–психологическим здоровьем. И есть основания полагать, что в дальнейшем вырастет успешная и самоактуализирующаяся личность.

ЛИТЕРАТУРА

1.Букреева Е. А., Долгих С. П. Как сохранить психологическое здоровье дошкольников // Молодой ученый. — 2016. — № 18. — С. 433-436.

2.Крек К.В., Жулина Е.В. Дидактические игры как средство коррекции нарушений письменной речи у учащихся младших классов с аграмматической дисграфией // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 8-2. – С. 268-270.

3.Морова Н.С., Домрачева С.А. Повышение профессиональной родительской компетентности в социальном воспитании детей в возрасте от 3 до 6 лет: программа и учебно–методическое пособие / Н.С. Морова, С.А. Домрачева / ФГНУ «Институт социальной педагогики» РАО. - М.: Изд-во «Современное образование», 2013. – 160 с.

**О.П. Бартош**

## ВЛИЯНИЕ СЕАНСОВ БИОУПРАВЛЕНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ

**Научный центр «Арктика» ДВО РАН (Магадан).**

С приходом в школу ребенок оказывается в новой для себя социальной ситуации. Использование оздоровительных уроков с применением игрового компьютерного биоуправления (Штарк М.Б., Шварц М.С., 2002) является эффективной помощью детям начальной школы в процессе адаптации к учебному процессу и профилактике психических нарушений. Такие уроки дают возможность существенно уси-

лить мотивацию детей к школьному обучению и облегчить этот процесс путем приобретения навыков саморегуляции в эмоционально напряженной ситуации.

**Цель исследования** - изучить влияние БОС-тренинга на психоэмоциональное состояние детей младших классов.

Исследование проводили на базе общеобразовательной школы г. Магадана во 2 классе (23 учащихся, средний возраст 8,3 ± 0,1 года) в кабинете психолога. Проводилась индивидуальная психокоррекционная работа (БОС-тренинг). Каждый ученик участвовал в 8–12 сессиях БОС-тренинга по 20–30 мин 2 раза/нед., количество попыток в решении компьютерных игровых заданий – не менее пяти.

В нашем исследовании использовали компьютерный тренажер «БОС-Пульс», в котором происходит регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) с ногтевой фаланги пальца руки и преобразование ее в сигналы обратной связи, воспринимаемые ребенком в виде звукового или зрительного ряда. В качестве основных игр, которые носят явный или скрытый соревновательный характер, были представлены тренинги «Вира» и «Ралли». Для того чтобы победить в соревновании, играющий должен снизить ЧСС. Добиться положительного развития сюжета он мог, только научившись управлять собственными механизмами саморегуляции в сочетании с высокой степенью контроля сознания. Эффективность коррекционных мероприятий оценивали тестированием - методикой Многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) (Ромицына Е.Е., 2006). Диагностика школьников производилась до и после коррекционных мероприятий. Структура многомерной оценки МОДТ включает 10 шкал: 1-я – общая тревожность; 2-я – тревога во взаимоотношениях со сверстниками; 3-я – тревога в связи с оценкой окружающих; 4-я – тревога во взаимоотношениях с учителями; 5-я – тревога во взаимоотношениях с родителями; 6-я – тревога, связанная с успешностью в обучении; 7-я – тревога, возникающая в ситуациях самовыражения; 8-я – тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний; 9-я – снижение психической активности, связанное с тревогой; 10-я – повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой. Итоговый балл от 0 до 10. Если по параметру набрано 1–2 балла – качество слабо выражено, 4–5 балла – отчетливо выраженное качество, 7–10 баллов – сильно выражена тревога. Полученные данные обработали с использованием программы Statistika 6.0.

**Результаты** исследования показали, что по завершению психокоррекционной работы произошло значимое ($p<0,05$) снижение тревожности по 5 шкалам опросника МОДТ: 1–3-й, 6-й и 7-й. Причем отчетливо прослеживается снижение тревожности, имеющее непосредственное отношение к личностным особенностям ребенка: 1-я (общая тревожность), 3-я (тревога в связи с оценкой окружающих) и 7-я (тревога, возникающая в ситуациях самовыражения) шкалы опросника. По 3-й шкале изначально выявлен наивысший средний балл по классу, который составил 5,1±0,5. С выраженной тревогой (7–10 баллов) диагностировали 8 (35%) учеников класса. По завершении курса БОС-Пульс индивидуальные показатели тревоги по данной шкале в классе снизились до 3,7±0,4 балла ($p<0,01$), с выраженной тревогой оставались только 2 (9%) школьника. Высокие баллы по шкале 3 указывают на то, что большинство ребят испытывает эмоциональный дискомфорт, напряженность по поводу оценок, даваемых окружающими. Возможно, также имеется несовместимость разных систем требований от родителей и школы, предъявляемых к ребенку. По 7-й шкале (тревога, возникающая в ситуациях самовыражения) высокие показатели были у 4 (17%) учеников. После проведенных психокоррекционных сеансов количество таких учеников сократилось до 2 (9%).

Снижение тревоги по указанным шкалам говорит в пользу того, что после сеансов биоуправления на БОС-Пульс общее эмоциональное состояние учащихся стабилизировалось. Снизилась чувствительность к оценкам окружающих. Тревога во взаимоотношениях со сверстниками (2-я шкала) составила в среднем 3,7±0,5 балла. Сильно выраженную тревожность диагностировали у 4 (17%) учащихся. После завершения коррекционных работ выраженная тревога оказалась только у 1 школьника, а средний балл по классу значимо снизился - до 2,9±0,4 ($p<0,01$).

Среднее значение показателя тревожности по шкале 6, связанной с успешностью в обучении до начало психокоррекционных мероприятий составило 4,9±0,4 балла, что характеризуется как повышенный уровень тревожности. Эмоциональное состояние характеризовались достаточно высоким уровнем внутренней напряженности и тревоги, проявляющейся в неадекватных эмоциональных реакциях при выполнении учебных заданий. В нашем исследовании наглядно видно действие сеансов биоуправления на функциональное состояние детей – тревога по данной шкале значимо уменьшилась до 3,3±0,3 баллов ($p<0,01$). Если до коррекции с отчетливо выраженной тревогой было 5 (22%) школьников, после коррекции – 1 (4%) школьник.

Таким образом, результаты показали, что у детей после проведения сеансов адаптивного биоуправления в школе происходит значительное снижение общей тревожности, тревоги во взаимоотношениях со сверстниками, тревоги в связи с оценкой окружающих и тревоги, связанной с успешностью в обучении и возникающей в ситуациях самовыражения. Как следствие, улучшается общее психическое и соматическое состояние.

**Т.П. Бартош**

## ПРОФИЛЬ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

**Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (Магадан).**

В настоящее время актуальной проблемой является достаточно низкий уровень психического здоровья подростков, связанный с успешностью социальной адаптации, выражающийся в значительной распространенности преморбидных психических отклонений. Нарушение психической адаптации проявляется в высокой тревожности, различных формах агрессивного и аутоагрессивного поведения, фрустрации, неуверенности в себе и т. д. (Прихожан А.М., 2000). Тревога может быть одним из факторов, провоцирующих агрессию. С другой стороны, в ситуации тревоги враждебность и агрессия служат способом защиты.

**Цель** - исследование особенностей профиля агрессивности у подростков с разным уровнем личностной тревожности, проживающих в г. Магадане.

Всего было обследовано 213 подростков обоего пола 8-11 классов 13-17 лет 3-х общеобразовательных школ г. Магадана; из них 133 девочки и 80 мальчиков. Разделение по группам в зависимости от уровня тревожности было произведено на основании шкалы личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера-Ханина. До 30 баллов регистрировалась низкая тревожность; 31-45 - умеренная тревожность; 46 и более баллов - высокая тревожность.

В группу низкотревожных лиц вошли 82 (38%) и 57 (27%) мальчиков с низким и умеренным уровнем тревожности. В группу высокотревожных вошли 51 (24%) девочка с высокими показателями ЛТ и 23 мальчика (11%).

Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки. Опросник выявляет следующие формы агрессии: Физическая агрессия (ФА) – использование физической силы против другого лица. Косвенная агрессия (КА) – окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная. Вербальная агрессия (ВА) – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы). Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении. Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов. Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия. Подозрительность – недоверие и осторожность по отношению к людям. Чувство вины (ЧВ) – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, а также ощущаемые им угрызения совести. Индекс враждебности (ИВ) включает в себя показатели Обиды и Подозрительности. Индекс агрессивных реакций (ИАР) составляют три формы агрессии и Раздражение.

Обработка полученных данных проводилась стандартными методами с помощью программ Excel-97 и Statistica-6.

**Результаты**. Исследование профиля агрессивности среди мальчиков с разным уровнем тревожности показало, что из восьми шкал опросника только по показателю Негативизма высокотревожные подростки не имели значимых различий по сравнению с низкотревожными сверстниками. У высокотревожных мальчиков регистрировали более низкий уровень Физической и Вербальной агрессии ($p<0,05$). Более выражены показатели Косвенной агрессии, Раздражения, Обиды, Подозрительности, Чувства вины ($p<0,05$).

Высокотревожные девочки по сравнению с низкотревожными ровесницами отличались более выраженными показателями Раздражения, Обиды, Чувства вины и Индекса враждебности ($p<0,05$).

Корреляционный анализ показал положительную связь показателя ЛТ с Индексом враждебности ($r=0,30$; $p<0,05$) и Обидой ($r=0,35-0,41$; $p<0,01$) у подростков обоего пола. Тревожность способствует усилению враждебных реакций, увеличивается зависть, обидчивость.

Таким образом, как у мальчиков, так и девочек с высоким уровнем личностной тревожности преобладают враждебные и аутоагрессивные реакции по сравнению с низкотревожными сверстниками. Часто уровень аутоагрессии напрямую связан с интроверсией, депрессивностью и невротичностью личности и служит фактором риска развития суицидального поведения (Коноплева И.Н., Чупракова М.В., 2013).

Сравнительный анализ в гендерном аспекте показал достоверно ($p<0,05$) более высокий показатель ФА у низкотревожных мальчиков по сравнению с низкотревожными сверстницами. У девочек более выражена КА ($p<0,05$) и более высокая ВА. Эти виды агрессии считаются гендерными характеристиками. Косвенная агрессия подчеркивает такие черты характера, как чувствительность, мягкость, уступчивость, зависимость, стремление привлечь к себе внимание окружающих через экстравагантное поведение (Owens L., Shute R., Slee P., 2005).

Изучение профиля агрессивности среди высокотревожных подростков не обнаружило различий в проявлениях ФА. Однако уровень ВА у девочек был самым высоким из всех форм реакций и значимо превышал этот показатель у мальчиков ($p<0,05$). По литературным данным, у детей с данной формой агрессии отмечается психическая неуравновешенность, которая проявляется в высокой тревожности, неуверенности, сниженном фоне активности, настроения и работоспособности и низкой фрустрационной толерантности (Астапов В.М., Малкова Е.Е., 2011). Прослеживается небольшая тенденция более

выраженных враждебных реакций - Обиды и Подозрительности у высокотревожных мальчиков по сравнению с высокотревожными девочками. Они более недоверчивы и осторожны по отношению к людям, чаще испытывают негативные чувства и оценки людей.

Таким образом, исследование показало, что высокотревожным подросткам обоего пола по сравнению с низкотревожными сверстниками более свойственны раздражительность, враждебные и аутоагрессивные реакции.

**Н.Н. Баширова, И.А. Зайцев**

## ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА

**Брянская областная психиатрическая больница № 1 (Брянск).**

В последние десятилетия в Брянской области в силу ряда экопатогенных факторов среди показателей общей заболеваемости умственная отсталость существенно превышает среднероссийские. Так, в 2014 г. количество умственно отсталых в расчете на 100 тыс. населения составило в возрасте 0-14 – 839,4, 15-17 лет – 1638,6, старше 18 – 754,5, что в среднем составило 792,1 человек, а по РФ – 624,2 (2013 г.). В 2015 г. умственная отсталость и задержки психического развития в нозологической структуре приема медицинских психологов детского круглосуточного стационара Брянской областной психиатрической больницы № 1 составили 35% и 25%, детского дневного стационара – 15% и 30% соответственно. Кроме того, исследование интеллекта является обязательной составляющей при проведении разного рода экспертиз, причем иногда требуется его оценка не только по степени снижения, но и дифференциация в пределах нормативного диапазона (пограничная интеллектуальная недостаточность, низкая/средняя/хорошая/высокая норма). Таким образом, исследование интеллекта является одной из наиболее частых дифференциально-диагностических задач при проведении экспериментально-психологического исследования.

Как известно, в отечественной патопсихологии изначально одним из основополагающих был принцип качественного анализа (Зейгарник Б.В., 1976), суть которого заключается не в подсчете количества ошибок, сделанных испытуемым в процессе выполнения задания, а в анализе их содержательной стороны. Использование теста Векслера для исследования интеллекта вступает в противоречие с этим принципом, поскольку он основан на измерительном подходе, на подсчете количества правильно выполненных заданий в единицу времени. Следует также отметить, что результаты по тесту Векслера далеко не всегда соответствуют реальности.

В настоящее время в лаборатории медицинской психологии БОПБ № 1 накоплен большой экспериментальный материал по исследованию интеллекта детей разного возраста с использованием отечественных патопсихологических методик исследования мышления и проводится качественно-количественный анализ полученных результатов для последующей стандартизации этих методик. Выделены наиболее часто встречающиеся ошибки при их выполнении у детей с разным интеллектуальным уровнем.

Вербальный интеллект напрямую связан с понятием «конкретность мышления», которое, как мы полагаем, носит континуальный характер, т. е. степень конкретности мышления отражает уровень вербального интеллекта. Это означает, что решения невысокого уровня, а также отдельные ошибки конкретного характера свойственны не только умственно отсталым и далеко не всегда связаны с динамическим нарушением мышления в виде непоследовательности суждений, а могут встречаться и в группе нормы. Во избежание неправильного понимания психологического заключения нами используются разные формулировки, качественно характеризующие ошибки конкретного характера:

- «объяснения иногда/часто носят конкретный характер», т. е. собственно обобщение верное, но испытуемый затрудняется в объяснении своего решения, оно носит конкретный характер. Часто это встречается при решении сложных заданий у детей до 12 лет с интеллектом в пределах средней нормы, у более старших это может свидетельствовать об интеллекте ниже средней нормы;
- «обобщения носят конкретный характер», т. е. само обобщение произведено по конкретно-ситуационному признаку, соответственно и объяснение, если оно есть, будет носить такой же характер. Вот это и есть собственно конкретность мышления, по Б.В. Зейгарник, свойственная умственно отсталым.

Нами были выделены некоторые особенности выполнения методик «классификация предметов» и «исключение предметов», характеризующие уровень вербального интеллекта.

1.Точность восприятия изображений на картинках. Чем точнее восприятие, тем выше интеллект (конькобежец/человек, матрос/человек).

2.Неспособность к обобщению «измерительных приборов» и «школьных принадлежностей» у детей старше 8 лет, как известно, является одним из дифференциально-диагностических критериев умственной отсталости. По нашим данным, значение имеет не только доступность этого обобщения, а также то, как оно было сделано. Если по *остаточному принципу*, т. е. после того, как были выделены другие группы в методике «классификация предметов», то это характерно при интеллекте ниже средней нормы. Кроме того, объединение в одну группу «тетрадей» и «книг» без «глобуса» и «чернильницы» не яв-

ляется достаточным для квалификации способности к выделению «школьных принадлежностей».

3.Название обобщаемых предметов также характеризует интеллектуальный уровень. Как правило, испытуемые с высоким уровнем вербального интеллекта при выполнении этих методик всегда дают стандартные названия высокого уровня (например, 1) «посуда», а не «кухонные предметы», «для кухни», 2) «спортивный инвентарь», а не «для спорта», «спортивное»). Соответственно, чем «проще» название, тем ниже интеллект. Называние обобщаемых предметов по карточке, лежащей сверху (например, группу «посуда» испытуемый называет «кастрюли», потому что карточка «кастрюля» находится сверху), также говорит об интеллекте ниже средней нормы. Еще одним примером невысокого интеллекта является называние группы по *принципу от обратного* (например, испытуемый в пробе «птица-неживые предметы» верно исключает птицу, потому что «остальные не летают»).

Нами выделены и другие особенности выполнения указанных методик в зависимости от интеллекта: в ориентировочной деятельности, классификации животных, при выполнении III этапа «классификации предметов».

С нашей точки зрения, назрела необходимость стандартизации отечественных методов исследования мышления по примеру метода пиктограмм (Херсонский Б.Г., 2003), чтобы с использованием их создать патопсихологический инструмент для исследования интеллекта, основанный на качественно-количественном анализе и не противоречащий отечественным принципам патопсихологического исследования.

**М.А. Бебчук**

## ГОТОВНОСТЬ СЕМЬИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА К СОТРУДНИЧЕСТВУ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ: БАРЬЕРЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

**ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Исследования последних десятилетий убедительно показывают, что использование реабилитационного потенциала не только психически больного ребенка, но и его микросоциального окружения – семьи, создает предпосылки для качественных изменений в профилактике, лечении и социальной адаптации детей с психическими расстройствами и нарушениями поведения.

В рамках исследования, проведенного в 2016-2017 гг. в ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», было изучено мнение родителей на различных этапах стационарного лечения ребенка и установки специалистов по вопросам готовности и потребности во взаимном сотрудничестве.

На уровне приемного отделения было изучено мнение 456 родителей (госпитализирующих первично или повторно детей в стационар) об их ожиданиях от профильной помощи и готовности родителей к сотрудничеству со специалистами. 98 % родителей/законных представителей на этапе поступления ребенка в стационар в той или иной мере готовы участвовать в предлагаемых лечебных мероприятиях и вмешательствах (обсуждать план лечения и реабилитации, непосредственно участвовать в занятиях логопеда и дефектолога, встречаться с семейным психологом, выполнять «домашние задания», участвовать в психообразовательных программах и профориентации). Одна из ведущих потребностей у большинства семей (91,8%) - «Обучение новым формам поведения и воспитания, которые можно использовать дома после выписки».

Таким образом, на этом этапе исследование показало готовность и потребность семьи в участии в лечебных и реабилитационных мероприятиях, родители/законные представители допускают возможность сотрудничества со специалистами службы психического здоровья как включением в различные сферы жизни ребенка в стационаре (свидания, участие в родительских программах, обсуждение со специалистами программы коррекции), так и прямым участием в занятиях с семейным психологом/психотерапевтом.

На втором этапе исследования были проанализировано 300 анкет родителей, дети которых выписывались из стационара. 67% родителей/законных представителей не были удовлетворены уровнем сотрудничества со специалистами и персоналом учреждения. Среди основных *психологических барьеров* родители называют незаинтересованность сотрудников видеть членов семьи равноправными партнерами в лечении ребенка. Родители жалуются, что «Добровольное информированное согласие», подписываемое ими в начале госпитализации, часто бывает формальным и с психологической точки зрения - вынужденным, «принудительным» и мало информативным. Значительная часть родителей указывает, что в последующем врачи также не учитывают уровень тревоги и стресса родителей при беседе: дается больше информации, чем они способны «переварить», или информация является для них противоречивой, или изобилует медицинской терминологией. Однако большая часть родителей указывает на дефицит информации, на избегание врачами контакта с родителями, ссылки специалистов на «нехватку времени», отсутствие инициативы со стороны врача и медицинского персонала, редкое приглашение на занятия с логопедами, позднее по срокам назначение семейной консультации.

Результаты второго этапа исследования свидетельствуют о том, что «глазами» родителей специалисты не удовлетворяют их ожидания и не обеспечивают потребность родителей в сотрудничестве.

В заключительной части исследования приняли участие 58 психиатров (детских), которые ответили на вопросы анкеты. 94% врачей считают, что главным ожиданием и ведущей потребностью родителей является подбор ребенку медикаментозной терапии. Среди препятствий к сотрудничеству с родителями большинство врачей называет нехватку времени и следование шаблонам, традициям, привычкам. Действительно, немаловажную роль играют психологические установки медицинских работников («Мы - профессионалы и знаем лучше, что нужно для наших пациентов»; «Родители недостаточно образованы и эмоционально неустойчивы»; «Партнерство с семьей пациента отнимает много времени»; «В детской психиатрии – особые родители»), блокирующие идеи сотрудничества с родственниками больного ребенка.

Таким образом, исследование показало, что психиатры недостаточно мотивированы и подготовлены к сотрудничеству с семьей ребенка с психическим расстройством и нарушениями поведения. Подобные ограничения скорее могут быть отнесены к *организационным барьерам* и включают в себя: а) несовершенство нормативно-правовой базы с отсутствием четко прописанной процедуры вовлечения родителей; б) особенности организационной культуры, определяемые установками и убеждениями, отмеченными выше; в) дефицит соответствующей подготовки в понимании преимуществ сотрудничества с родителями. Важно отметить, что препятствиями также являются недостаток руководств и рекомендаций, поддерживающих семейно-центрированную и партнерскую модель взаимодействия с семьей больного ребенка, а также кадровый дефицит специалистов, умеющих работать с родителями/законными представителями.

В заключение отметим, что демифологизация идеи о нежелании родителей психически больных детей включаться в помощь своему ребенку могла бы способствовать повышению качества помощи душевнобольным детям за счет потенциально возможного использования ресурсов семьи.

**С.И. Беляева**

## ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОКОЛЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ПОДРОСТКОВ КАК МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ

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

Проблема вовлечения подрастающего поколения России в преступную среду стала одной из центральных тем внимания общественности в 2017 г. Так, в феврале при Министерстве образования и науки РФ была создана межведомственная рабочая группа по предотвращению криминализации подростковой среды. Отмечается массовое вовлечение подростков в криминальную сферу в отдельных регионах Сибири, Приморья, Поволжья и на Урале; критическая ситуация сложилась в Забайкалье, где десятилетиями оставались на постоянное место жительства отбывшие наказание в виде лишения свободы в тюрьмах (исправительных колониях). Таким образом, существенная часть семей подростков данных регионов имеет криминальную историю. Поэтому долгосрочный позитивный эффект может быть получен лишь при всестороннем, комплексном подходе к решению данной проблемы, включающем, в том числе, психопрофилактическую работу с семьями подростков группы «риска».

Теоретический анализ исследований родителей делинквентных подростков позволил выделить следующие клинико-психологические особенности, патологизирующие семейное воспитание: алкоголизацию, агрессивность и насилие, межпоколенную воспроизводимость деструктивных паттернов функционирования семьи. По данным Г.И. Климантовой (2014), среди подростков, совершивших правонарушения, 42,8% испытали жестокое обращение, истязания, побои от родителей; 30,4% пострадали от сексуальных посягательств родственников. Д.А. Шестаков (2003) обращает внимание на то, что родители будущих насильственных преступников ранее сами привлекались к уголовной ответственности, причем свыше 50% – за насильственные преступления. Исследования правонарушителей, родители которых также были преступниками, показывают совпадения моделей поведения у родителей и детей. Говоря о генетических факторах делинквентности А.В. Черников (2004) подчеркивает, что такие симптоматические паттерны функционирования семьи, как алкоголизм, инцест, насилие и суицид, имеют тенденцию к повторению из поколения в поколение, и называет их «семейными программами». При этом все исследования несовершеннолетних правонарушителей обращают внимание на тот факт, что подростки с делинквентным поведением в большинстве своем воспитываются в неполной семье, чаще одной матерью.

Результаты проведенного нами комплексного психологического исследования матерей старшеклассников г. Норильска Красноярского края и их детей-подростков выявили тенденцию межпоколенной воспроизводимости паттернов поведения в изученных семьях. Исследованы женщины – матери подростков с делинквентным поведением в возрасте от 29 до 49 лет (M=38,12±0,50), матери подростков с нормативным поведением в возрасте от 32 до 51 года (M=37,97±0,46), а также их дети-подростки с делинквентным (48 мальчиков и 28 девочек) и нормативным (38 мальчиков и 38 девочек) поведением в возрасте от 14 до 16 лет (M=14,95±0,09 и M=15,07±0,08 соответственно). Всего исследованы 304 человека.

Изучение взаимоотношений матерей подростков с делинквентным и нормативным поведением и их родительских семей с помощью полуструктурированного клинико-психологического интервью показало, что у первых, в сравнении с сопоставляемой группой, чаще встречаются не только структурные наруше-

ния в прародительских семьях, но и нарушения взаимоотношений с собственными родителями, выражающиеся в отсутствии психологической поддержки и низкой степени их позитивного участия. Анализ актуальных взаимоотношений матерей со своими детьми выявил, что матери подростков с делинквентным поведением чаще, чем матери социально адаптированных подростков, говорят об отсутствии взаимопонимания и доверия, редко или почти никогда не проводят время со своими детьми-подростками, мотивируя это тем, что они уже взрослые и у них свои интересы; применяют физические наказания.

Делинквентные подростки чаще, чем в сопоставляемой группе, сообщали об отсутствии доверия, взаимопонимания и поддержки со стороны матери.

Выявлено, что отношение к социально-одобряемой деятельности (к работе для матерей и к учебе для подростков) в группах матерей и их детей-подростков с делинквентным поведением хуже, чем в сопоставляемой группе. Так же более чем у половины матерей и их детей–делинквентных подростков нет увлечений (хобби). Такие показатели могут свидетельствовать о неумении и нежелании как матерей, так и их детей-подростков с делинквентным поведением реализовать свою активность в социально желательных и социально приемлемых формах поведения.

Матери и их дети-подростки с делинквентным поведением более склонны к употреблению табака и алкоголя, чем матери и их дети-подростки с нормативным поведением. Это свидетельствует как о формировании у делинквентных подростков представления о возможности употреблении психоактивных веществ без ущерба для здоровья, так и о наличии ранних проб табака и алкоголя, что негативно влияет как на состояние здоровья и вовлекает несовершеннолетних в административно наказуемую деятельность.

По результатам дискриминантного анализа, среди характеристик личности матерей подростков, впервые совершивших правонарушение, наибольшей информативностью в отношении их дальнейшей делинквентности обладают показатели «Нервно-психическая неустойчивость» и «Импульсивность» (методика «НПН-А»): чем выше показатели в структуре личности матери, тем более вероятно, что подросток повторит правонарушение.

Проведенный сравнительный анализ особенностей восприятия личности собственной матери подростками с делинквентным и нормативным поведением и их матерями (методика «Личностный дифференциал») позволил выявить тенденцию к межпоколенному негативному восприятию матерей в семьях подростков с делинквентным поведением.

Выявленные особенности позволяют наметить мишени психотерапии в работе с семьей делинквентного подростка.

**О.В. Бессчетнова**

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЛЬЕМ КАК ФАКТОР УСПЕШНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ТРАЕКТОРИИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

**Балашовский институт (филиал) ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского» (Балашов).**

Дети, оставшиеся без попечения родителей, достигая совершеннолетия, сталкиваются с целым комплексом социально-экономических, психологических, бытовых и других проблем, наиболее существенной из которых является отсутствие жилья после выхода из интернатного учреждения, опекунской, патронатной или приемной семьи. Согласно официальным данным, численность сирот в России, состоящих на учете в качестве нуждающихся в обеспечении жильем, за 2014-2015 гг. увеличилась на 15,4%, достигнув 229,82 тыс. чел. Число сирот, у которых право на обеспечение жилыми помещениями возникло, но не было реализовано, составило 61% от общей численности детей–сирот, находящихся на жилищном учете. Кроме того, количество детей данной категории, обеспеченных жильем, за указанный период уменьшилось на 4,8% (в 2015 г. – 26,91 тыс. чел., в 2014 г. – 28,29 тыс. чел.) [1].

Российским федеральным законодательством закреплено право сирот на получение жилого помещения до фактического обеспечения им без каких-либо возрастных ограничений. До 2013 г. сироты и лица из их числа обеспечивались жилыми помещениями во внеочередном порядке по договорам социального найма без учета детей, подлежащих обеспечению жильем. С 1 января 2013 г. данная категория граждан обеспечивается жилыми помещениями по договорам найма из специализированного жилого фонда по достижению ими совершеннолетия в порядке общей очереди. Изменения в законодательстве вызваны многочисленными нарушениями и/или злоупотреблениями в сфере предоставлении жилья сиротам во многих субъектах РФ, в частности, намеренное затягивание сроков ожидания жилья после достижения детьми 23 лет, что позволяло местным органам власти снимать их с жилищного учета как утративших данный статус.

Дети-сироты после возвращения из интернатных учреждений или замещающих семей признаются нуждающимися в обеспечении жильем при наличии следующих обстоятельств: аварийное, непригодное для проживания жилье; недостаток его нормативной площади; проживание лиц, страдающих хроническими заболеваниями, а также лиц, лишенных родительских прав [3].

В соответствии с ч. 2 ст. 91 Жилищного кодекса РФ родители, лишенные родительских прав, могут быть выселены из жилого помещения без предоставления им жилья, если их совместное проживание с

ребенком признано невозможным по решению суда. Однако применение данной санкции крайне редко осуществляется на практике.

Согласно Семейному кодексу РФ, лица, лишенные родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком, что влечет за собой прекращение их права пользования жилым помещением (ст. 71) [2]. В связи с этим органы опеки и попечительства совместно с законными представителями детей-сирот имеют право незамедлительно принять меры по выселению родителей, лишенных родительских прав, из жилых помещений, принадлежащих ребенку на праве собственности. Однако существуют случаи, при которых право пользования жилым помещением, принадлежащим ребенку на праве собственности, лицами, лишенными родительских прав, прекратить невозможно, т.к., во-первых, на момент приватизации (до 1 марта 2005 г.) они наравне с собственником имели равные права пользования жилым помещением; во-вторых, долевой характер собственности не препятствует родителям, лишенным родительских прав, законно пользоваться жильем, несмотря на юридическое прекращение отношений с ребенком. Все это свидетельствует об отсутствии возможности проживания в данном жилом помещении самого ребенка и является основанием для предоставления ему государственных гарантий на обеспечение жильем.

Вместе с тем результаты эмпирических исследований, проведенныхв 2016-2017 гг. при финансовой поддержке РФФИ (проект 16-03-00057) в трех субъектах РФ – Белгородской, Саратовской областях и Забайкальском крае, показали скорее обратную картину и позволили установить типичные трудности в жилищной сфере, с которыми сталкиваются дети-сироты по достижении ими совершеннолетия. Приведем фрагмент интервью с консультантом отдела опеки и попечительства над несовершеннолетними гражданами (61 г., стаж 20 лет, Саратовская обл.).

*Интервьюер: Бывает так, что дети возвращаются к родителям, лишенным родительских прав?*

*Эксперт: Конечно, бывает. А куда им еще идти после детдома? Жилье-то им не дают сразу. Куда они поедут? На улицу? Им некуда ехать. Некоторым уже 35 лет, а они еще не получили. Жилье представляет Министерство строительства и ЖКХ Саратовской области, средства идут из федерального бюджета. Жилье приобретается на вторичном рынке жилья. Но, как правило, где оно приобретается, где нет ни автобусов, ни дорог, на первых этажах, т. е. самое дешевое жилье.*

*Эти дети часто повторяют образ жизни своих родителей. Им некуда возвращаться. Если раньше у детей, живших в детском доме, была прописка этого детдома, то теперь – временная регистрация, и когда они выбывают из детдома, их выписывают, и они выходят, и что – бомж! В течение года центр «Семья» оказывает им помощь, в том числе материальную. Но у них нет регистрации. Проблем очень много…*

Из интервью следует вывод о том, что, несмотря на внесение изменений в нормативно-правовую базу в сфере обеспечения жильем детей-сирот, на повышение ответственности руководителей региональных исполнительных органов власти, складывается устойчивая социальная практика, которая вынуждает детей возвращаться в неблагополучную семью, подвергаться различным социальным рискам, часто повторяя жизненные траектории своих биологических родителей, лишенных родительских прав.

ЛИТЕРАТУРА

1.Число обеспеченных жильем детей-сирот в 2015 г. уменьшилось по сравнению с 2014 г. на 1,38 тыс. человек или на 4,8%. URL: http://audit.gov.ru/activities/control/28430/.

2.Семейный кодекс РФ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc.

3. О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: ФЗ от 21.12.1996 года № 159-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12778/.

**М.Е. Блох**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**ФГБУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург).**

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают основное место в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушений репродуктивного здоровья у женщин. Согласно статистическим данным, в 60%-65% случаев причиной обращения к гинекологу являются воспалительные гинекологические заболевания. За последние годы количество воспалительных заболеваний женских половых органов во всем мире увеличилось на 13-25%. Серьезную озабоченность вызывает значительное «омоложение» воспалительных гинекологических заболеваний у женщин. Наиболее часто воспалительные заболевания органов малого таза диагностируются в возрасте 18-22 лет, а через 14-15 лет после первого эпизода заболевания у пациенток отмечается увеличение числа случаев гнойных воспалений при обострении хронического воспалительного процесса (Жуковская И.Г., Молчанова Л.Ф., 2012). К воспалительным заболеваниям репродуктивных органов относятся: вульвиты, бартолиниты, экзо- и эндоцервициты, острые и хронические эндометриты, сальпингоофориты.

В исследованиях психосоматических соотношений воспалительных гинекологических заболеваний

были получены данные о том, что для этих пациенток характерны тревожность, гипотимия, пассивность, неуверенность, зависимость, снижение психической активности личности, алекситимические проявления, снижение способности к адекватной самооценке. Около половины (48%) пациенток с хроническими гинекологическими заболеваниями страдают психическими расстройствами, 87% которых представляют собой расстройства адаптации и специфические расстройства личности, преимущественно связанные с наличием межличностных проблем (Потемкина Е.А., 2012).

В клинической картине нарушений адаптации преобладают тревожные и депрессивные симптомы с выраженным зависимым поведением. В сравнении со здоровыми женщинами пациентки с воспалительными гинекологическими заболеваниями имеют достоверно более низкие показатели качества жизни, преимущественно в сфере социального функционирования и психического здоровья. Также качество жизни было снижено и у мужей женщин с воспалительными гинекологическими заболеваниями. Многие пары оценивали свой внутрисемейный климат как неблагополучный, 60% респондентов считали свой союз неудачным (Озолиня Л.А, Праведников Н.Н., Овсепян Н.Р., 2013).

При этом использование психокоррекционных лечебных воздействий приводило к снижению уровня тревожности, напряжения, нейротизма и повышению устойчивости к психологическому стрессу (Айвазян Т.А., Зайцев В.П., Ярустовская О.В., 2012).

Нами было проведено исследование 50 женщин репродуктивного возраста (средний возраст 28,1±3,8), страдающих рецидивирующими воспалительными гинекологическими заболеваниями (хронический сальпингоофорит - 57% выборки, хронический эндометрит - 23%, сочетание хронического эндометрита и сальпингоофорит - 20%). Длительность заболеваний у всех пациенток составила не менее год, с частотой обострения не реже раза в 6 мес. Все женщины экспериментальной группы на момент обследования состояли в браке или в постоянных отношениях с партнером не менее 1 года. Детей имели 60% женщин. В качестве контрольной группы были исследованы женщины репродуктивного возраста, не имеющие гинекологических заболеваний. Исследование проводилось на базе ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» с помощью методик: индекс жизненного стиля; личностный дифференциал; опросник удовлетворенности браком.

Полученные результаты позволили сделать следующие **выводы**: в сравнении со здоровыми женщинами репродуктивного возраста у пациенток с рецидивирующими воспалительными гинекологическими заболеваниями достоверно выше общий уровень напряженности психологических защит, при этом преобладают примитивные защиты, такие как отрицание, реактивное образование и вытеснение. Они демонстрируют достоверно более низкие показатели самоуважения, самостоятельности, волевых ресурсов, значительно более зависимы, интровертированы, пассивны, тревожны и астенизированы. Женщины с воспалительными гинекологическими заболеваниями имеют достаточно низкую удовлетворённость своими отношениями с партнером, расценивают их как скорее неблагополучные.

**И.В. Борисова, А. Косыч**

## ОСОБЕННОСТИ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК - УЧАЩИХСЯ 5-Х КЛАССОВ

**Брянский государственный университет им. академика И.Г. Петровского (Брянск).**

Проблема сохранения психического здоровья школьников стоит очень остро в современной системе образования. Важную роль играют вопросы изучения способов эмоционального реагирования на значимую для учащихся социальную ситуацию обучения в школе. Изучением школьной тревожности занималось большее количество отечественных психологов [1, 2 и др.]. Вместе с тем проблема школьной тревожности остается не до конца изученной актуальной проблемой. Особое значение имеет изучение вопросов школьной тревожности в 5-х классах школы, когда происходит переход учащихся в среднее звено и им приходиться взаимодействовать не с одним учителем, а с различными учителями-предметниками.

В эмпирическом исследовании особенностей школьной тревожности приняли участие учащиеся 5-х классов гимназии г. Брянска в количестве 27 человек, из них 14 девочек и 13 мальчиков. Исследование проводилось с помощью методики «Тест школьной тревожности» Филлипса [3].

Таблица 1.

Уровни школьной тревожности учащихся

| | **ОТШ** | **ПСС** | **ФПДУ** | **СС** | **ССПЗ** | **СНОО** | **НФСС** | **ПСОУ** | **ОТ** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **высокая** | 3,7 | 0 | 0 | 0 | 3,7 | 22,2 | 3,7 | 0 | 0 |
| **повышенная** | 3,7 | 7,4 | 7,4 | 18,5 | 22,2 | 7,4 | 7,4 | 18,5 | 7,4 |
| **норма** | 92,6 | 92,6 | 92,6 | 81,5 | 74,1 | 70,4 | 88,9 | 81,5 | 92,6 |

ОТШ – общая тревожность в школе, ПСС – переживание социального стресса, ФПДУ – фрустрация потребности в достижении успеха, СС – страх самовыражения, ССПЗ – страх ситуации проверки знаний, СНОО – страх не соответствовать ожиданиям окружающих, ПСОУ – проблемы и страхи в отношениях с учителями, ОТ – общая тревожность

Как видно из табл. 1, среди всех показателей школьной тревожности у учащихся наиболее выражены страх не соответствовать ожиданиям окружающих и страх ситуации проверки знаний.

Таблица 2.

Уровни школьной тревожности девочек

| | ОТШ | ПСС | ФПДУ | СС | ССПЗ | СНОО | НФСС | ПСОУ | ОТ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **высокая** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21,4 | 7,1 | 0 | 0 |
| **повышенная** | 0 | 14,3 | 7,1 | 14,3 | 21,4 | 0 | 7,1 | 21,4 | 14,3 |
| **норма** | 100 | 85,7 | 92,9 | 85,7 | 78,6 | 78,6 | 85,7 | 78,6 | 85,7 |

Обозначения те же.

Как видно из табл. 2, среди всех показателей школьной тревожности у девочек наиболее выражены страх не соответствовать ожиданиям окружающих, страх ситуации проверки знаний и проблемы и страхи в отношениях с учителями.

Таблица 3.

Уровни школьной тревожности мальчиков

| | ОТШ | ПСС | ФПДУ | СС | ССПЗ | СНОО | НФСС | ПСОУ | ОТ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **высокая** | 7,7 | 0 | 0 | 0 | 7,7 | 23,1 | 0 | 0 | 0 |
| **повышенная** | 7,7 | 0 | 7,7 | 23,1 | 23,1 | 15,4 | 7,7 | 15,4 | 15,4 |
| **норма** | 84,6 | 100 | 92,3 | 76,9 | 69,2 | 61,5 | 92,3 | 76,9 | 84,6 |

Обозначения те же.

Как видно из табл. 3, среди всех показателей школьной тревожности у мальчиков наиболее выражены страх не соответствовать ожиданиям окружающих, страх ситуации проверки знаний, проблемы и страхи в отношениях с учителями и страх самовыражения.

Таблица 4.

Уровни школьной тревожности мальчиков и девочек (13)

| | ОТШ | | ПСС | | ФПДУ | | СС | | ССПЗ | | СНОО | | НФСС | | ПСОУ | | ОТ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Д | М | Д | М | Д | М | Д | М | Д | М | Д | М | Д | М | Д | М | Д | М |
| **В** | 0 | 7,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7,7 | 21,4 | 23,1 | 7,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **П** | 0 | 7,7 | 14,3 | 0 | 7,1 | 7,7 | 14,3 | 23,1 | 21,4 | 23,1 | 0 | 15,4 | 7,1 | 7,7 | 21,4 | 23,1 | 14,3 | 15,4 |
| **Н** | 100 | 84,6 | 85,7 | 100 | 92,9 | 92,3 | 85,7 | 76,9 | 78,6 | 69,2 | 78,6 | 61,5 | 85,7 | 92,3 | 78,6 | 76,9 | 85,7 | 84,6 |

Обозначения те же.

Как видно из табл. 4, общая тревожность выше у мальчиков, переживание социального стресса - у девочек, фрустрация потребности в достижении успеха у девочек и мальчиков выражена приблизительно одинаково, страх самовыражения выше у мальчиков, страх ситуации проверки знаний выше у мальчиков, страх не соответствовать ожиданиям окружающих выше у мальчиков, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи в отношениях с учителями у девочек и мальчиков выражены приблизительно одинаково.

Таким образом, у девочек более выражен страх переживания социального стресса, у мальчиков более выражена общая тревожность в школе, страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих.

Полученные данные могут быть использованы школьными психологами для коррекции школьной тревожности, для сохранения психического здоровья школьников в современной системе обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. - СПб.: Речь, 2004. - 248 с.

2. Прихожан А.Я. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. - СПб: Питер, 2009. - 192 с.

3. Психологические тесты для профессионалов / Авт. сост. Н.Ф. Гребень. - Минск: Современная школа, 2007. – 496 с.

**И.А. Бочарова[1], М.В. Злоказова[2]**

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

**[1]Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева, [2]Кировский государственный медицинский университет (Киров).**

В детской психиатрии всегда была актуальна проблема медицинского сопровождения детей с поведенческими расстройствами (Макушкин Е.В., 2016). В последние годы такие пациенты составляли значительную часть от обратившихся на прием к участковым детским психиатрам (2014 г. - 46%; 2015 г. - 48%; 2016 г. - 48%) и направленных на лечение в детский дневной психиатрический стационар Ки-

ровской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ). Было замечено, что у пациентов с расстройствами поведения (РП), поступавших для диагностики и лечения в круглосуточное детское отделение КОКПБ, поведение достаточно быстро начинало соответствовать требованиям и порядку отделения, т. е. симптомы расстройства исчезали или становились минимально выраженными. При выписке и последующем наблюдении за такими пациентами в амбулаторных условиях через какое-то время у части из них был отмечен рецидив РП, обусловленный возвращением детей в привычный социум (семья, школа и др.), провоцировавший их поведение.

В связи с этим в последние 3 г. в г. Кирове реализуется следующий алгоритм оказания психиатрической помощи пациентам с РП. Основными подходами в терапии являются медикаментозная терапия, психологическая и психотерапевтическая коррекция (Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999). В круглосуточный детский стационар КОКПБ пациенты с РП поступают в случае выраженных клинических проявлений, отягощенных агрессивным поведением и другой сопутствующей психопатологической симптоматикой, невозможностью проведения лечения в амбулаторных условиях, а также для уточнения диагноза с целью исключения другой психической патологии. На данном этапе предпочтение отдается медикаментозному лечению. В отделении с пациентом и его семьей (при их согласии) начинает работать психотерапевт с целью постановки психотерапевтического диагноза и мотивирования семьи на продолжение психотерапевтической работы (психологической коррекции) после выписки из круглосуточного стационара. Однако, учитывая тенденцию к сокращению сроков пребывания пациентов в круглосуточном стационаре и значительную загруженность психотерапевта, удается лишь семейное психотерапевтическое консультирование.

Дальнейшее наблюдение пациента осуществляется диспансерной психиатрической службой г. Кирова, где детскими психиатрами реализуются рекомендации стационарного звена. Семьи пациентов с РП чаще всего являются дисгармоничными, с недостаточной мотивацией на психотерапевтическую (психологическую) работу после выписки ребенка из стационара. Однако в случае повторной декомпенсации состояния, при отсутствии необходимости госпитализации в круглосуточный стационар либо для решения вопроса о выведении на индивидуальное обучение родители детей с РП соглашаются на дальнейшее психотерапевтическое лечение в условиях дневного психиатрического детского стационара (ДДПС) КОКПБ на базе общеобразовательных школ г.Кирова, что позволяет проводить полипрофессиональную терапию без отрыва от социума.

В ДДПС акцент делается на проведение всех форм психотерапевтической работы с минимальным использованием медикаментозных препаратов. Длительность терапии – 45 дней. При необходимости курсы терапии могут повторяться в течение года 2-3 раза и/или проводиться на протяжении нескольких лет до получения стабильного результата. Индивидуальная психотерапия зависит от запроса и возраста пациента, используются преимущественно методы когнитивно-бихевиорального направления. В среднем пациент посещает примерно 7 сессий продолжительностью 30-40 мин. Групповая терапия реализуется в виде тренингов (личностного роста, межличностного взаимодействия и др.) по 7-9 занятий продолжительностью 60 мин. Групповую терапию проводят психотерапевты и клинические психологи. Все родители, которые приводят детей на лечение, мотивируются врачами на семейную терапию. К сожалению, соглашаются на ее проведение лишь 40%-50% семей. Многие родители предпочитают перекладывать ответственность за поведение своих детей на учителей, одноклассников, социум, психиатров, нередко просят выписать «волшебные таблетки», которые смогут кардинально изменить их ребенка. Они предпочитают встречаться с психотерапевтами в рамках консультаций по состоянию ребенка. Конечно, в случае сочетания индивидуальной, групповой и семейной терапии улучшение в состоянии пациента становится более стабильным: происходит закрепление новых форм общения и поведения в семье, члены семьи начинают значительно лучше понимать, слышать и взаимодействовать друг с другом, что значительно облегчает последующую социализацию пациента. Большинству детей с РП, направленных в ДДПС, после активного проведения полипрофессиональной терапии удалось продолжить очное обучение в школе, т. е. избежать перевода на обучение на дому или дистанционное, что, с нашей точки, зрения, чаще всего лишь усугубляет социальную дизадаптацию ребенка.

Таким образом, наиболее оптимальным вариантом сопровождения детей с РП является лечение в условиях ДДПС на базе общеобразовательных учреждений, где без отрыва от привычного социума, продолжая учебную деятельность в своей школе, пациент может научиться новым поведенческим паттернам при поддержке психотерапевта и психолога.

**В.И. Брутман**

## НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА ПРОДОЛЖЕНИЯ РОДА И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Частнопрактикующий врач (Израиль).**

Одним из традиционных разделов клинической психопатологии является патология инстинктивной сферы (патология влечений) и связанных с этим нарушений поведения. Широко представлены и глубоко изучены такие области патологии, как патология пищевого, сексуального влечения, инстинкта самосохранения и пр. Вместе с тем патология одного из базисных инстинктов человека – инстинкта ма-

теринства - практически не изучена.

Многие годы практической и научной работы в области нарушений материнской сферы в связи с психической патологией дали нам основание обратить свое внимание на эту область психопатологии – патологии инстинкта продолжения рода.

В случаях целого ряда психопатологических состояний происходит **патологическое угнетение репродуктивной активности (угнетение репродуктивного компонента инстинкта продолжения рода),** приводящее к отказу от материнства.

В клинической практике встречаются следующие психопатологические синдромы, ассоциированные с отказом от материнства:

1. Глубокий дефект (недоразвитие) личности в форме выраженного психического (иногда и физического) инфантилизма. К такому состоянию приводят рано начавшаяся (т. н. детская) шизофрения, эпилепсия, глубокие олигофрении, ранние органические заболевания ЦНС.

2. Психопатоподобные состояния с выраженной эмоциональной дефицитарностью, неспособностью формировать альтруистические отношения. Обычно такие состояния возникают в рамках рано начавшегося вялотекущего шизофренического процесса.

3. Сверхценное мировоззрение у женщин с психопатическим складом характера. У этих женщин рано, обычно под влиянием травматического семейного опыта, формируются стойкие антирепродуктивные установки — непоколебимая убежденность в невозможности собственного материнства.

4. Особую группу «отказывающихся от репродукции» составляют женщины с формой личностного расстройства, которое проявляется заметным искажением полоролевой идентификации без изменения полового самосознания. Эти женщины с самого детства проявляют черты, свойственные психотипу противоположенного пола. При этом они воспринимают себя как женщин, могут вступать в брак, но собственной потребности иметь своих детей у них не появляется. У некоторых отмечается заметное равнодушие и даже отвращение к детям.

5. Одной из обширных групп больных с отказом от репродукции являются женщины со стойкими «сексофобическими» состояниями. Вовремя не диагностированные и не леченые страхи (болезненные идеи) такого содержания приводит к защитному (ритуализированному) поведению — отказу от интимных отношений. С годами на этой основе формируется неприязнь и даже ненависть к мужчинам.

6. В редких случаях отказ от материнства связан с особыми хроническими бредовыми состояниями.

7. Временное угнетение репродуктивной активности чаще всего отмечается в рамках затяжных, иногда многолетних депрессивных состояний и включается в комплекс симптомов, характерных для угнетения инстинктивной сферы у депрессивных больных.

Под влиянием психического или личностного расстройства может возникать **патологическое повышение репродуктивной активности (усиление репродуктивного компонента инстинкта продолжения рода).**

Клинические формы усиления репродуктивной активности следующие:

1. Патологическое повышение репродуктивной активности в связи с затяжными гипоманиями при биполярных аффективных расстройствах. У женщин во время затяжных гипоманиакальных (маниакальных) 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. возникает безудержное желание вновь забеременеть и родить ребенка несмотря ни на какие стесняющие жизненные обстоятельства.

2. Патологическое повышение репродуктивной активности в связи с хронической гипоманией. В этих наблюдениях для женщин обычно с самого детства были свойственны черты непреходящего гипоманиакального аффекта, который носил несколько атипичный характер. Они бывают склонны к необычным увлечениям, которые могут становиться 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.

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. Этому способствует ригидная, конформная структура их личности.

4. Усиление репродуктивной активности в связи с олигофренией. В данном случае безудержное и бесконтрольное репродуктивное поведение женщины обусловлено растормаживанием инстинкта продолжения рода (его сексуального и репродуктивного компонентов) при условии лишения внешнего социального контроля и поддержки.

Список типов психических расстройств, приводящих к растормаживанию репродуктивного поведения, по-видимому, можно продолжить. Все это требует дальнейшего психопатологического и клинического изучения.

**А.Е. Брюхин, Е.В. Оконишникова, Т.Ю. Линева**

## ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Российский Университет Дружбы Народов, Медицинский институт (Москва).**

К психопатологическим синдромам, типичным для подросткового и юношеского возраста, М.В. Коркина, М.А. Цивилько, А.Е. Личко, В.В. Ковалев, Г.Е. Сухарева и другие отечественные психиатры относили дисморфофобический синдром и синдром нарушений пищевого поведения (аноректический, булимический). В современных классификациях психических болезней ( МКБ-10; DSM-5) при описании диагностических критериев нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) упоминается наличие идей недовольства собственной внешностью (полнотой), при этом данный критерий не является ведущим, ему не дана четкая синдромологическая характеристика. Вышеуказанные отечественные авторы в своих научных исследованиях и публикациях отмечали непосредственную связь и обусловленность появления аноректической и булимической симптоматики вслед за формированием дисморфофобических расстройств. М.В. Коркина в своих монографиях, посвященных дисморфофобии-дисморфомании и нервной анорексии (включая т. н. ее булимической вариант), прямо указывает, что в основе подавляющего количества случаев НА лежит особый вариант дисморфофобии - дисморфомании. Отличиями этого варианта от классических случаев дисморфофобии являлись: невыраженность идей отношения и депрессивных проявлений и наличие упорного стремления к исправлению мнимого или преувеличенного физического недостатка с относительно легкой доступностью к реализации корригирующего поведения.

В конце XX века случаи возникновения НА и НБ в детском и раннепубертатном возрасте описывались как казуистика, однако в последние десятилетия наблюдается явный патоморфоз клинических проявлений и течения нарушений пищевого поведения (НПП), одним из проявлений которого является возникновение клинически завершенной дисморфофобической и аноректической симптоматики в детском возрасте. Проведенные ранее сотрудниками кафедры исследования, выявили достаточно большую как по частоте, так и по выраженности представленность аффективной патологии при НПП с преобладанием тревожной или апатической депрессии (А.Е. Брюхин, Е.Ю. Онегина, 2010). Также очевидно, что большая роль дисморфофобии-дисморфомании в этиопатогенезе, клинике, динамике и прогнозе НА и НБ обусловливает актуальность более детального изучения стойкого недовольства своей внешностью у пациенток с данной патологией, в том числе с использованием психометрических методик.

В исследовании, которое в настоящее время проводится на кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН, включались пациенты женского пола с НА и НБ, самостоятельно обратившиеся на кафедру и давшие информированное согласие. Задачей проводимого исследования является выявление, классификация, раскрытие этиопатогенетических механизмов и динамики дисморфофобических расстройств при НА и НБ. Одним из этапов исследования являлась оценка степени общей удовлетворенности/неудовлетворенности собственным телом и отдельными его частями, в том числе теми, которые чаще всего вызывают недовольство (живот, бедра, ягодицы) у пациенток с НА и НБ. Помимо клинического и катамнестического методов, применялся психометрический метод исследования с использованием валидизированного Опросника образа собственного тела [ООСТ, Скугаревский О.А.], модифицированного, с учетом индекса массы тела (ИМТ) и тяжести соматического состояния, и Шкалы удовлетворенности собственным телом [ШУСТ, Скугаревский О.А. ].

Выборку составили 50 пациенток с НА и НБ в возрасте от 13 до 18 лет. Длительность заболевания от 4 месяцев до 6 лет. По данным ООСТ 42% пациенток попадают в категорию выраженная неудовлетворенность своей внешностью, 24 % в умеренную и 34 % в категорию легкая, которая также не считается нормативной. По данным ШУСТ, характеристиками, относящимися к голове (глаза, нос, уши) недовольны 42% пациенток, относящимися к туловищу (живот, грудь, спина) 54%, к нижней части тела (ягодицы, таз, бедро) 57% опрошенных. Количество недовольных всеми перечисленными частями тела равно 40% (n=20), что говорит о наличии полидисморфофобии-дисморфомании.

Таким образом, полученные высокие показатели недовольства своей внешностью, которые согласуются с данными клинико-психопатологического обследования (высокий уровень тревоги и депрессии) и соматическим состоянием пациенток (низкий ИМТ, вплоть до кахексии) и, безусловно, влияют на динамику заболевания и успех терапии НА и НБ, нуждаются в дальнейшем подробном изучении.

Проведенный ретроспективный анализ анамнеза заболевания показал, что дисморфофобические переживания выявляются у подавляющего большинства пациенток с НА и НБ как на начальных этапах этих заболеваний, так и персистируют на всех последующих периодах динамики НПП. У большого количества больных с НПП, особенно с НА, дисморфофобические переживания возникали в детском возрасте (в нашем исследовании у пациентки с 6 лет ), носили политематический характер и касались не только массы и объемов тела, но и других его частей (формы носа и ушей, разреза глаз, цвета и структуры волос), а патологические идеи недовольства собственной полнотой являлись стержневой симптоматикой на всем протяжении болезни, влияли на качество жизни пациенток и определяли ее течение, исходы и прогноз.

**А.Д. Бузунова, Е.А. Бурина**

## ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова (Санкт-Петербург).**

Проблема внутрисемейных отношений на данный момент не теряет своей актуальности, в частности вопрос формирования эффективных способов реагирования в сложных ситуациях. **Целью** данного исследования явилось изучение особенностей копинг-стратегий и субъективного восприятия семейных отношений младшими подростками с девиантным поведением, под которым понимаются действия, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в обществе морально-правовым нормам (Никольская И.М., Грановская Р.М., 2006).

В исследовании приняли участие 65 детей в возрасте 11 лет, относящиеся к группе детей с девиантным или нормативным поведением. Все подростки проживали в г. Санкт-Петербурге и обучались в общеобразовательных школах.

Группа подростков с девиантным поведением представлена 34 детьми, состоящими на учете в подразделении по делам несовершеннолетних и органах социальной опеки: 18 девочек, 16 мальчиков, в том числе 23 ребенка из полных и 11 детей из неполных семей. Группа подростков с нормативным поведением представлена 31 ребенком, не состоящими на учете в подразделении по делам несовершеннолетних и органах социальной опеки: 18 девочек, 13 мальчиков, в том числе 24 ребенка из полных и 7 детей из неполных семей.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы**: анкета, опросник копинг-стратегий детей школьного возраста, семейная социограмма, рисунок семьи. Полученные данные обрабатывались с помощью факторного и корреляционного анализов.

Согласно результатам исследования способов совладания, подростки с девиантным поведением используют эффективные и не эффективные способы реагирования в сложных ситуациях. Среди эффективных копинг-стратегий чаще всего используются: обнимаю или прижимаю к себе кого-то (56%, n=19); смотрю телевизор, слушаю музыку (44%, n=15). Из неэффективных способов совладания: плачу и грущу (21%, n=7); борюсь или дерусь с кем-нибудь (18%, n=6); бью, ломаю или швыряю вещи (18%, n=6).

Младшие подростки с нормативным поведением используют только эффективные копинг-стратегии: смотрю телевизор, слушаю музыку (58%, n=18); рисую, пишу или читаю что-нибудь (55%, n=17); стараюсь расслабиться, оставаться спокойным (55%, n=17); обнимаю или прижимаю к себе кого-то (45%, n=14); мечтаю, представляю себе что-нибудь (39%, n=12). Неэффективные копинг-стратегии в их арсенале отсутствуют. Это помогает им легче переключиться с травмирующей ситуации, успокоиться и прийти в себя. Таким образом, младшие подростки с девиантным поведением затрачивают больше времени и энергии на переживания травмирующих ситуаций и сложнее находят способы выхода из них.

Результаты анализа рисунков сложных ситуаций показывают, что у подростков с девиантным поведением на первый план выходит изображение трудностей во взаимоотношениях с родителями и проблем в семье (38%, n=13). Тогда как среди подростков с нормативным поведением наиболее распространенным изображением такой ситуации являются неудача в учебе (39%, n=12), смерть животного (26%, n=8) и ссора с другом (23%, n=7).

Результаты изучения субъективного восприятия семейных отношений у подростков с девиантным поведением показывают, что большая часть из них самым значимым (55%, n=19), властным (50%, n=17), умным (47%, n=16), могущественным (56%, n=19), уверенным в себе (47%, n=16) считает папу, однако он же воспринимается и самым далеким (29%, n=10) из членов семьи, что свидетельствует об отсутствии близкого контакта и невозможности удовлетворения потребности в нем. Самым близким (32%, n=11) из членов семьи подростки воспринимают маму, но она же вызывает тревогу (29%, n=15) и изображается агрессивной (35%, n=12), что указывает на нарушение межличностных связей, страх в отношениях и невозможность установления теплого контакта. Братьев и сестер такие подростки считают безвластными (47%, n=16), а себя изображают тревожными (44%, n=15). Полученные данные указывают на восприятие семейных отношений как неблагополучных, что проявляется дистанцированностью, недостаточностью любви, ласки, заботы и потребностью младшего подростка в них.

У младших подростков с нормативным поведением полученные результаты демонстрируют, что самым значимым (64%, n=20), властным (35%, n=11), умным (71%, n=22), могущественным (41%, n=13) и уверенным в себе (68%, n=21) воспринимается папа. Самым близким (41%, n=13) и самым беспокойным (35%, n=11) из членов семьи — мама. Агрессивными (22%, n=7) и вызывающими тревогу (29%, n=9) считают братьев и сестер, а себя большая часть детей воспринимает послушными (26%, n=8). Полученные данные указывают на более благополучную семейную обстановку и теплые отношения с родителями.

Анализ взаимосвязей субъективного восприятия членов семьи и используемых стратегий совладания показал, что у подростков с девиантным поведением использование эффективных копинг-стратегий имеет отрицательную взаимосвязь с восприятием папы как вызывающего тревогу персонажа. А исполь-

зование неэффективных стратегий поведения имеет положительную взаимосвязь с восприятием мамы - агрессивного и вызывающего тревогу персонажа. В то время как у младших подростков с нормативным поведением использование эффективных стратегий совладания имеет положительную взаимосвязь с восприятием родителей как значимых, умных, близких и могущественных членов семьи. Следовательно, восприятие родителей в негативном свете, способствует использованию неэффективных копинг-стратегий и затрудняет выход из сложных ситуаций. В то время как младшие подростки, воспринимающие своих родителей положительными персонажами и имеющие с ними близкие отношения, эффективно справляются со сложностями.

Таким образом, субъективное восприятие семейных отношений как неблагоприятных ухудшает способность ребенка справляться с трудностями, так как со стороны родителей подросток получает недостаточно поддержки (Эйдемиллер Э.Г. и др., 2003; Deans J., et al, 2015).

**Н.С. Бурлакова**

## ФОРМУЛИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СЛУЧАЯ В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

**МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва).**

Проблема интеграции подходов к психологической помощи детям и подросткам актуальна на сегодняшний день. С одной стороны, наблюдается все большая институционализация различных форматов помощи, куда с необходимостью включается психологическая составляющая: это как собственно различные виды психотерапии, психологического консультирования, так и смежные дисциплины – социальная работа, педагогическая помощь, логопедическая помощь и т. д. Каждую из сторон реабилитации в данном случае реализуют разные специалисты. Явственно встает задача выстраивания интегративной позиции специалиста с точки зрения оптимального формата помощи.

В данном случае речь, как правило, идет прежде всего о рефлексии средств, которые используются в разных направлениях психологической помощи и реабилитации. Большинство подходов в реабилитации ориентировано объектно - есть определенная методика, последовательность алгоритмов, которую реализует специалист. Вместе с тем практика показывает, что наибольшую эффективность реабилитационная программа имеет тогда, когда понимается и учитывается индивидуальность ребенка и с учетом этого понимания существует возможность подстройки к ней. Об этом же свидетельствует опыт психотерапии.

Обратившись к научным исследованиям в рамках широкой области, которая представлена такими парадигмами, как качественные исследования, феноменологические исследования, методология изучения индивидуального случая, видно, что здесь на научно-эмпирическом уровне идет разработка этой же проблематики: исследования и учета конкретных индивидуальных условий конкретного пациента, что в свою очередь определяет возможности реабилитации и организации помощи ему. В клинической психологии в отношении метода формулирования индивидуального случая представлено несколько стратегий, среди которых наиболее традиционной является работа со случаем с позиций биопсихосоциального подхода, где задействуются общие знания из психиатрии и клинической психологии; есть также стратегия построения метода исходя из определенного теоретического фундамента отдельных психотерапевтических подходов (например, выявление центральной темы конфликтных объектных отношений Л. Люборски, конфигурационный анализ Г. Горовиц и др.) и др. В целом все эти стратегии полагаются на клинико-психологические тактики работы с материалом, а не на оценочные шкалы, а также демонстрируют широкие возможности для последующей организации психотерапевтической помощи.

Подчеркнем, что наиболее оптимальные на наш взгляд стратегии работы со случаем не предполагают его сведения к набору стандартных правил и абстрактному набору признаков, сложившихся в силу образования специалиста в области клинической психологии или психиатрии, и (или же) его осведомленности в результатах отдельных атомарных научных исследований. Важно иное: добиться глубокого и нюансированного понимания своего пациента, уметь видеть за внешне схожими ситуациями возможный разный механизм их возникновения.

Необходимо специально подчеркнуть различие между диагнозом и формулировкой случая. Эксперты указывают, что диагноз более объективен, базируется на симптомологии; основывается на соответствующих измерениях и результатах исследований; более опасен в плане стигматизации, но позволяет профессионалам быстро понимать друг друга. В отличие от диагноза формулировка случая основывается на синтезе, причем как феноменологии нарушений, так и включении данных об этиологии трудностей («объяснительная модель»); здесь в меньшей степени выражена опасность стигматизации; основное преимущество – это возможность более полного понимания и рассмотрения каждого отдельного ребенка и испытываемых им трудностей как уникальных, что имеет значение для последующего создания плана психологической помощи, коррекции, психотерапии и определяет их эффективность. Вместе с тем обсуждение формулировки случая с профессионалами может потребовать гораздо больше времени, нежели обсуждение диагноза, и в целом это значительно более трудоемкий процесс [1; 2].

В работе с методом формулирования индивидуального случая, по нашему мнению, важно стре-

миться к точным определениям динамики развития самосознания, его структуры, понимая и уясняя как в живом самосознании пациента проявляется расстройство и как оно проявляет себя. Для этого психологу важно обратиться к профессиональному использованию внутренней феноменологической точки зрения, стремиться на полученном диагностическом материале понять целое [3; 4]. Только так можно уяснить механизмы болезненных явлений, внутренний и интерактивный смысл каждого симптома, внутреннюю организацию связи между симптомами. Особенно важен учет внутренней точки зрения пациента и ее разработка. Одним из перспективных направлений в данном ключе является сочетание объективных и феноменологических методов клинико-психологического исследования. Так, в собственных разработках на базе патопсихологического экспериментального исследования мы показываем, что в рамках одной компактной модифицированной методики есть возможность захватить как пласт объективной оценки, так и внутренний пласт самосознания [3; 4]. Интересные возможности понимания внутреннего мира, самосознания ребенка, подростка, важные для последующего проектирования психологической помощи содержатся и в компактной методике «Предпочитаемое животное», результаты работы с которой представлены нами в соответствующем руководстве [5].

Метод исследования и формулирования индивидуального случая дает не только тонкое диагностическое понимание, но и направление, как пользоваться этим знанием в реабилитации. Это понимание и описание дает возможность выстраивать реабилитацию на новом уровне, это относится, что особенно важно, к 1) организации мотивации пациента; 2) к более глубокой постановке проблем в отношении направлений и методик психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Eells T.D. Handbook of psychotherapy Case Formulation. N.Y., London: Guilford Press, 2006. 448 p.

2. Бурлакова Н.С., Федорова Ю.Н. Метод формулирования случая в практико-ориентированном исследовании // Консультативная психология и психотерапия. — 2016. — Т. 24, № 1. — С. 109–129.

3. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Объективная и феноменологическая позиции в патопсихологическом исследовании пациента. Сообщение 1 // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. — 2017. — Т. 10, № 1. — С. 46–54.

4. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Объективная и феноменологическая позиции в патопсихологическом исследовании пациента. Сообщение 2 // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. — 2017. — Т. 10, № 2. — С. 25–35.

5. Бурлакова Н.С. Методика «Предпочитаемое животное» в работе с детьми и подростками. — М.: Генезис, 2017.

**Л.П. Васильева, В.С. Котова, О.В. Игнатович**

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

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

В Республике Беларусь до 95% детей-сирот относятся к категории социальных сирот. Исследователи отмечают, что кроме нарушений привязанности у детей данной группы риска в целом довольно сильно нарушена социализация, т. е. процесс вхождения в социальную среду, усвоения социального опыта, приобщения к системе социальных связей (Спиваковская А.С., 2006).

**Целью** данного исследования явилось изучение социально-психологической адаптации подростков, оставшихся без попечения родителей, и уровня сформированности у них профессиональной направленности. В работе использовались следующие **методы исследования**: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) (А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина), методика «Мотивы выбора профессии» (Р.В. Овчарова). Статистическая обработка данных проводилась с использованием метода математико-статистического анализа для независимых выборок с расчетом t-критерия Стьюдента.

В исследовании приняли участие подростки, оставшиеся без попечения родителей, обучающиеся в УО «Минский государственный профессионально-технический колледж легкой промышленности и бытового облуживания населения» в возрасте 16-18 лет, в количестве 20 человек (1-я группа). В качестве контрольной группы в исследовании приняли участие их сверстники – 20 учащихся того же колледжа, которые воспитывались в семьях (2-я группа).

Диагностика уровня адаптивности подростков, оставшихся без попечения, и подростков, воспитывающихся в семьях, выявила следующее. Показатель «поведенческая регуляция» во 2 группе был несколько выше, но достоверно не отличался от показателя 1 группы (4,57±0,34 баллов – у подростков 1 группы и 5,43 ± 0,44 – во 2 группе, $p > 0,05$). То есть у тех и других подростков уровень самооценки, нервно-психической устойчивости, а так же наличие социального одобрения (социальной поддержки) со стороны окружающих людей значительно не отличались. По показателям «коммуникативный потенциал» и «моральная нормативность» выявлены значительные отличия. «Коммуникативный потенциал»

был достоверно ниже в группе подростков, оставшиеся без попечения родителей, чем у их сверстников, воспитывающихся в семьях (4,07 ± 0,35 балла и 6,14 ± 0,5 балла, соответственно; p<0,001). Поскольку человек практически всегда находится в социальном окружении, его деятельность сопряжена с умением строить отношения с другими людьми. Коммуникативные возможности, умение достигнуть контакта и взаимопонимания с окружающими у подростков, оставшихся без попечения родителей, выражены хуже. Подростки с низким коммуникативным потенциалом отличаются повышенной конфликтностью и проявлением агрессивности. Это обусловлено отсутствием необходимого социального опыта и благоприятного социального окружения, в котором успешно развиваются коммуникативные способности. Позиции, характеризующие уровень «моральной нормативности» индивида, отражают такие основные компоненты процесса социализации, как восприятие морально-нравственных норм поведения и отношение к требованиям непосредственного социального окружения. Эти компоненты также были хуже развиты у подростков, оставшихся без попечения родителей (4,14±0,48 и 6,86±0,67, соответственно, p<0,001). Данное обстоятельство свидетельствует о более низком уровне социализации у подростков данной группы, не вполне адекватной оценке своего места и роли в коллективе, в большей степени выраженном стремлении не подчиняться общепринятым нормам поведения. Итоговая оценка по шкале «Личностный адаптивный потенциал», получаемая путем суммирования баллов по трем шкалам («нервно-психическая устойчивость», «коммуникативные способности», «моральная нормативность») показала, что подростки, оставшиеся без попечения родителей, имеют более низкие показатели, чем подростки, воспитывающиеся в полных семьях (4,6 баллов и 6,14, соответственно). Изучение мотивов выбора профессии у подростков, оставшихся без попечения родителей, и подростков, воспитывающихся в полных семьях, показало следующее. У подростков, оставшихся без попечения родителей, показатели внутренних мотивов выбора профессии («внутренние индивидуально - значимые мотивы» были ниже, чем у их сверстников, воспитывающихся в полных семьях. Внутренние мотивы выбора той или иной профессии – это ее общественная и личная значимость; удовлетворение, которое приносит работа благодаря ее творческому характеру. Внутренняя мотивация возникает из потребностей самого человека, поэтому на ее основе человек трудится с удовольствием, без внешнего влияния. У подростков, оставшихся без попечения родителей, показатели по шкале «внутренние социально-значимые мотивы» были также ниже, чем у подростков, воспитывающихся в семьях (15,4±0,9 и 19, 58±0,84, соответственно, p<0,001). Это свидетельствует о том, что для подростков, оставшихся без попечения родителей, не столь важно удовлетворение от процесса работы. Они больше нацелены на результат, и значение для них имеют лишь стимулы, ради которых они будут прикладывать свои усилия, например, материальное стимулирование, продвижение по службе, престиж.

Таким образом, данные нашего исследования и других авторов (Л.В. Байбародова, 2010) свидетельствуют о том, что уровень сформированности профессиональной направленности подростка, оставшегося без попечения родителей, и его успешная социально-психологическая адаптация взаимосвязаны. Многие аспекты социальной депривации подростков-сирот обусловлены неподготовленностью к обоснованному профессиональному выбору и выходу на рынок труда, низкими мотивацией к трудовой деятельности и личной активностью, поэтому формирование профессиональной направленности является важной частью социально-психологической, профориентационной, коррекционно-воспитательной работы с ними.

**М.В. Васильева**

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

Проблема готовности ребенка с особенностями к обучению в школе серьезно стоит перед педагогами, психологами, медиками и родителями. Она является актуальной и волнует каждого представителя психолого-педагогической общественности. Поступление в школу - это сложный путь к образованию, которое предполагает высокий уровень развития мотивационной, интеллектуальной, волевой сфер и сферы произвольности, что особенно касается детей с ОВЗ. Под термином «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ) в научной литературе понимают таких детей, которые имеют какие-либо ограничения в повседневной жизнедеятельности, непосредственно связанные с физическими, психическими или иными дефектами [1]. Актуальность проблемы возрастает в связи с увеличением числа таких детей. В настоящее время по данным Министерства образования и науки Республики Марий Эл в образовательных организациях обучается более 100 тыс. детей, из них около 5 тысяч относятся к категории «дети с ОВЗ», которые нуждаются в специальных образовательных услугах.

В этом мы убедились на опыте работы МБДОУ Детского сада № 61 «Теремок» г. Йошкар-Олы, где из 324 воспитанников была сформирована группа детей, состоящая из 12 человек, имеющих ОВЗ.

На современном этапе имеется большое количество различных подходов по определению психологической готовности детей с ОВЗ к школе. Многие рекомендации гласят, что «к моменту поступления в

школу ребенок должен достигнуть определенного уровня интеллектуального, речевого и личностного развития», именно это приведет к успешной его адаптации в 1 классе независимо от уровня его отклонения в развитии. Также считается, что при правильной организации сопровождения детей с ОВЗ дети легко внедряются в группы и быстро адаптируются.Однако практика показывает, что это далеко не так.

У детей с ОВЗ обычно наблюдаются специфические проявления особенностей работоспособности, памяти, внимания, мышления, развития личности, что невозможно определить без тесного взаимодействия с семьей. Принципиально важно, чтобы в семье такого ребенка сохранились единство и согласованность всех требований. Различные подходы могут вызвать эмоциональный стресс у детей. Поэтому, как отмечают исследователи, «каждой семье необходима своевременная помощь в воспитании этой категории детей, в том числе социально-педагогическая и социально-психологическая по преодолению их отчужденности в обществе и развитию взаимопомощи среди них при поддержке всех социальных институтов» [1, с. 18].

Практика показывает, что основу организации образовательного процесса в ДОО и семье определяют следующие принципы: обеспечение двигательной активности; разнообразные игровые формы обучения; формирование детской группы, обеспечивающей чувство комфортности каждому ребенку; взаимосвязь занятий с повседневной жизнью детей и их самостоятельной деятельностью и др. Опыт подтверждает, что работа по формированию готовности к школе у детей с ОВЗ должна проводиться совместно воспитателями, дефектологами, психологами и логопедами. Она может быть организована на специальных занятиях; во время занятий по развитию речи; вне специальных занятий - во время свободного общения детей с педагогами и сверстниками, во время игр и т. д. При своевременной психологической помощи ребенку с ОВЗ в дошкольный период острые проявления отклонений в здоровье удается сгладить или минимизировать.

Главное, что необходимо, - с раннего возраста заниматься с ребенком, развивать его внимание, память, мышление, воображение. Основатель научной школы «Социально–педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья» Н.С. Морова отмечает, что «дошкольный возраст от 3 до 6 лет является предметом особо пристального внимания ученых и практиков как важный и ответственный период в жизни человека, как момент рождения личности» [2, с. 5]. Данный период сенситивного развития имеет решающее значение в формировании психологической готовности детей с ОВЗ к школе, что связано с их социально-психологическим здоровьем.

Таким образом, если своевременно проводить коррекционную работу в сенситивный период развития ребенка, то трудности в усвоении жизненно важных знаний, умений и навыков станут менее выраженными, что будет способствовать сохранению у детей социально-психологического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морова Н.С., Заболотских О.П. Повышение профессиональной родительской компетентности в социальном воспитании детей с проблемами в развитии: программа и учебно-методическое пособие / Н.С. Морова, О.П. Заболотских / ФГНУ «Институт социальной педагогики» РАО.-М.: Издательство «Современное образование», 2013. - 184с.

2. Морова Н.С., Домрачева С.А. Повышение профессиональной родительской компетентности в социальном воспитании детей в возрасте от 3 до 6 лет: программа и учебно–методическое пособие / Н.С. Морова, С.А. Домрачева / ФГНУ «Институт социальной педагогики» РАО. - М.: Изд-во «Современное образование», 2013. – 160 с.

3. Эльконин Д.Б. Некоторые вопросы диагностики психического развития детей // Диагностика учебной деятельности и интеллектуального развития детей. – М.,1981. – 152 с.

4. Morova N. Scholar school «Social Rehabilitation of disabled children»: from founding to modern practice. InternationaljournalofAcademicResearch. 2012. Т.4. № 2.-с.195.

**Ю.П. Васильева, В.Б. Войтенков, Б.В. Остапенко**

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ (МЕНИНГИТ, ЭНЦЕФАЛИТ) У ДЕТЕЙ

**ФГБУ «Детский научно-клинический центр детских инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» (Санкт-Петербург).**

**Цель.** Оценить значение ультразвуковых методик - нейросонография (НСГ), дуплексное сканирование сосудов головы и шеи, ультразвуковое исследование зрительного нерва (УЗН)) - в диагностике и мониторинге осложненного течения бактериального гнойного менингита (БГМ), энцефалита у детей.

**Материалы и методы.** Результаты обследования 113 детей с БГМ и энцефалитом разной этиологии от 1 до 24 мес. (9,1±0,5 мес.). НСГ проводилась через большой родничок и транскраниальный височный доступ. Дуплексное сканирование церебрального кровотока - в средней мозговой артерии, задней мозговой артерии с оценкой максимальной систолической скорости; венах Розенталя, вене Галена, верхнем сагиттальном синусе. Толщина зрительного нерва определялась при исследовании глазного яблока на 3 мм от сетчатки глаза.

**Результаты.** Исследование проводилось в соответствии с алгоритмом: НСГ-скрининг всем детям с подозрением на менингит и энцефалит. При выявлении уз-признаков менингита, энцефалита, отека головного мозга НСГ дополнялась дуплексным сканированием и УЗН. Далее проводился уз-мониторинг каждые 1-3 дня с целью оценки динамики изменений и выявления осложненного течения. При стабильном течении с положительной динамикой уз-мониторинг проводился до выздоровления. Выявление уз-признаков прогрессирующего течения осложнений являлось показанием для проведения КТ, МРТ с дальнейшим продолжением уз-мониторинга до стабилизации и выздоровления. При БГМ в 40% случаев мы выявили утолщение оболочек мозга как основной уз-признак менингита. Утолщение оболочек мозга мы наблюдали в сроки от 8 до 36 дней. В 25% мы наблюдали расширение желудочковой системы и субарахноидального пространства, сохраняющееся от 10 до 32 дней. При менингоэнцефалите в 11% случаев обнаруживались очаги в паренхиме головного мозга. Выявленные уз-признаки свидетельствовали о компенсированной внутричерепной гипертензии.

При оценке церебральной гемодинамики на фоне спазма артерий (40%) мы выявили в 52% случаев венозную дисциркуляцию в бассейне внутренних и наружных вен. В результате уз-мониторинга были выявлены признаки осложненного течения БГМ, энцефалита. Так, в 12,3 % случаев был выявлен отек головного мозга как наиболее тяжелое осложнение, который чаще (33%) наблюдался при пневмококковом БГМ. При оценке толщины ЗН в группе пациентов с ОГМ (n=19) было выявлено в 68,4% утолщение до 6,1±0,28мм (5-7,2) в отличие от группы сравнения (n=24, дети с ОРЗ) 5,1±0,18 (3,9-6,2) мм. Наибольшую ценность представили результаты уз-мониторинга: при положительной динамике нормализация толщины ЗН отмечалась на 6,1±0,84 день наблюдения. Прогностически неблагоприятными признаками стали: нарастание размеров толщины ЗН в первые дни и стушеванность контуров. При дислокационном синдроме сочетание деформации рисунка ствола головного мозга, исчезновения большой затылочной цистерны с паттерном реверберации по дуплексу свидетельствовало о декомпенсации внутричерепной гипертензии и смерти головного мозга. Субдуральный выпот чаще формировался при гемофильном БГМ (45%) на 9,7±1,2 день заболевания. Ультразвуковой мониторинг позволил определить сроки исчезновения – на 89,5±24,3 (12-210) день. Эпендиматит был выявлен на 3±0,75 день болезни и наблюдался чаще при гемофильном (37%) и менингококковом (37%) БГМ. Исчезновение уз-признаков эпендиматита имело место на 18,6±0,9 день. Кистозно-слипчивые изменения оболочек головного мозга выявлялись на 12±2,2 день заболевания чаще при гемофильном (25%) и менингококковом (25%) БГМ. Длительность сохранения признака достигала 95,3±18,4 (30-152) дней. Окклюзионную гидроцефалию мы диагностировали на 15,6±1,1 сут. болезни в основном при БГМ неизвестной этиологии (60%). Ультразвуковой мониторинг составил 5,3±0,7 дней, что было связано с изменением тактики терапии и переводом пациентов на нейрохирургическое отделение.

**Общие выводы.** Проведение ультразвуковых методов - НСГ+Дуплексное сканирование+УЗН - позволяет в острый период менингита, энцефалита у детей выявить признаки структурных нарушений, определить степень компенсации внутричерепной гипертензии, ограничить показания к диагностической церебро-спинальной пункции, определить тактику ведения пациента.

Ультразвуковой мониторинг позволяет выявить осложнения менингита, энцефалита у детей, скорректировать лечение, определить показания для нейрохирургического вмешательства.

Ультразвуковой мониторинг позволяет наряду с клиническим выздоровлением определить ультразвуковые критерии выздоровления, влияющие на сроки диспансеризации и определяющие индивидуальную тактику клинического наблюдения.

**Ю.Ш. Васянина, Е.О. Бойко, И.Ю. Мальфина**

## ОРГАНИЗАЦИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

**ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Краснодарского края (Краснодар).**

Организация комплексного медико–психолого–педагогического сопровождения пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС) и их семей является одной из приоритетных межведомственных и междисциплинарных задач. По данным ВОЗ, распространенность РАС составляет около 1% детской популяции и встречается у одного из 160 детей. Эти данные являются усредненными и значительно варьируют между исследованиями. Единых статистических данных по распространенности РАС в РФ нет. По мнению современных исследователей, значительное увеличение контингента детей с РАС, наблюдаемое в России в последние годы, связано, прежде всего, с совершенствованием диагностики аутистической симптоматики, однако также имеет место процесс «перекодировки» ряда других психических расстройств, в том числе для соответствия критериям медико–социальной экспертизы.

Систематическая работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС в Краснодарском крае проводится специалистами психиатрической службы с 1996 г.; с 2004 г. ведется краевой регистр детей-аутистов. На 01.01.2017 г. в Краснодарском крае зарегистрировано 1282 человека с РАС, из них 1193 ребенка в возрасте до 15 лет включительно (2016 г. – 1213; 2015 г. – 1092; 2014 г. –

836, 2013 г. –751), что составляет 126,1 на 100 тыс. детского населения. В гендерном аспекте отмечается значительно преобладание мужского пола (соотношение девочек и мальчиков составляет 1:4). Значительная часть наблюдаемых пациентов имеет выраженное снижение интеллекта. Большинство пациентов с РАС (около 87%) в связи со стойкой выраженной социальной дизадаптацией имеет статус «ребенок–инвалид». Степень выраженности имеющейся в клинической картине пациентов аутистической симптоматики чрезвычайно вариабельна: от шизоидного склада личности («аутистического диатеза»), аутоподобного поведения, аутистических симптомов или включений, синдрома аутизма, аутизма, атипичного аутизма - как основной нозологии, и, наконец, до аутистической симптоматики в рамках шизофрении, шизоидной психопатии, шизофреноподобных расстройств; при этом собственно аутизм как основная нозология диагностируется примерно в 25%-30% и около 70%-75% - составляют РАС. В целом для наблюдаемых пациентов с РАС характерны качественные нарушения эмоций и социального взаимодействия, качественные и количественные речевые нарушения, стереотипное поведение с дефицитом творчества и спонтанности, а также неравномерность развития или дефицитарность когнитивных функций.

В соответствии с принятой Концепцией развития системы комплексного сопровождения лиц с РАС в Краснодарском крае сопровождение лиц с аутизмом носит комплексный медико-социальный и психолого-педагогический характер при ведущей роли психолого-педагогических методов.

*Психолого-педагогический аспект сопровождения* включает смягчение трудностей коммуникации и социального взаимодействия, сенсорного и эмоционального дискомфорта, преодоление проблем нежелательного поведения, формирование важных аспектов «жизненной компетенции» и целенаправленного поведения, сопровождение образовательного маршрута с учетом индивидуальных особенностей ребенка и различные формы психологической помощи родителям с обучением приемам и методам работы с ребенком в условиях семьи, способствующим повышению его социальной адаптации.

*Медицинский аспект сопровождения* включает, прежде всего, организацию раннего выявления риска развития РАС специалистами первичного звена здравоохранения в амбулаторно–поликлинических условиях при проведении профилактических осмотров детей раннего возраста и диспансеризации. При выявлении высокого риска развития РАС ребенок направляется к психиатру для дифференциальной диагностики и организации своевременного медицинского сопровождения (вместе с тем, часть родителей детей в возрасте до 3 лет предпочитает наблюдение детских неврологов (педиатров) с проведением абилитации в педиатрических центрах. В рамках оказания специализированной помощи психиатры осуществляют наблюдение за ребенком, по медицинским показаниям при индивидуальном подходе назначают своевременную комплексную терапию (включая медикаментозную коррекцию, психотерапию, физиотерапию, ЛФК, массаж и др.) в амбулаторных и стационарных условиях, а также участвуют в разработке стратегии и тактики комплексного сопровождения (направляют пациента в бюро МСЭ и на психолого–медико–педагогическую комиссию для уточнения образовательного маршрута и организации психолого–педагогического сопровождения). С целью раннего выявления риска развития РАС у детей и своевременного оказания дифференцированной психологической и психотерапевтической помощи семьям, начиная с 2016 г., осуществляют работу круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков и две «Школы для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития». Также на сайтах и информационных стендах медицинских организаций размещены учебно-методическое пособие «Актуальные вопросы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра», руководство для родителей «Расстройства аутистического спектра», материалы просветительского характера, посвященные особенностям воспитания, психолого–педагогической коррекции детей с РАС.

*Социальный аспект сопровождения лиц с РАС включает* реализацию программ абилитации и реабилитации, социальную поддержку семей. Важными перспективными направлениями в данной сфере являются развитие программ поддерживающего проживания и сопровождаемого трудоустройства лиц с РАС.

**Ю.Ш. Васянина, А.А. Чернова**

## ДЕТСКИЙ СУИЦИД И ДИСТРЕСС: НЕОБЪЯВЛЕННАЯ ВОЙНА?

**ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Краснодарского края (Краснодар).**

По оценкам экспертов ВОЗ, в результате самоубийств каждые 40 сек. в мире погибает 1 человек. В глобальном масштабе среди молодежи 15-29 лет самоубийства составляют 8,5% всех смертей, являясь второй по значимости причиной смерти. В 2013 г. на 66 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят Комплексный План действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг., согласно которому государства–члены ВОЗ взяли на себя обязательство работать для достижения глобальной цели по сокращению частоты самоубийств на 10%. В настоящее время 28 стран имеют национальные стратегии предотвращения самоубийств.

Детское самоубийство является настоящей трагедией, которая безвременно прерывает жизнь ребенка и распространяется, как круги на воде, нанося непоправимый ущерб не только родным, близким и друзьям, но и в масштабе общества в целом. За каждой из этих страшных цифр стоит личная трагедия, катаст-

рофа, когда страх ребенка перед жизнью побеждает естественный страх смерти. В структуре смертности от неестественных причин смертность детей и подростков Краснодарского края от суицидов традиционно занимает 3-4 места (после ДТП, случайных отравлений и утоплений), опережая травмы, несчастные случаи и убийства, и ежегодно составляя около 10% из общего числа детских смертей. Учитывая социальную значимость проблемы, с 01.09.2004 г. на базе диспансерного отделения ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края организована работа по оказанию психиатрической и психотерапевтической помощи детям с суицидальным поведением; ведется мониторинг суицидальных попыток, утвержден порядок взаимодействия специалистов при оказании экстренной и плановой специализированной помощи суицидентам.

За период мониторинга (2004-2016 гг.) был отмечен волнообразный характер показателя распространенности завершенных суицидов у детей Краснодарского края (в возрасте до 18 лет), который колебался в диапазоне от 3,3 в 2005 г. до 1,0 на 100 тыс. детского населения в 2015-2016 гг. Однако при планомерном снижении показателя в 2006–2013 гг., в 2014 г. вновь был зафиксирован его рост до 2,6. Данный феномен, на наш взгляд, объективно отразил действие совокупности негативных социально–психологических, экономических и политических факторов (военные действия на территории соседнего государства, наглядное обесценивание человеческой жизни, проблемы беженцев и мигрантов, информационная война в СМИ с предвзятым освещением событий и шквалом негативных эмоций, отсутствие стабильности и др.) вызвавших кризис сложившихся морально–нравственных ценностей и устоев и приведших к повышению уровня не только ситуативной, но и базовой тревожности и дистрессу в семейной системе и в обществе в целом. Конечно, наиболее выражена первичная травматизация у населения, находящегося в условиях вооруженных конфликтов, при этом по механизмам переноса накопленной агрессии со своего «Я» на «идентифицированный образ врага» кривая самоубийств ползет вниз. Однако, нельзя забывать о жертвах вторичной травматизации – о населении соседних с центром войны территорий, традиционно связанном родственными отношениями и близком по менталитету и мышлению с воюющими сторонами. Вторичная травматизация часто проявляется реакцией дезорганизации личности, в основе которой лежит тревожный компонент, при этом заметно снижается интеллектуальный контроль, теряется «точка опоры», благодаря чему повышается риск самоубийства. И, конечно, в семейной системе в силу незрелости психики, под гнетом проблем наиболее уязвимы и сильнее страдают дети.

В целом за период мониторинга детских суицидов в крае (2004-2016 гг.) можно выделить такие сложившиеся тенденции, как значительное преобладание по возрасту подростков 15–17 лет, явные гендерные различия (при незавершенных суицидальных попытках значительно преобладали девушки, а при завершенных суицидах - юноши); выбор в случаях истинных суицидальных намерений наиболее «травматичных» способов (повешения, падения с высоты, огнестрельные ранения, прыжки под движущийся транспорт), а в случаях привлечения внимания к своим проблемам - медикаментозные отравления. Не было выявлено связи суицидальных попыток с религиозными мотивами, с принадлежностью к подростковым субкультурам. По территориальному принципу большинство незавершенных суицидальных попыток было зарегистрировано в крупных городах края, а погибали от суицидов чаще подростки, проживавшие в сельской местности. По итогам обследования, около 15% суицидентов были госпитализированы в психиатрические больницы края, остальные получили специализированную помощь в амбулаторных условиях. Главными причинами, приведшими к суицидальным попыткам, большинством пациентов (более 70%) назывались конфликтные отношения в семье (жесткие, авторитарные методы воспитания с физическим и психологическим насилием либо игнорирование базовых потребностей детей); также причинами суицидов являлись отвержение в значимой группе сверстников (15%), проблемы успеваемости в школе (10%); неразделенные чувства (5%).

Специалистами психиатрической службы Министерства здравоохранения Краснодарского края на постоянной основе проводится комплекс мероприятий универсальной, селективной и антикризисной профилактики суицидов, однако важно помнить, что проблемы смертности детского населения от внешних причин и суицидов носят межведомственный, междисциплинарный характер, а задачи по снижению детской смертности являются одним из приоритетных направлений работы всех ведомств и учреждений на федеральном и региональном уровне.

**О.Е. Веденеева**

## ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ НА ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ

**Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

Самоэффективность – убеждение человека в том, что он сможет продемонстрировать удачное поведение. Это классическое определение, предложенное А. Бандурой, которое применяется по сей день. В настоящее время самоэффективность изучена недостаточно, а все определения звучат похожим образом.

В статье раскрыто понятие родительской самоэффективности, ее влияние на развитие личности спортсмена и успехи в соревновательной деятельности. Также предлагается инструмент, определяющий родительскую самоэффективность и рекомендации по ее повышению.

Рассматривая определение родительской самоэффективности в спортивной сфере, предлагаю следующее определение.

Родительская самоэффективность – знания, умения, навыки, которые отработаны в течение длительного времени. Я считаю, что убежденность человека в способности продемонстрировать удачное поведение наступает сама собой, если учитывать все вышеперечисленное.

Согласно Р. Овчаровой, родители для ребенка – это:

источник эмоционального тепла, благодаря которому ребенок чувствует себя защищенным и активным;

директивная инстанция, распорядители жизненных благ, наказаний и поощрений;

пример для подражания, воплощение личностных качеств, модель взаимоотношений с людьми;

источник знаний, жизненного опыта, советчики в сложных ситуациях.

Все это можно применить и к спорту. Ребенок, получая от родителей теплоту, эмоциональность и общение, наиболее всего способен к активной, спортивной деятельности. Если родитель уверен в себе и показывает это в своем поведении, то ребенок тоже будет уверен в себе, своем будущем, в спортивных успехах.

Рекомендации по повышению родительской самоэффективности в спортивных организациях:

1. Организация общих лекций, бесед, дискуссий для родителей. На таких лекциях нужно рассказывать об общих правилах воспитания, возрастных особенностях детей, психологических особенностях тренировочного процесса. Самоэффективность напрямую зависит от знаний, а если их нет, то невозможно быть самоэффективным.

2. Проведение массовых диагностических обследований родителей на выявление уровня самоэффективности. После интерпретирования результатов составлять рекомендации каждому родителю индивидуально.

3. Организация тренингов уверенного поведения для родителей с низким уровнем самоэффективности. Также возможно включать детей со схожими проблемами к таким тренингам. Необходимо обучать навыкам общения и умению обеспечить эмоциональную поддержку близким членам в семье.

4. Проведение индивидуальной работы по психокоррекции при необходимости.

5. Все мероприятия должны быть сокращены по времени до получаса, максимум – час, учитывая занятость современных людей.

6. Предлагаю тест в качестве рекомендации, измеряющий родительскую самоэффективность, разработанный совместно с коллегой - выпускницей МГУ В. Фелициной.

Тест создан на основе 20 глубинных интервью. Были опрошены мужчины и женщины России возрастом от 20 до 60 лет, образование от 8 классов до 2 высшего. Выборка не является репрезентативной, но в дальнейшем методика будет улучшаться и будет составлена более репрезентативная выборка. В тесте содержатся 12 утверждений, по которым предлагается оценить свое согласие по шкале от 0 до 10, где 0 – полностью не согласен, 10 – полностью согласен. Далее полученные баллы суммируются.

1. Я считаю себя способным (способной), полностью материально обеспечить своих детей.
2. Я способен (способна) своевременно выполнять все действия по поддержанию здоровья ребенка.
3. Я способен (способна) всегда реагировать на ребенка адекватно ситуации.
4. Я способен (способна) построить доверительные отношения с ребенком.
5. Я считаю себя хорошим образцом для подражания для моих детей.
6. Я обладаю всеми личностными качествами, необходимыми хорошему родителю.
7. Я всегда могу своевременно оказать ребенку душевную поддержку.
8. Я способен (способна) контролировать ребенка тогда, когда это нужно.
9. Я способен (способна) снабдить ребенка всеми знаниями, которые необходимы для выживания.
10. Я способен (способна) полностью подготовить ребенка к взрослой, самостоятельной жизни.
11. Я способен (способна) помочь ребенку полностью развить свой потенциал.
12. Я способен (способна) обучить ребенка всем необходимым навыкам поведения в обществе.

Тест дифференцирует испытуемых на 3 группы по степени выраженности свойства: люди с низкой родительской самоэффективностью, люди со средним уровнем родительской самоэффективности и люди с высоким уровнем родительской самоэффективности.

**Л.Г. Величко**

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО И НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ

**Казенное общеобразовательное учреждение «Новоусманская школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (Воронежская область).**

В настоящее время образование детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) одна из актуальных и дискуссионных проблем современного образования. До недавнего времени детей разделяли на «обучаемых» и «необучаемых». При этом ребенка, которого сочли «необучаемым», вытесняли из системы образования в систему здравоохранения, которая не могла решить проблем психического

развития, а только усугубляла их.

Однако сегодня мировой опыт показывает, что эффективность реабилитации ребенка, оставшегося в семье, намного выше, чем ребенка, помещенного в интернат. Поэтому главной задачей является предоставление семье необходимой помощи в развитии и обучении ребенка, гарантировать ему достойное будущее, т. е. обеспечить возможности и реализовать взаимную интеграцию общества и всех его членов. Это возможно только при обеспечении равных прав, и в первую очередь права на образование. Инклюзивное (франц. inclusif – включающий в себя, от лат. include – заключаю, включаю) или включенное образование – термин, используемый для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных (массовых) школах. В основу инклюзивного образования положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создает особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности. Инклюзивное образование – процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми потребностями.

На сегодняшний день проблема развития инклюзивного образования в России находится под пристальным вниманием не только родителей и педагогических сообществ, но и всей общественности. Психолого-педагогические социальные трудности и проблемы инклюзивного образования заключаются в следующем:

- психологическая неготовность общества к принятию человека с ОВЗ;
- нежелание многих родителей обучать своих нормально развивающихся детей вместе с детьми с ОВЗ;
- неадекватное восприятие нормально развивающимися детьми сверстников с ОВЗ;
- проблема непринятия идеологии инклюзивного образования;
- трудности в понимании и реализации подходов к обучению;
- недостаток общения у детей надомного обучения;
- трудности социально-психологической адаптации детей с ОВЗ;
- отсутствие необходимого количества подготовленных кадров;
- недостаток материально-технического оснащения образовательных учреждений:

1) Для лиц с нарушенным слухом: FM-системы индивидуального и коллективного использования. Они передают звук (голос преподавателя) с микрофона напрямую на слуховые аппараты или звуковые процессоры кохлеарных имплантов учеников, это позволяет учителю донести информацию до ученика отчетливо и без искажений; Акустические системы (дополнительный элемент FM-системы, который создает комфортные условия для всех групп учащихся); Информационные (индукционные) системы, которые обеспечивают качественную передачу аудиосигнала, когда применение FM-систем не является оптимальным; Слухоречевой тренажер - предназначен для проведения индивидуальных занятий по развитию слухового восприятия и отработки ритмико-интонационной речи при работе с детьми и подростками, которые имеют потерю слуха или дефекты речи.

2) Для лиц с нарушенным зрением: Компьютерный комплекс для слабовидящих: персональный компьютер с программным обеспечением экранного доступа и видеоувеличителем; Электронные видеоувеличители: позволяют читать литературу, рассматривать иллюстрации и графики; Учебные пособия и письменные принадлежности; Устройство для прослушивания обучающих аудио-пособий.

3) Для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата: Специальная мебель; Специальные клавиатуры.

4) Универсальные решения для лиц с различными видами ограниченности физических возможностей: Интерактивная компьютерная доска с проектором; Сенсорные комнаты; Развивающие комплексы и тренажеры.

Практика показывает, что развитие инклюзивного образования - процесс сложный, затрагивающий научные, методологические и административные ресурсы. Педагоги и администрация общеобразовательных школ, принявших идею инклюзивного обучения, остро нуждаются в помощи по организации педагогического процесса, отработке механизма взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса, где центром является ребенок.

Инклюзивное пространство подразумевает открытость и доступность не только для детей, но и для взрослых. Чем больше партнеров у образовательных учреждений, тем более успешным будет ученик. С учетом особенностей развития детей с ограниченными возможностями для педагогов образовательных учреждений особое значение имеют знания по специальной психологии и коррекционной педагогике. Многим учителям массовых школ необходимо будет пересмотреть основные положения методики преподавания предметов, овладеть приемами коррекционной учебно-воспитательной работы, применять дидактические принципы индивидуального и дифференцированного подходов, развивающего и наглядного характера обучения, давать возможность детям надомного обучения общаться на внеклассных мероприятиях.

**В.В. Ветюгов, А.В. Орлов**

## АДАПТАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ТЕСТА DOMAIN-SPECIFIC RISK TAKING (DOSPERT) Е.У. ВЕБЕРА

**ГБУЗ НО «Наркологическая больница», ННГУ им. Лобачевского (Нижний Новгород).**

Проблемы риска были и остаются актуальными для прикладной психологии. Вместе с тем существует недостаток надежных и валидных методов диагностики риска, способных дифференцировать склонность к различным видам рискованного поведения. Одним из наиболее успешных в этом качестве тестов является разработанный Е.У. Вебером с соавторами (Weber, 2002; Blais, 2006) опросник Domain-Specific RiskTaking (DOSPERT). Данное исследование посвящено разработке русскоязычной версии этого теста и его психометрической проверке. Оно проводилось в 2011-2017 гг. В нем участвовало 563 человека, мужчин и женщин, в возрасте от 19 до 45 лет.

Разработка русскоязычной версии опросника включала в себя несколько этапов:1) перевод англоязычной версии опросника DOSPERT-30 (Blais, 2006), создание первого русскоязычного варианта опросника; 2) проверка трудности восприятия утверждений первого русскоязычного варианта опросника DOSPERT на молодежной выборке респондентов; 3) уточнение формулировок DOSPERT, экспертная оценка утверждений опросника, отбор наиболее содержательно валидных пунктов; 4) создание второго русскоязычного варианта опросника «DOSPERT»; 5) психометрическая проверка второго варианта теста.

После проверки теста на трудность восприятия некоторые утверждения исходной англоязычной версии опросника были переформулированы. Все замены утверждений в русскоязычной версии DOSPERT были по смыслу близки к авторской позиции и в большинстве случаев аналогичны утверждениям более ранних версий методики. Некоторые утверждения переформулированы на более надежные после проверки внутренней согласованности теста на основе коэффициента α Кронбаха.

Методика описывает принятие рисков в нескольких сферах жизнедеятельности. Авторы выделили пять таких основных сфер, связанных с рискованным поведением, описываемых субшкалами опросника: 1) финансовая (инвестирование и азартные игры); 2) здоровье и безопасность (вредные привычки, рискованное сексуальное поведение, игнорирование безопасности и пр.), 3) рекреационная (рискованные развлечения, экстремальные виды спорта), 4) этическая (связанная с совершением поступков, нарушающих этические нормы), 5) социальная (несогласие с окружающими, противопоставление себя им) .Опросник включает три шкалы: 1. Шкала принятия риска (ШПР), 2. Шкала восприятия риска (ШВР), 3. Шкала ожидания выгоды от рискованного поведения (ШОВ).

В русскоязычной версии опросника DOSPERT предлагается ввести вторичные показатели *X* и *Y*. Показатель *X* описывает склонность к риску относительно озабоченности, связанной с риском. Значения *X*>1,0 говорит о неосторожности, при которой склонность к риску превышает озабоченность, связанную с возможными неприятными последствиями рискованного поведения. Значение *X*>2,0 может свидетельствовать об излишнем азарте, при котором не в полной мере осознаются угрозы рискованных действий. Вторичный показатель *Y* указывает на склонность к риску относительно ожиданий удовольствия (выгоды) от рискованного поведения. Значения *Y*>1,0 могут говорить о преобладании иррационального стремления к риску над рациональным, а *Y*>2,0 – о выраженном безрассудстве, при котором человек, рискуя, не совсем понимает, зачем он это делает.

Внутреннюю согласованность опросника DOSPERT определяли, рассчитывая коэффициента α Кронбаха. Оценки внутренней согласованности субшкал опросника по коэффициенту α Кронбаха лежат в границах 0,70-0,88, а шкал – 0,88-0,89. Полученные результаты по субшкалам и шкалам свидетельствуют о высокой надежности опросника DOSPERT. Ретестовая надежность устанавливалась путем повторного тестирования через месяц. Корреляции тест-ретест по всем шкалам и субшкалам опросника DOSPERT положительны и достоверны и лежат в диапазоне 0,65-0,75, что говорит о достаточной ретестовой надежности. Кроме того оценивалась валидность опросника.

Для проверки конструктной валидности были взяты русскоязычные версии методик, которые использовали американские авторы для проверки валидности англоязычной версии DOSPERT: 1) опросник Шуберта «Готовность к риску»,2) методика М. Цукермана «Шкала поиска ощущений», 3) методика Барднера «Толерантность к неопределенности». Установлены достоверные значимые (r> 0,5) корреляции шкал опросника DOSPERT и соответствующих показателей данных методик, что может быть доказательством конструктной валидности опросника DOSPERT.

Для оценки эмпирической валидности подбирались группы испытуемых, для которых характерно рискованное поведение. В опросах, помимо контрольной группы, участвовали люди со склонностью к рискованному поведению в отношении отдыха (лица, занимающиеся экстремальными развлечениями), в отношении собственного здоровья (лица, употребляющие наркотики), в отношении других людей – этические и социальные риски (лица, осужденные за изнасилование и причинение вреда здоровью). Установлены достоверные различия между контрольной и специальными группами по анализируемым типам рисков, что говорит о валидности большинства субшкал методики DOSPERT.

В целом по результатам психометрической проверки мы можем сказать, что русскоязычная версия

теста DOSPERT является надежным и валидным инструментом психологической диагностики. Проведена стандартизация методики, разработаны процентильные шкалы. На основании проведенного исследования мы можем считать, что методика DOSPERT является хорошим инструментом психодиагностики склонности к рискованному поведению, включая различные формы аддиктивного поведения.

ЛИТЕРАТУРА

Blais A.-R., Weber E. U. A Domain-specific Risk-taking (DOSPERT) Scale for Adult Populations // Judgment and Decision Making. –2006, № 1. –P.33-47.

Weber E. U., Blais A.-R., Betz E. A domain-specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors //Journal of Behavioral Decision Making.– 2002, № 15. – P. 263–290.

**Д.Е. Власова**

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

**НИ Томский государственный университет (Томск).**

С каждым годом растут качество и доступность медицинской помощи. Но в тоже время увеличивается и количество детей с особенностями развития (психологического, речевого, физического и т. д). По данным Федеральной службы государственной статистики по Томской области, за последние 5 лет число детей, рожденных с особенностями развития, увеличилось с 2666 (2010 г.) до 3716 (2015 г.).

С появлением в семье «особенного» ребенка родителям часто приходится столкнуться с физическими, экономическими, социальными и психологическими проблемами, которые могут оказывать влияние на отношения между родителями, на финансовое положение семьи и стать причиной возможной социально-психологической дизадаптации родителей и снижения уровня их социально-психологического здоровья (Leung C., 2003).

Дети, имеющие особенности развития, относятся к категории, находящейся в зоне риска, поскольку они часто ограничены в активности, могут столкнуться с ограничениями в образовании, сужением социальных контактов и проблемами создания собственной семьи в будущем (Корман Т.А, 2010, Van Ommeren M., 2005). Поэтому они, как никто другой, зависимы от семьи и нуждаются в ее поддержке. Родители обеспечивают среду для развития ребенка, формируют его отношение к себе, к своим особенностям, обеспечивают условия для развития всех компонентов, формирующих основу социально-психологического здоровья, включаясь при этом в синергетическую связь родителя и ребенка, формирующую общую картину социально-психологического здоровья всей семьи. Именно поэтому, по нашему мнению, исследование особенностей социально-психологического здоровья родителей является важным условием создания оптимальных условий для формирования социально-психологического здоровья всей семьи.

В нашем исследовании, направленном на выявление особенностей социально-психологического здоровья родителей, имеющих «особенных» детей, приняли участие 52 семьи, имеющие детей в возрасте 2-16 лет. Критерием попадания в экспериментальную группу являлось наличие в семье как минимум одного ребенка с особенностями развития (ДЦП, детский аутизм, нарушение зрения, нарушение слуха, нарушение речи, СДВГ, синдром Дауна, ЗПРР) в возрасте до 18 лет. В контрольную группу были определены семьи, дети которых не имеют особенностей развития и относятся к категории условно здоровых. Таким образом, выборку экспериментальной группы составили 27 семей, а контрольной – 25. Исследование проводилось в онлайн формате, где родители, давшие согласие на участие в исследовании, заполняли электронный вариант опросников. Опросники включали в себя информацию о членах семьи, а также сокращенный вариант Анкеты оценки качества жизни SF-36 (шкалы Общее состояние здоровья, Жизненная активность, Социальное функционирование, Ролевое функционирование, Психическое здоровье).

Таблица 1.

Исследование различий по показателям SF-36 между семьями

| Показатель | Среднее | | ANOVA (p-уровень) | Уровень Ливиня P-уровень |
|---|---|---|---|---|
| Общее состояние здоровья | с «особенными» детьми | 65,261 | ,372 | ,902 |
| | без «особенных» детей | 69,942 | | |
| Жизненная активность | с «особенными» детьми | 50,433 | ,911 | ,667 |
| | без «особенных» детей | 51,171 | | |
| Социальное функционирование | с «особенными» детьми | 66,304 | ,309 | ,184 |
| | без «особенных» детей | 57,356 | | |
| Ролевое функционирование | с «особенными» детьми | 34,782 | ,581 | ,264 |
| | без «особенных» детей | 41,174 | | |
| Психическое здоровье | с «особенными» детьми | 59,472 | ,401 | ,739 |
| | без «особенных» детей | 64,703 | | |

Нами было осуществлено исследование показателей «Анкеты оценки качества жизни SF-36» с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA для выявления особенностей социально-психологического здоровья родителей, имеющих «особенных» детей.

Анализ гомогенности дисперсий между группами семей контрольной и экспериментальной выборки с помощью теста Ливиня не выявил достоверных различий дисперсий. Однофакторный дисперсионный анализ не выявил достоверных различий между средними показателями ни по одному показателю.

Не смотря на то что дисперсионный анализ не выявил достоверно значимых различий в показателях социально-психологического здоровья между семьями, мы можем наблюдать тенденцию к повышению показателя «Социальное функционирование» у группы семей, имеющих «особенных» детей, и к снижению у них же таких показателей, как «Ролевое функционирование» и «Психическое здоровье». Мы связываем повышенные (по сравнению с контрольной группой) показатели «Социального функционирования» с вовлечением семей с «особенными» детьми в созданное ими самими «сообщество», в котором они активно функционируют и поддерживают друг друга.

**Т.Л. Волгина, С.Н. Бакшутов, Н.Р. Овчинникова**

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТА И КУРСАНТА – ОСНОВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ: ОПЫТ, ПЕРСПЕКТИВЫ

**ФГКОУ ВО «Дальневосточный юридический институт МВД России», Владивостокский филиал (Владивосток).**

Деятельность сотрудников полиции протекает в сложных, напряженных, а порой и экстремальных условиях. Быстро меняющиеся условия профессиональной деятельности, частый контакт с преступной средой, непредсказуемость ситуации при общении с преступниками, угроза жизни – все эти психологические составляющие деятельности сотрудников ОВД диктуют повышенные требования к состоянию психического здоровья и, следовательно, к отбору кандидатов на обучение в высших образовательных заведениях системы МВД РФ. Как следует из Устава ВОЗ: «Национальная политика в области охраны психического здоровья должна быть ориентирована не только лишь на психические расстройства, но и на более широкие аспекты, способствующие укреплению психического здоровья».

Одним из таких аспектов, укрепляющих психическое здоровье нации, должно стать, с нашей точки зрения, непрерывное психолого-педагогическое сопровождение студентов и курсантов, слушателей учебных заведений. Первым этапом психологического сопровождения обучающейся молодежи должна стать доступная всем школьникам бесплатная профессиональная ориентация, направленная на изучение личностных и интеллектуальных особенностей учеников. Далее, уже после поступления в высшее учебное заведение, необходимо обязательное грамотно спланированное и организованное психолого-педагогическое сопровождение обучающихся, направленное, прежде всего, на поддержку молодых людей в период адаптации к новым условиям жизни и обучения. Наше мнение основано на данных многочисленных исследований, которыми установлено, что среди студентов наблюдается весьма значительный рост нервно-психической патологии (Ю.А. Зорко, 1998). Время обучения в вузе совпадает с возрастом наиболее высокого риска манифестации психической патологии. Кроме того, по статистике, основная часть пограничных и депрессивных расстройств развивается во время обучения в вузе. Распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди студентов, по данным различных исследований, достигает в отдельных случаях 56,6% (Е.Д. Красик, Б.С. Положий, Е.А. Крюков., 1982). Чаще – это расстройства пограничного уровня, такие, как, например, социально-стрессовое расстройство (Александровский Ю.А., 2002). К сожалению, на сегодняшний день в гражданских высших учебных заведениях страны психологическое сопровождение не получило широкого системного распространения (Белов В.В., Корзунин В.А., 2015).

В то же время в высших учебных заведениях системы МВД РФ благодаря внедрению во все учебные учреждения подразделений морально-психологического сопровождения и разработке нормативных актов, регламентирующих их деятельность, психологическое сопровождение имеет характер последовательной системности, что способствует скорейшей адаптации курсантов младших курсов и, в свою очередь, профилактике у них различных психических расстройств. Перед поступлением в высшие и средние учебные заведения системы МВД РФ кандидаты на обучение (как правило, школьники выпускных классов общеобразовательных школ и гимназий) проходят всесторонне глубокое медицинское (включая психиатрическое) обследование в несколько этапов. Наиболее глубокое медицинское обследование проводится в медицинских учреждениях МВД. В Приморском крае – это Военно-врачебная комиссия (ВВК) ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю». Кроме того, поскольку кандидат на поступление в учебное заведение МВД РФ является одновременно и кандидатом на службу в органах внутренних дел, он обязан пройти процедуру психологического отбора в Центре психологической диагностики (ЦПД) при врачебно-военной комиссии.

Учеба в высшем учебном заведении системы МВД РФ предъявляет повышенные требования к личности будущего офицера, а, следовательно, и к его психическому здоровью. Отрыв от семьи, огра-

ниченная жизнь по строгому режиму в условиях казарменного положения, невозможность уединиться, подготовка к аудиторным занятиям в условиях шумовых помех, интенсивная физическая подготовка у лиц со слабой нервной системой, с низким адаптационным барьером, с препатологическими свойствами личности могут вызывать нервные срывы вплоть до пограничных психических расстройств. С целью профилактики подобных явлений в учебных заведениях системы ОВД и были созданы подразделения морально-психологического сопровождения личного состава, в которых работают профессиональные психологи. В настоящее время их деятельность регламентируется Положением об основах организации психологической работы в ОВД РФ, утвержденных Приказом МВД РФ № 660 от 02 сентября 2013 г. В соответствии с данным Положением, а также рядом других ведомственных нормативно-правовых актов, психологическое сопровождение осуществляется с момента подачи заявления абитуриентом и до окончания им учебного заведения МВД РФ. Основными направлениями психологического сопровождения являются профилактическое, диагностическое, консультативное, коррекционное. Психологами данных подразделений по работе с личным составом, в соответствии с пунктом 2.1 данного Положения, могут быть лица, имеющие высшее психологическое или высшее медицинское образование с подготовкой по специальности «Психиатрия».

С нашей точки зрения, психологическое сопровождение студентов гражданских высших учебных заведений может помочь решить ряд важных проблем, связанных с их адаптацией в образовательной среде и дальнейшей профессиональной ориентации.

**Т.Л. Волгина[1,2], С.Ю. Таран[3]**

## ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ПРЕДИКТОР КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

**ФГУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет[1], ФГКОУ ВО «Дальневосточный юридический институт МВД России», Владивостокский филиал[2] (Владивосток), ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»[3] (Москва).**

Распространенность табакокурения среди несовершеннолетних изучена недостаточно хорошо, поскольку, как правило, она часто имеет латентный характер в силу того, что обществом воспринимается более негативно, чем табакокурение среди взрослых. При попытках обследования несовершеннолетние, а также те, кому только исполнилось 18 лет, склонны скрывать факт употребления табака.

С нашей точки зрения, в детском и подростковом возрасте регулярное табакокурение становится одной из первых форм девиантного поведения, к которой впоследствии нередко присоединяется употребление алкоголя, а в некоторых случаях и наркотиков. Аддиктивное поведение в виде табакокурения может служить предиктором дальнейшего делинквентного поведения. Кроме того, регулярное табакокурение как аддиктивная форма асоциального поведения несовершеннолетних может свидетельствовать о заниженном уровне самооценки и искаженной «доминанте дали».

В связи с вышеизложенным была обозначена цель исследования: установить возможную связь раннего употребления табака несовершеннолетними с их последующим делинквентным и криминальным поведением. В рамках поставленной цели решался ряд задач: провести обследование несовершеннолетних с асоциальным поведением и социально приемлемым поведением на предмет употребления табака (табакокурения); составить иерархию мотивов первого употребления табака; провести сравнительный анализ полученных результатов.

Материалы и методы исследования. Первая группа: 50 несовершеннолетних жителей Приморского края, совершивших различные уголовные преступления, из них 30,0% – женского пола. Вторая группа: 131 человек, студенты первых курсов высших учебных заведений и учащиеся старших классов государственной общеобразовательной средней специализированной школы с углубленным изучением английского языка г. Владивостока, не имеющие судимости в анамнезе. Во второй группе представительниц женского пола – 51,14%. Возраст всех обследованных находился в одном диапазоне – 14-18 лет (+/-0,5).

Использовались: метод очного анонимного анкетирования, беседа, сравнительно-аналитический, дедуктивный методы исследования. Обследование проводилось по разработанной нами анкете. Предварительно было получено информированное согласие каждого опрошенного на проведение обследования.

Результаты. Представители первой группы регулярно употребляли табак в 100% случаев. Лишь один из них указал, что пристрастился к табакокурению после ареста, находясь в следственном изоляторе. Средний возраст знакомства с табаком - 10(+/- 0.5) лет. Пробовали различные наркотические вещества 90% и более 66% из них указали, что регулярно употребляют различные наркотики. Иерархия мотивов у подростков, склонных к криминальному поведению: «хотелось почувствовать себя взрослым» – выбрали 70 %; «было интересно» – выбрали 22,0% опрошенных; «было неудобно отказать» – 6%; «заставили» – 2,0% опрошенных. Было выявлено, что более 98% несовершеннолетних 14-17 лет, осужденных за различные преступления, происходят из семей с низким жизненным уровнем. Более 70% подростков указали, что на момент ареста оставили школу; а более 77% нигде не учились и не работали (среди них и те, кто окончил 9-11 классов средней школы). Две трети подростков имеют в анамнезе задержания, аресты, судимости.

Из 131 человека второй группы (школьники, студенты первых курсов ВУЗ-ов) только 35 (26,7%) указали, что пробовали курить в разном возрасте. Средний возраст знакомства с табаком – 12 лет (+/- 0,5). Попутно обследованию на предмет табакокурения задавался вопрос об употреблении наркотических средств. Из всех опрошенных на факт однократного употребления указали лишь 4 человека, что составило 3% обследованных. Из них никто не указал на регулярное употребление. Анализируя мотивы первого употребления табака, мы отметили расхождение с иерархией мотивов, составленной по итогам опроса подростков первой группы: ответ «было интересно» – выбрали 60% опрошенных; «заставили» – 8,6% опрошенных; «было неудобно отказать» – 17,1%; ответ «хотелось почувствовать себя взрослым» выбрали лишь 14,3% опрошенных.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. у подростков с криминальным поведением почти в четыре раза чаще, чем у не криминализированных сверстников, присутствует регулярное табакокурение (99% по сравнению с 26,7%);

2. табакокурение в подавляющем большинстве предшествует криминальному поведению (98%);

3. возраст начала употребления табака у подростков с криминальным поведением в среднем на два года более ранний, чем у не криминализированных подростков – 10 лет против 12лет (+/- 0.5);

4. мотив первого употребления табака «хотелось почувствовать себя взрослым» более чем в 3 раза чаще встречался в группе несовершеннолетних, склонных к асоциальным формам поведения (70% против 14,3%), что может свидетельствовать о превалировании заниженной самооценки в данной группе.

Таким образом, раннее регулярное употребление табака несовершеннолетними может являться предиктором делинквентного и криминального типов поведения, что необходимо учитывать в профилактической работе с несовершеннолетними. Дальнейшее, более детальное изучение психологических условий возникновения и распространения табакокурения среди несовершеннолетних позволит повысить эффективность профилактики этой вредной привычки.

**Т.Л. Волгина, О.В. Щедрина**

## ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

**ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» (Владивосток), ГБУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1», (Уссурийск).**

Тема адекватной диагностики и лечения психических расстройств в детском и подростковом возрасте выделяется на общем фоне медицинских проблем в связи с ее особой социально-правовой, медицинской значимостью. Говоря об адекватной диагностике каких-либо психических расстройств, мы имеем в виду соответствие выставляемого диагноза (как нозологического, так и синдромального) имеющимся на сегодняшний день в нашем распоряжении официальным установкам, рекомендациям, инструкциям. Прежде всего, это МКБ–10 и соответствующие ей официальные руководства (медицинские протоколы). Адекватность лечения любого заболевания, расстройства всегда зависит от правильной постановки диагноза. В практике детской психиатрии на сегодняшний день, и это приходится признать, довольно часто встречаются случаи некорректного назначения различных медикаментозных средств.

Нами проведен анализ случаев наиболее типичных ошибок диагностики и лечения психических расстройств детского возраста в Приморском крае и, в частности, в г. Владивостоке. Самые частые и типичные ошибки в постановке диагноза и лечения детей наблюдаются в рамках следующих психических расстройств: ранний детский аутизм Каннера (РДА), расстройства аутистического спектра (РАС), в том числе различные формы атипичного аутизма, сопряженные с умственной отсталостью, умственная отсталость (УМО) с различными поведенческими и двигательными нарушениями, ранняя детская шизофрения.Из ошибок диагностики на первый план выступает гипердиагностика атипичных форм аутизма(АА) и ранней детской шизофрении (РДШ). Так, часто происходит недоучет степени умственной отсталости и неправильная идентификация стереотипных двигательных нарушений, которые не являются специфически патогномоничными исключительно для РАС или РДШ. Детям с ярко выраженной, выступающей на первый план УМО с «чертами аутизма» часто ставится диагноз АА без оценки интеллектуального дефекта. В случаях УМО с аффективными нарушениями также нередко ставится диагноз АА.

Из наиболее часто встречающихся ошибок и нарушений принципов лечения детей с психическими расстройствами можно выделить следующие. Нарушение принципа максимально индивидуализированной и дифференцированной терапии [1], когда без учета индивидуальных особенностей организма больного и самого заболевания назначается одна и та же схема лечения. Принцип динамичности терапии. Так, в некоторых случаях назначая нейролептика рисполепт, врачи не обращали внимания родителей на то, что, получая длительно данный препарат, ребенок должен находиться под постоянным врачебным контролем. Об этих случаях стало известно, когда родители обратились за консультацией на кафедру психиатрии и неврологии ТГМУ с детьми, у которых развился типичный нейролептический синдром на фоне бескон-

трольного со стороны врача, назначившего рисполепт, многомесячного употребления препарата. Принцип избегания полипрогмазии, на который неоднократно указывали ведущие в детской психиатрии специалисты [1, 2]. Часто наблюдаются случаи одновременного назначения большого количества медикаментозных препаратов без объективной на то необходимости. Например, ребенку шести лет с задержкой психического развития без аффективных и поведенческих расстройств (F83), которую необходимо было дифференцировать с УМО (F70), был предварительно выставлен диагноз АА и были рекомендованы одновременно следующие препараты: Ново-пассит, рисполепт, карбамазепин, сонапакс, пирацетам, депакин.

В детской психиатрии существует и должен строго выполняться принцип назначения только апробированных и разрешенных для применения в детской практике препаратов, что не всегда соблюдается на практике. Так, в городе Владивостоке за последние несколько лет участились случаи назначения объективно необоснованных для лечения психических расстройств медикаментозных препаратов. Например, некоторыми детскими психиатрами назначается для лечения РДА, АА, УО препарат, обладающий выраженным иммунодепрессивным действием – преднизолон, причем в некоторых случаях он назначался без учета суточного циркадного ритма эндогенной секреции глюкокортикоидов. И если ранее его назначали в таблетированной форме, то в 2017 г. зарегистрирован случай назначения препарата для парентерального введения. Кроме того что данный препарат не имеет спектра действия при вышеуказанной патологии, известно положительное сочетание в лечении РАС нейролептиков и иммунотропных препаратов, а отнюдь не иммуносупрессоров [2]. В научной литературе имеются сведения лишь о применении кортикостероидов в некоторых тяжелых случаях эпилепсии [3] либо для проведения «дексаметазонового теста», предназначенного для диагностики эндогенной депрессии и для оценки эффективности антидепрессивной терапии и стабильности достигнутой ремиссии [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение: Клинические рекомендации (протокол лечения) // ФГБУ ФМИЦПН им. Сербского Минздрава России, ФГБНУ НЦПЗ, РОП. – Москва, 2015. – 50 с.

2. Симашкова Н.В. Эффективная фармакотерапия и реабилитация больных с расстройствами аутистического спектра // Неврология и психиатрия. – 2011. – № 3. - С. 14-22.

3. Hormonenals antiepilepticum. – Episcoop: Magazine over epilepsie, 2009, Vol. 17, No. 2 (June), p. 16.).

4. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Биологические тесты дли дифференциальной диагностики депрессивных состояний // Аффективные психозы. - Л.: Медицина, 1988. – 264 с. [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/38.

**Н.В. Волкова, О.Л. Лапочкин**

## МОНТЕССОРИ–ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

**Московская областная детская психоневрологическая больница (Москва).**

Представляем опыт работы с речевыми нарушениями у детей, успешно применяемый в Московской областной психоневрологической больнице.

Основные функции речи - коммуникативная, обобщения, познавательная, номинативная, регулирующая - успешно могут быть реализованы в Монтессори-среде. Так, попадая впервые в Монтессори–среду, ребенок учится взаимодействовать с педагогом, другими детьми. Обобщающая функция реализуется в процессе работы с материалами сенсорной зоны и зоны развития речи. Устройство материалов зоны позволяет ребенку в процессе работы выделить свойства предметов, признаки, связи и отношения, которые являются объектом познания.

После манипуляций с объектом проводится 3 ступенчатый урок, где вначале слово связывается с ощущением, чувственным образом. На 2 этапе понятие вводится в пассивный словарь. Ребенок узнает слово, активно выполняет действия под руководством педагога. На 3 этапе понятие вводится в активный словарь. Номинативная функция речи реализуется при любой презентации Монтессори-материалов. Регулирующая функция осуществляется путем освоения планирования, усвоения норм работы с материалами в Монтессори–среде. Ведь неслучайно основной девиз метода звучит: «Помоги мне это сделать самому».

На довербальном этапе развития речи, когда ребенок только научается понимать простейшие высказывания взрослого, формируется чувствительность к фонематическому восприятию, активно используются материалы сенсорной зоны, способствующие дифференциации акустического гнозиса. Используются упражнения зоны практической жизни, сенсорной зоны. Активно идет работа над формированием пассивного словаря. Взрослый опредмечивает, называет действия, знакомит с предметами и явлениями окружающего мира, формирует активность, создает предпосылки к общению. Широко используются упражнения по формированию словарного запаса зоны русского языка.

При переходе к активной речи используются широко материалы сенсорной зоны и зоны русского языка. Происходит дифференциация фонематического слуха. Применяются игры со звуковыми коробочками, игры на определение звуков в слове. Активно используется 3-ступенчатый урок, когда вначале ребенок знакомится со словом, обозначающим предмет. Затем манипулирует и играет с самим предметом, исследует его. Понятие вводится в пассивный словарь, и только на третьем заключительном этапе вводится в активный словарь.

На этапе совершенствования речи активно используются материалы для чтения, чтение с классификацией, розовой серии, материалы для первоначального чтения, разработанные Юлией Фаусек, основанные на сформированных знаниях и действиях в Монтессори-среде.

В зоне русского языка широко используется разработанный конструктор по моделированию букв «Умные буквы». Конструктор состоит из элементов, позволяющих конструировать печатные буквы, и двух видов контрольных карточек. Конструктор позволяет развивать с помощью предметной деятельности зрительное восприятие и формировать пространственные эталоны, готовить к выделению буквы. Ориентация в различном расположении элементов позволяет детям усвоить базовые пространственные представления. Заданный жесткий способ контроля с помощью подбора элементов позволяет работать ребенку самому без помощи взрослого, учит ребенка конструировать по заданному эталону. Конструктор позволяет усложнять способ работы. Так, от механического способа контроля перейти к визуальному. Ребенок может моделировать букву на магнитной доске.

Выделение отдельных элементов из графемы позволяет подготовить детей к копированию, так как предусмотрена работа на мелованной доске, возможна работа на манке.

При работе используется подготовительный этап, позволяющий детям научиться дифференцировать элементы по размеру и пространственной ориентации. На подготовительном этапе используется механизм подбора пары, вводится понятие «такой же». Далее происходит дифференциация зрительного восприятия, увеличивается количество элементов. Опосредовано вводится понятие числового ряда, понятия длинный, короткий, длиннее, короче. При работе с конструктором дети научаются выделять отдельные элементы буквы, анализировать их расположение в букве, что способствует профилактике дислексии. Дети активно манипулируют с элементами в пространстве, осваивая необходимый способ расположения. Осваивают понятия слева, справа, сверху-снизу и их комбинации. Конструктор позволяет разложить действие, копирование, разложить на ряд отдельных операций. Механический способ контроля позволяет значительно повысить способ самостоятельности при конструировании. Конструктор позволяет усложнять способ работы, так как допускает возможность моделирования буквы на магнитной доске.

Работа с материалами зоны русского языка в Монтессори-среде позволяет оптимизировать работу над речевыми нарушениями у детей, повысить мотивацию к овладению языком.

**Е.С. Ворошилова, Е.И. Захарова**

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНТИМНО-ЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ

**ФГБУ Эндокринологический Научный Центр, МГУ им. М.В. Ломоносова, кафедра возрастной психологии (Москва).**

Влияние любого хронического соматического заболевания на характер психического развития человека чрезвычайно велико. При сахарном диабете (СД) у подростков возникают специфические проблемы, затрудняющие их социально-психологическую адаптацию.

**Цель:** выявление особенностей интимно-личностного общения со сверстниками у подростков с СД 1-го типа в сравнении со здоровыми подростками.

**Материалы и методы:** в анализ вошли 80 подростков: 40 пациентов Эндокринологического Научного Центра с сахарным диабетом 1 типа (21 мальчик и 19 девочек) из двух возрастных групп – младшей (11-14 лет) и старшей (14-17 лет) и 40 здоровых (17 мальчиков и 23 девочки) учеников средней щколы г. Обнинска из двух аналогичных возрастных групп. Использовались 2 авторские методики: «Опросник общения у подростков» и методика «Мой круг общения» на основе «Социограммы» Я.Морено.

**Результаты:** 40% подростков с СД против 17,5% здоровых не готовы обсуждать со сверстниками свои проблемы здоровья ($p<0,027$). Среди многих достоинств друзей, таких как умение выслушать, самообладание, ум, внешность и пр. подростки с СД главной ценностью считают верность – 75% против 37,5% у здоровых ($p<0,001$). 87,5% подростков с СД общение со сверстниками дает позитивное настроение против 67,5% здоровых ($p<0,033$). Чаще, чем здоровые сверстники, подростки с СД обсуждают тему увлечений (62,5% против 37,5%, $p<0,026$).

Далеких друзей у подростков с СД больше, чем у здоровых – 4,4 против 3 ($p<0,077$). В старшей группе у здоровых подростков глубина общения по баллам выше, чем в младшей (4,14 против 3,58, $p<0,063$), субъективная удовлетворенность общением у старшей группы здоровых подростков также выше (3,79 против 2,96, $p<0,067$), чего не наблюдается в группе детей с диабетом. Количество членов семьи, включенных в круг общения у подростков с СД в среднем 3,2 в старшей группе против 1,2 в

младшей (p<0,034), 2,85 у мальчиков против 1,27 у девочек (p<0,088). Эти различия не выявлены среди здоровых подростков. Насыщенность круга общения у девочек с СД выше, чем у мальчиков (29,3 против 12,55, p<0,001), в группе здоровых подростков значимых гендерных различий не наблюдается.

**Заключение:** Проблема здоровья является интимной у подростков с СД, они не хотят подчеркивать особенность своего положения. Значимость общения определяется тем, что в нем проявляется такое важное новообразование возраста, как верность. Позитивное настроение является ведущим мотивом их общения со сверстниками. Обращает на себя внимание более высокий уровень личностного развития подростков с СД. У них имеется меньшая степень сплоченности, их круг общения количественно больше, чем у здоровых, но это общение не такое близкое, круг друзей в большей степени дополняется родными людьми; особенно ярко это проявляется у мальчиков, которые в меньшей степени склонны общаться в кругу сверстников, чем девочки; общение со сверстниками становится менее насыщенным, с возрастом эта тенденция усиливается, что может оказывать неблагоприятное влияние на их социальную адаптацию. Насыщенность общения является условием эмоционального благополучия подростков с СД, особенно у девочек, именно благодаря этому, возможно, девочки легче преодолевают ограничения и трудности, связанные с болезнью.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 1 типа, общение подростков с сахарным диабетом 1 типа со сверстниками, социально-психологическая адаптация.

**И.В. Габер, П.Н. Москвитин, В.В. Турбинский**

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

**ГАУ ДПО НСО «Новосибирский институт повышения квалификации и переподготовки работников образования» (Новосибирск), ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» Минобрнауки РФ (Москва).**

**Актуальность.** В Национальной стратегии действий в интересах детей (2012) фиксируется острота проблемы подросткового алкоголизма, наркомании и токсикомании. Особую тревогу вызывает трансформация института семьи, которая сопровождается высоким уровнем социального неблагополучия в семьях, что сопряжено с пьянством и алкоголизмом, наркозависимостью и другими социальными проблемами.

Известны психобиологические, личностные и социальные детерминанты аддиктивного поведения человека [5]. Попытки влияния на перечисленные группы детерминант в целях профилактики аддиктивного поведения предпринимаются в рамках различных дисциплин: медицины, психологии, педагогики, социологии, юриспруденции и других. Однако разрозненные усилия множатся, а проблема не теряет своей остроты. Вероятно, стоит обратить внимание на то, что детерминанты аддиктивного поведения отражают различные уровни саморегуляции человека как живой саморазвивающейся системы во взаимодействии с окружающей средой. Происходит осознание, что развитие аддиктивного поведения есть частный случай проявления кризиса социального управления природными системами разного уровня (от биосферы до организма), что рождает новые значения и смыслы отношения человека не только к окружающей социоприродной среде, но и к самому себе [4].

В наших исследованиях показано, что 8%–10% школьников 13-18 лет имеют высокий риск развития аддиктивного поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Они проявляют высокий интерес к наркотикам, высокую интенсивность антисоциальных установок и высокую потребность включаться в рискованные ситуации или, наоборот, стремление их избегать. По нашим данным, риск наркотизации оказался наибольшим в школах с низким уровнем организации профилактической деятельности. По сравнению со школьными факторами более сильным влиянием на риск наркотизации обладают социокультурные факторы. При этом обнаружено в разных возрастных группах статистически достоверное снижение интенсивности отношения к здоровью и здоровому образу жизни у школьников 13-15 лет с преобладанием этого показателя у сельских школьников по сравнению с городскими [1, 2, 3].

Таким образом, при ослаблении защитного потенциала социокультурной и образовательной среды наблюдается снижение личностных ресурсов саморегуляции (отношение к здоровью и здоровому образу жизни) в сочетании со стремлением части детской популяции нарушать границы безопасности, обусловленные экологическим императивом – объективно существующей границей допустимой активности человека [7].

Все это требует разработки междисциплинарных подходов в профилактике аддиктивного поведения школьников, обеспечивающих как повышение защитного потенциала социокультурной и образовательной среды, так и повышение устойчивости самого человека к деструктивным внешним воздействиям через мобилизацию его психологических механизмов саморегуляции, рассматриваемых в рамках экзистенциально-гуманистического и психодинамического подходов, интегральной концепции совладающего интеллекта [6], общей теории психического развития в онтогенезе [9]. Особого внимания заслуживает разработанный на основе законов кибернетики и общей теории систем семейный стратегический подход. При этом в качестве социальной системы может быть рассмотрена не только семья, но и любая другая социальная система, в рамках которой происходит социализация ребенка (например, класс, референтная досуговая группа, группа психопрофилактического тренинга и т. д.).

Предлагаемая нами модель профилактики основывается на методе «профилактической психодрамы», включая методические приемы групповой дискуссии, драматизации, социального партнерства и экзистенциально-гуманистического тренинга навыков урегулирования конфликтов [8]. Метод основан на междисциплинарной интеграции содержания различных наук: медицины (психогигиены, наркологии, психиатрии), психологии, конфликтологии, педагогики, социологии, теории управления.

**Метод.** В ФБУН «НИИ гигиены» Роспотребнадзора на протяжении ряда лет разрабатывается метод «профилактической психодрамы», получивший патентный приоритет в 2012 г. [Москвитин П.Н. Патент РФ на изобретение № 2466752 «Способ проведения группового психологического тренинга по методу «профилактическая психодрама», зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 ноября 2012 г.]. Метод направлен на развитие навыков сотрудничества и коллективного принятия решений, включает элементы ролевой игры и предполагает создание личностно значимых социальных проблемных ситуаций. Особенным методическим инструментом метода является коммуникативный прием «Позитивное совещание», что позволяет провести групповую дискуссию с экзистенциально-гуманистических позиций.

Типовая программа включает 20 тренингов длительностью 45 минут каждый при ежегодной реализации комплекса из 20 занятий в течение трех лет. В конце каждого занятия участникам дается домашнее задание подготовиться к следующей встрече, назначаются актеры, которые готовят психодраматический сюжет по заранее заготовленным сценариям [8].

**Результаты и обсуждение.** Реализация программы в тренинговых группах привела к увеличению доли участников с высоким (с 10% до 45%) и средним (с 30% до 50%) уровнем развития социально-коммуникативной компетентности ($p \leq 0{,}001$). Отмечено снижение доли участников с недостаточными навыками совладания с кризисами психосоциального развития и слабой способностью противостоять социальному стрессу. Доля участников с проблемными формами поведения и недостаточной способностью к проактивным формам мышления, низким уровнем развития социально-коммуникативной компетентности уменьшилась с 60% до 5% ($p \leq 0{,}001$).

В результате реализации программы тренингов отмечена тенденция в установлении и развитии позитивных отношений между родителями и детьми. Возросла доля родителей, проявляющих позитивный интерес к детям (с 25% до 55%). Уменьшилась доля родителей, проявляющих в отношениях с детьми директивность (с 60% до 35%), враждебность (с 45% до 20%), автономность (с 45% до 20%), непоследовательность (с 55% до 20%).

Таким образом, междисциплинарный подход на основе метода «профилактическая психодрама» позволяет повысить способность подростков, отнесенных к группе риска развития аддиктивного поведения, к саморегуляции своего самочувствия и поведения, сформировать у них ценностно-смысловую основу для выбора оптимального варианта поведения в стрессовых ситуациях, оптимизировать связи и отношения внутри семейной социальной системы, что позволяет минимизировать риск аддиктивного поведения у школьников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габер И. В. Интенсивность факторов риска наркотизации подростков в школах с различным уровнем организации профилактической деятельности // Сибирский педагогический журнал. - 2014. - № 6. – С. 244 – 249.

2. Габер И.В. Опыт социально-психологического тестирования обучающихся и оценки эффективности профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде // Учебно-методический электронный журнал «Профилактика зависимостей», № 3, 2015. – С. 35 – 46.

3. Габер И.В. Субъективное отношение к здоровью и занятиям физической культурой школьников Новосибирской области / И.В. Габер, М.П. Радченко // Педагогическая деятельность в режиме инноваций: концепции, подходы, технологии: материалы всероссийской научно-практической конференции 24-25 марта 2015 г., г. Новосибирск. - Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2015. - С. 99–112.

4. Дзятковская Е.Н. Учебная культура школьника как фактор информационной безопасности его жизнедеятельности (Интеграция экологического и здоровьесберегающего образования): Монография. - М.: Центр «Образование и экология», 2012. – 200 с

5. Змановская Е.В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Издат. центр "Академия", 2004. - 288 с.

6. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. - М.: Эксмо, 2008. — 400 с.

7. Моисеев Н.Н. Современный антропогенез и цивилизационные разломы. Эколого-политологический анализ // Вопросы философии. - 1995. - № 1. - С.3-30.

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

9. Слободчиков, В. И., Исаев, Е. И.. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе. Учебное пособие. – М.: Издательство Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, 2013. — 540 с.

**И.С. Гаврилова**

## УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград).**

Опираясь на данные собственных эмпирических исследований, считаем, что наиболее перспективной является модель медико-социального сопровождения пациентов, представляющая собой модульную систему работы с медицинским персоналом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), пациентами, ближайшим окружением на протяжении амбулаторного/стационарного наблюдения с последующим пост-стационарным сопровождением. В данную модель включены автономные блоки (пациенты, родственники, персонал ЛПУ) и модули, представляющие систему мероприятий, направленных на психологическую помощь (кризисное консультирование), правовое консультирование, повышение медицинской грамотности пациентов и ближайшего окружения в отношении имеющегося заболевания и здоровьесберегающих технологий. С одной стороны, обладая устойчивыми свойствами инвариантности как любая система, данная модель обладает вариабельностью в зависимости от заболеваний. Это особенно важно в рамках развивающейся парадигмы персонализированной медицины любых направлений работы с детьми, особенно по таким социально значимым векторам как онкология, нефрология (например, при хронической почечной недостаточности), кардиология, ВИЧ/СПИД.

Приведем пример эффективной работы в рамках системы медико-социального сопровождения пациентов детского возраста и ближайшего окружения, имеющих онкологическую патологию. Поскольку на плечи современного российского врача-онколога ложится целый ряд задач по работе с пациентами, то, по нашему мнению, целесообразнее всего перераспределить эти вопросы между специалистами: врачом, медицинской сестрой, специалистом по социальной работе и медицинским психологом (тем более что все они, по идее современного оптимизированного кадрового насыщения ЛПУ, должны быть представлены в штате сотрудников). Анализ экспертного мнения производился на базе ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер». Глубинное интервью проводилось с участием 8 медицинских сестер высшей категории со стажем более 10 лет и 7 врачей высшей категории также со стажем не менее 10 лет.

К вопросу об официальном статусе реализации программы медико-социального сопровождения в стационаре работники отнеслись неоднозначно и дискуссионно, поскольку до момента интервью она носила пилотажный волонтерский характер. Каждый специалист по-своему рассматривал возможность внедрения технологии. Многие пояснили, что в стационаре уже открыт центр реабилитации (2017 г.) для пациентов с проблемами желудочно-кишечного тракта и молочных желез и в других программах стационар не нуждается. Однако половина опрошенных сошлись во мнении, что медицинской реабилитации категорически недостаточно. Например, родителей нельзя бросать в «свободном плавании» после стационарного пребывания детей, поскольку любой пациент (а в нашем случае - родитель, принимающий «удар диагноза» на себя) обладает весьма лабильной психикой и неустойчивым эмоциональным фоном и оставление его без контроля специалистов может спровоцировать панику, что нежелательно, особенно при взаимодействии с детьми.

Поэтому медико-социальное сопровождение в пост-стационарный период должен включать в себя не только терапевтические манипуляции, но и помощь в реализации основных социальных гарантий в виде психологической помощи пациентам и их близким, юридического консультирования. Специалисты также обратили особое внимание на профилактику онкозаболеваний в виде раздаточного материала с контактными телефонами специалистов, работающих в режиме 8/5.

К понятию адаптации специалисты отнеслись однозначно. По их мнению, адаптация должна включать работу специалистов по включению родителей в социум после курса терапии и выписки из диспансера, так как в данном учреждении здравоохранения подобные мероприятия не применяются. Специалисты, принимавшие участие в интервью, подтвердили опасения специалистов по социальной работе, что существующая форма патронажа в виде формального обзвона медицинской сестрой бывших пациентов не годится. При выполнении принципов медико-социального сопровождения данная функция возлагается на специалистов по социальной работе и носит конкретный детальный характер, что дает возможность родителям и пациентам чувствовать себя более уверенно.

Необходимость оказание психологической помощи специалисты онкологического диспансера подтверждали тяжестью взаимодействия диады родитель-ребенок в период болезни последнего и глубокой психологической травмой обоих. В рамках описываемой модели, оперативность психологической помощи должна быть без пролонгаций, и неважно, кто из выделенных выше специалистов раньше определил проблему – важно оперативно купировать кризис, то есть и в рамках стационара и в пост-стационарный период. Ярким примером может стать работа нашей коллеги в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России Л.Н. Донских. По ее мнению, родитель, как правило, идет в первую очередь на контакт со специалистом социальной работы для решения ряда социальных проблем, включая психологические, по причине стигматизации социального взаимодействия с психологом – «психолог – значит я не в себе». Четкое выявление и определение психологи-

ческой девиации специалистом по социальной работе позволяет перенаправить родителя в грамотные руки семейного психолога, психолога-педагога или медицинского психолога.

Относительно адаптации, то, по мнению опрошенных специалистов, она должна производиться специалистами по социальной работе на базе учреждений социального обслуживания. То есть посредством сотрудничества диспансера и учреждений социальной защиты. Таким образом, медико-социальное сопровождение, по мнению врачей, необходимо реализовывать за стенами учреждения здравоохранения. Наше мнение: преемственность систем здравоохранения и социальной защиты - не совсем удачный вариант. Существует риск потери эффективности в виду размытости границ ответственности за конкретных пациентов.

Внушает оптимизм в определении главной задачи специалиста по социальной работе в адаптации онкобольного и его ближайшего окружения уже на стадии медицинской терапии в стационаре с последующим сопровождением дома. Это означает, что социальная работа как направление в медицине становится нормой. Именно поэтому первоочередным этапом пост-стационарного сопровождения врачи считают выполнение медицинских рекомендаций, следующей стадией реабилитации - установление максимально-возможных новых социальных контактов и т. д.

Наше исследование носило не только и не столько разведывательный характер, сколько латентное освещение имеющейся эффективной модели социальной работы в системе здравоохранения, не требующей принципиальных финансовых затрат и кадровых нагрузок, что позволит в серьезной мере снизить социальную напряженность и поднять качество оказываемой медицинской помощи за счет улучшения качества жизни.

**V.M. Ganuzin**

## DIDAKTOGENIA: SYNDROME OF PEDAGOGICAL VIOLENCE

**Yaroslavl Medical University (Yaroslavl, Russia).**

School age is a difficult period of transition from the childhood to a maturity. There are convincing data revealing frequent pre-neurotic and psycho-somatic disorders in schoolchildren related to classroom environment of training process. One of the reasons of such disorders can be the factor called in this publication "the syndrome of pedagogical violence" (1). By the syndrome of pedagogical violence we mean the influence of a number of inadequate pedagogical methods, as well as actions and programs on the formation of a complex of deviations in a state of health of schoolchildren. The syndrome of pedagogical violence should be subdivided into a syndrome of the legalized pedagogical violence, administrative pedagogical violence and authoritative pedagogical violence.

The syndrome of the legalized pedagogical violence in our understanding is introduction of such training programs approved by the Ministry of Education into educational process that cannot be acquired by schoolchildren because of their physiological and mental peculiarities. In this situation there is no alternative for both the schoolchildren and their parents on the one hand and for the teachers on the other. They have to accept them. The authors of these programs usually point out the fact that similar programs exist in other countries. But in doing so they don’t take into consideration the level of socio-economical development of our country and the state of health of Russian children.

We understand introduction by school administration of not legalized programs, obligatory and additional subjects, replacement of one lessons by another as a syndrome of administrative pedagogical violence (for example, lessons of physical training by lessons of a foreign language, mathematics, etc.) depending on the type of school, introduction of extended school day for primary schoolchildren, etc.

A special role in the formation of a favorable climate at school and in the class belongs to teachers. Unfortunately, in Russian schools authoritative pedagogic predominated. That has been found that in classes with an authoritarian, hard, hostile teacher illness is 3 times more and the number of children with neurological disorders is 1,5-2 times is more, than in classes with the quiet, close teacher.

We have carried out a survey of questionnaire form 220 students of the Yaroslavl Medical University who before entering the university studied in secondary schools of different parts of Russia.

By results of our survey shared that: 58.6 % of schoolchildren had conflicts with their while studying at school; 51.8 % - were shared of the teachers; 35.1 % - were subject to humiliation on their teachers’ side; To 75.7 % - the teachers were unjust.

The relationship between pupils and teachers was deterioration of the state of health of the pupils: 67.1 % of schoolchildren showed neurotic disorders ; 52.7 % - had depressed mood; 22.5 % - had depressive state; - 14.4 % - had abdominal pains; 47.5 % - complained of headaches; 14.9 % - had aggravation of their chronic diseases (2).

Any form of the bad treatment of schoolchildren on the teacher’s side is violence over them on his part as the schoolchildren cannot defend themselves. Authoritative pedagogical violence is best revealed during the process of training. It can be directed towards the whole class, a group of children or some specific girl or boy. In such a situation simultaneously suffer both the schoolchildren and their parents on the one side and teachers themselves on the other side.

When authoritative pedagogical violence is present we can mention the following signs in schoolchildren:

1. Fear. In classes where the pedagogical violence is the norm, the schoolchildren of especially primary classrooms often experience an acute feeling of fear of lack production. vulnerability. Their behaviour in such a situation can vary from that of being a dreamer, a liar, a deceiver, of being indecisive or passive to coming to autism and even aggression. Sometime children develop marginal psychic neurosis like status and neuroses.

2. Isolation. In most cases, when pedagogical violence is present, the fact of violence is not discussed. The teachers let the children know that it is not necessary to discuss this situation with the parents or with the friends. It makes the children involved in to the conflict, feel isolated and different from other children. Their may be a situation when teachers openly discuss the conflict, trying to involve to their side most of the classmates and thus do their best to isolate the child or group of children from the class and thus promote isolation of the separate pupil or group of schoolchildren.

3. Disappointment. Some schoolchildren because of circumstances, such as bad training at the preschool stage, a certain type of mentality, frequent acute form of diseases or along, periodically aggravating chronic illness, forced non-attendance of lessons, etc. cannot master the new material, without basic knowledge. Gradually the number of subjects in which the pupil has unsatisfactory marks, increases. Instead of the teacher's understanding the problem and help from him/her, such schoolchildren get offensive nicknames and insults. They get disappointed with school and with the life. Living under constant stress they develop a specific kind of behaviour. Some become "dimwit-hooligans" and constantly create conflict situations at school, in the street, in the family. Others develop depressive mood, a feeling of being useless in this life.

Thus, the syndrome of pedagogical violence is one of the factors affecting physical and mental health of schoolchildren. Cooperation of medical, pedagogical workers and psychologists in studying this syndrome will help to coordinate their mutual efforts in prevention of diseases and strengthening of the children health at schools or other educational establishments.

LITERATURE

1. Ganuzin V.M. About the competency of application the term «a syndrome of pedagogical violence» in pediatrics. Materials of VIII Congress of pediatricians of Russia. Moscow, 2003: 77

2. Ganuzin V. Archives of Disease in Childhood 99(Suppl 2):A565-A565 · October 2014 with 1 Reads DOI: 10.1136/archdischild-2014-307384.1581

**В.М. Ганузин**

## ДИДАКТОГЕНИЯ, ИЛИ НЕАДЕКВАТНАЯ ПЕДАГОГИКА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

**ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Многие проблемы, возникающие в условиях педагогического процесса, часто остаются без должного внимания и воспринимаются как нечто обычное. К одной из таких проблем относится проблема педагогического насилия в школе и возникновение на этом фоне дидактогений. В основе любых форм дидактогений всегда лежит психическая травма, полученная учеником по вине педагога. Причем дидактогения нередко перерастает в невроз, и в этом случае может возникнуть необходимость в специальном лечении, в частности методами психотерапии. По данным И.С. Бердышева, дидактогении можно классифицировать как легкие, среднетяжелые и тяжелые. По продолжительности: острая – короткий эпизод дидактогении , подострая – повторение эпизода дидактогении и хроническая – систематическая дидактогения.

По нашему мнению, неверно рассматривать дидактогению как только негативное психическое состояние учащегося или невроз. Этот феномен надо относить к психосоматическим, т. к. кроме нервной в патологический процесс вовлекаются и другие системы организма ребенка. Проведенные ранее нами исследования позволили доказать роль дидактогенных факторов в возникновении синдрома педагогического насилия. Кроме того, мы предложили классификацию синдрома педагогического насилия как одну из форм дидактогении:

1.Синдром легитимного (узаконенного) педагогического насилия.

2.Синдром административного педагогического насилия.

3.Синдром авторитарного педагогического насилия.

Под синдромом авторитарного педагогического насилия, как одной из форм дидактогении, мы понимаем возникновение отклонений в состоянии здоровья у детей, проявляющихся при непосредственном контакте учителя и ученика в условиях педагогического процесса. Насилие может быть направлено на целый класс, группу школьников или непосредственно на конкретного ученика. При авторитарном педагогическом насилии у школьников можно выделить ряд общих признаков:

1.Страхи. В классах, где практикуется педагогическое насилие, школьники, особенно начальных классов, переживают чувство страха, незащищенности. Поведение их под действием страхов может быть разнообразным: от фантазерства, лживости, обмана, нерешительности,

пассивности до аутизма и агрессивности. В ряде случаев у детей формируются пограничные психические состояния и неврозы.

2.Изоляция. В большинстве случаев, когда практикуется педагогическое насилие, сам факт насилия открыто не обсуждается. Учителя дают понять школьникам, что не следует обсуждать создавшуюся ситуацию в классе с родителями или с друзьями. Может быть и обратная ситуация, когда педагоги открыто обсуждают конфликт, различными способами привлекая на свою сторону основную массу учащихся в классе (школе), их родителей и таким образом способствуют изоляции отдельного ученика или группы школьников.

3.Разочарование. Ряд школьников в силу ряда обстоятельств, таких как плохая подготовка на дошкольном этапе, определенный тип мышления, частые острые заболевания или длительная, периодически обостряющаяся хроническая болезнь, вынужденные пропуски уроков и др., не могут усвоить новые темы, не имея базовых знаний. Вместо понимания проблемы и помощи со стороны учителей данные школьники получают обидные прозвища и оскорбления. Они разочаровываются в школе, а порой и в жизни. Постоянный стресс, который они испытывают, вырабатывает у данной группы учащихся определенное поведение. Одни становятся «двоечниками–хулиганами» и постоянно создают конфликтные ситуации в школе, на улице, в семье. У других появляются депрессивное настроение, чувство ненужности, лишнего человека в этой жизни, формируются мысли о суициде.

4. Психосоциальная дизадаптация. В этих случаях у школьников имеет место несформированность навыков учебной деятельности, коммуникативных навыков, недостаточно развит самоконтроль. Стремление таких подростков к общению и лидерству в сочетании с эмоциональной несбалансированностью приводит к конфликтным ситуациям с педагогами и сверстниками в школе и на улице.

Проведенное нами анкетирование 220 студентов, ранее обучавшихся в школах различных регионов России, выявило, что у 58,6% из них в период обучения в школе отмечалось наличие конфликтов с учителями; 51,8% боялись своих учителей; 35,1% подвергались унижению педагогами; к 75,7% учителя относились несправедливо. Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение состояния здоровья учащихся. При этом у 67,1% школьников отмечались невротические расстройства; у 52,7% угнетение настроения; у 22,5% депрессивное состояние; у 14,4% боли в животе; у 47,5% головные боли; у 14,9% обострения хронических заболеваний.

Таким образом, синдром педагогического насилия как форма дидактогении является одним из факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье и требующий координации деятельности медико-психолого-педагогических работников в изучении данного синдрома, что позволит скоординировать их совместную работу по его профилактике. А предложенная ранее нами разработка проекта «Школа без педагогического насилия» в действующую программу «Школа, содействующая укреплению здоровья» позволит исключить административное и авторитарное педагогическое насилие в общеобразовательной школе, что будет способствовать улучшению психического и физического здоровья как школьников, так и педагогов.

**В.М. Ганузин, Е.В. Голубятникова**

## ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

**ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Профилактика, реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями является одной из самых актуальных в стране. Из детей, признанных инвалидами, более половины составляют дети с врожденными аномалиями развития и психическими расстройствами. А среди детей с психическими заболеваниями около 70% - дети с умственной отсталостью. В Ярославской области на начало 2016 г. числилось 3397 инвалидов детства, что составило 150,9 на 100 000 детского населения. В структуре инвалидности первое место занимали психические заболевания и расстройства поведения. Второе, третье и четвертое, соответственно, заболевания нервной системы, врожденные пороки развития и эндокринные заболевания.

При рассмотрении факторов риска и причин возникновения инвалидизирующих состояний выделяют три основные группы: социально–демографические, социально–психологические и медицинские, которые подразделяются на медико–биологические и медико-организационные.

В Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» определены классификация и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан, в т. ч. детей при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах с шагом в 10% и устанавливается в диапазоне от 10: до 100%. В соответствие с Приказом МТ и СЗ РФ выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка: при первой степени выявляются стойкие незначительные нарушения функций организма ребенка в диапазоне от 10% до 30%; при второй - выявляются стойкие умеренные нарушения функций организма ребенка в диапазоне от 40% до 60%; при третьей - выявляются стойкие выраженные нарушения функций организма ребенка в диапазоне от 70% до 80%; при четвертой - выявляются стойкие значительно выраженные нарушения функций организма ребенка в диапазоне от 90% до 100 %.

Выделены основные категории жизнедеятельности ребенка при определении инвалидности. Это способности к самообслуживанию, к самостоятельному передвижению, к ориентации в пространстве и времени, к общению, к контролю за своим поведением, к обучению и к трудовой деятельности.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается при наличии у ребенка второй, третьей или четвертой степени выраженности стойких нарушений функций организма, т. е. от 40% до 100 %, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами развития.

Для того чтобы ребенка признали инвалидом, ему необходимо пройти медико-социальную экспертизу (МСЭ). Направление на прохождение МСЭ родители получают в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства (больница, поликлиника) или в органах социальной защиты. Его оформляет лечащий врач больницы или педиатр участковый, вписывая туда заключения врачей-специалистов, дополнительных и инструментальных методов исследования (перечень осмотров специалистами при различной патологии указан в приложении Приказа). При признании ребенка инвалидом для него разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА).

С 1 января 2016 г. вступит в силу новый порядок разработки и реализации ИПРА инвалидов, выдаваемых государственными учреждениями МСЭ. Программа содержит реабилитационные, абилитационные или паллиативные мероприятия, предоставляемые ребенку-инвалиду бесплатно, а также мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид либо другие лица и организации. ИПРА ребенка-инвалида разрабатывается при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро МСЭ.

**Заключение:**

1.В силу особого положения ребенка-инвалида в обществе его реабилитация, по нашему мнению, тесно связана с воздействием на него социальных и педагогических факторов и по сути своей является медицинской, социально-психологической и психолого-педагогической реабилитацией.

***2.***Реабилитация и абилитация детей-инвалидов является длительным процессом, сопровождающим его на разных возрастных этапах жизни и учитывающим закономерности его психического развития.

**В.М. Ганузин, Г.С. Маскова**

## ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ И ОСВОБОЖДАЮЩИМСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

**ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Проблема преступности несовершеннолетних и связанная с этим их изоляция от общества является одной из актуальнейших в наше время. В стране создана система специальных учреждений – колонии для несовершеннолетних. В них отбывают наказания подростки в возрасте от 14 до 18 лет. Впервые привлечение к ответственности детей за умышленные преступления в России официально было закреплено Указом Екатерина II с определением возраста от 10 до 17 лет. В 1866 г. были созданы колонии и приюты для исправления несовершеннолетних нарушителей. В 1918 г. упразднено тюремное заключение подростков и созданы воспитательные учреждения. 1956 г. вышло новое положение о трудовых и детских колониях.

По данным службы ФСИН, в настоящее время в России функционируют 23 воспитательных колонии (ВК), в т. ч. 21 – для содержания несовершеннолетних осужденных юношей и две – для несовершеннолетних девушек. На 01.01.2017 г. отбывали наказание в ВК 1655 осужденных, в т. ч. 119 несовершеннолетних женского пола. Определенный интерес представляет доля несовершеннолетних, отбывающих наказание в ВК, по видам преступлений: осуждены за кражу 15,2%, за грабеж 14,1%, за разбой 12,2%, за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью 11,8%, за убийство 10,1%, за изнасилование 12,6%, прочие преступления 24,0%. В 2016 г. были опубликованы методические рекомендации по межведомственному взаимодействию органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по вопросам оказания помощи осужденным несовершеннолетним, отбывающим наказания, не связанные с лишением свободы, и несовершеннолетним, освобождающимся

из мест лишения свободы (Письмо Минобрнауки РФ № 07-3188, 2016). В данном документе определены следующие виды помощи: социальная адаптация и реабилитация; меры по защите прав на образование, отдых, труд; по защите жилищных, имущественных и неимущественных прав; оказание гуманитарной, материальной, психолого-педагогической, медицинской и других видов помощи.

В компетенции медицинской службы включено обследование состояния здоровья несовершеннолетних, оказание специализированной, диагностической и лечебно-восстановительной помощи несовершеннолетним с отклонениями в поведении; выявление, учет и лечение несовершеннолетних, употребляющих алкоголь содержащую продукцию и психоактивные вещества.

Основными этапами социальной защиты и помощи осужденным в ВК являются: - начальный период пребывания с адаптацией в отряде - социальная адаптация; - основной период пребывания в ВК - исправление и ресоциализация несовершеннолетних - социальная помощь и защита; - завершающий период (примерно за полгода до освобождения), связанный с подготовкой к освобождению из ВК - социальная реабилитация.

В обязанности социальной службы входит взаимодействие с территориальными органами службы занятости по избранным местам жительства освобождающихся из ВК; взаимодействие с органами, осуществляющими управление в сфере образования и социальной защитой населения по устройству освобождающихся из ВК лиц в учреждения для несовершеннолетних (социально-реабилитационные центры и т. д.). В обязанности психологической службы воспитательной колонии входят задачи обеспечения устойчивого психологического климата, помогающего исправлению несовершеннолетних: психологическая помощь впервые осужденным подросткам для адаптации их к проживанию в местах лишения свободы; работа психолога с контингентом подростков во время отбывания срока в воспитательной колонии; психологическое обеспечение работы с впервые и повторно осужденными подростками; психологическое обеспечение работы с педагогическим и вспомогательным персоналом колонии по предотвращению конфликтных ситуаций как среди осужденных, так и между осужденными и персоналом; реабилитации подростков с психическими отклонениями, отбывающими наказание в воспитательной колонии; психологическая подготовка несовершеннолетних осужденных к реабилитации в обществе после выхода их из колонии.

В целях повышения эффективности индивидуально-воспитательной работы с несовершеннолетними осужденными, оказания им психологической помощи, создания предпосылок для их исправления и ресоциализации, а также успешной адаптации после отбытия наказания, органам и учреждениям системы профилактики рекомендуется составление «Социальных карт несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации», связанной с лишением свободы, и несовершеннолетним, освобождающимся из мест лишения свободы. В данную Карту рекомендуется включать разделы по социальной адаптации и социальной реабилитации, меры по защите прав на образование, отдых, труд, меры по защите жилищных прав, меры по защите имущественных прав, вопросы наследования, меры по защите неимущественных прав, оказание гуманитарной, материальной, психолого-педагогической, медицинской и других видов помощи.

Таким образом, реабилитация, ресоциализация и дальнейшее позитивное развитие таких подростков во многом зависят от организации процесса их пребывания в специальном учреждении, использования технологий профилактики девиантного поведения и стигматизации подростков с учетом социальных ожиданий и организацией социального контроля.

**О.А. Гильбурд**

## ЭТОЛОГО-СОЦИОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ К БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Сургутский государственный университет, Медицинский институт (Сургут).**

Исследование внутрисемейных интеракций больного шизофренией сохраняет высокую актуальность в аспекте факторов риска дебютирования и рецидивирования болезни, в аспекте социальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, и в аспекте психического благополучия родственников, взаимодействующих с больным. Классическими в этой парадигме являются психодинамические концепции гиперпротективной матери (Sullivan H., 1953) и «двойного послания» (Ruesch J., Bateson G., 1951).

В условиях диктатуры гиперпротективной матери и в амбивалентной ситуации «двойного послания» принципиальное значение в формировании шизофреногенной среды имеет диссонанс между саногенным сценарием ролевого взаимодействия членов семьи и патогенным исполнением этих ролей близкими родственниками, что объективно проявляется в особенностях их невербального поведения. Следовательно, наиболее адекватным для анализа ущербных поведенческих паттернов в семьях больных шизофренией является этологический метод, который в прежние годы уже находил применение в исследованиях невербального поведения матерей больных шизофренией пробандов (Самохвалов В.П., Коробов А.А., 1984) и позволил выявить высокую конкордантность по таким стигмам, как моторные стереотипии (в т. ч. «игра пальцами»), избегание взгляда как симптом «редуцированной неофобии», отсутствие фиксации взгляда, мимика непонимания и безразличия, особенности территориального поведения.

Мы решили проанализировать репертуар невербального поведения членов семьи пациентов с ши-

зофренией в момент, когда они лично общаются с больным. Коммуникативной моделью послужили ежедневные свидания больных с их родственниками. В течение месяца оценивались невербальные коммуникативные паттерны представителей поколения дедушек и бабушек, поколения родителей, поколения детей (и сибсов) и поколения внуков, навещавших своих больных шизофренией родственников. В свиданиях на протяжении всего периода исследования участвовали 89 больных шизофренией (42 мужчины и 47 женщин) в возрасте от 13 до 66 лет. Родственники больных распределились следующим образом: дедушки и бабушки – 14, родители – 63, дети – 28, сибсы – 19, внуки – 7, всего 131 человек (49 мужчин и 82 женщины).

Элементы, простые и сложные формы невербального поведения, которые регистрировались наиболее часто, были семантически сгруппированы в этологические репертуары четырех эволюционно стабильных стратегий поведения (Parker G.A., 1984; Гильбурд О.А., 2007) – агональной (связанной с конфликтом), эгоистической, кооперативной и альтруистической. К *агональной* стратегии отнесены следующие признаки: немигающий (пристальный) взгляд, сжатые губы, выдвижение нижней губы, оскал и полуоскал, нижняя челюсть вперед, поза Наполеона, поза агрессии, рука в кулаке, туловище наклонено вперед, плечи приподняты, выпад головой, напряженная речь, напряженная мимика, улыбка с оскалом, жест скрытой тревоги, мимика настороженности, мимика презрения (пренебрежения), взгляд исподлобья, увеличение плеча, агрессивно-предупредительное поведение, агрессивно-конфликтное поведение, переадресация агрессии, поведение доминирования (всего 24 паттерна); к *эгоистической* – взгляд в сторону, взгляд в окно, взгляд на собственные руки, тусклые глаза, зевание, коленный угол острый, паузы в речи, жест отстранения, улыбка насильственная, улыбка диссоциированная, мимика безразличия, отсутствие контакта взором, индивидуальное расстояние возрастает в ходе контакта, аутогруминг (самоприхорашивание), манипулирование предметом и одеждой, неофобия, осматривание, осторожность на новой территории (всего 19 паттернов); к *кооперативной* – взгляд в лицо, флаш (поднятие бровей) как элемент приветствия, подмигивание, блестящие глаза, жест-приветствие, жест-обращение, рукопожатие (всего 7 паттернов); к *альтруистической* – поцелуй, объятие, мимика страдания, аллогруминг (поглаживание по голове, лицу, спине, поправление одежды и прически, ворошение волос, почесывание, похлопывание, отряхивание мусора с одежды больного) (всего 4 паттерна). На этом этапе исследования обращало на себя внимание отчетливое снижение семиотического полиморфизма в направлении от конфликтно-агрессивного поведения к любовно-сострадательному.

Таблица 1.

Типология невербальных коммуникаций родственников с больными шизофренией в зависимости от поколения

| **ЭТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕПЕРТУАР ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ** | **бабушки, дедушки n=14)** | | **родители (n=63)** | | **дети и сибсы (n=19)** | | **внуки (n=7)** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Абс.** | **%%** | **Абс.** | **%%** | **Абс.** | **%%** | **Абс.** | **%%** |
| Регистрация агональных паттернов (число и %% родственников) | 4±1,02 | 28,6% | 31±1,18 | 49,2% | 12±1,09 | 63,2% | 5±1,02 | 71,4% |
| Регистрация эгоистических паттернов (число и %% родственников) | 3±1,01 | 21,4% | 33±1,17 | 52,4% | 14±0,88 | 73,7% | 4±0,91 | 57,1% |
| Регистрация кооперативных паттернов (число и %% родственников) | 10±0,33 | 71,4% | 22±1,08 | 34,9% | 7±0,21 | 36,8% | 2±0,07 | 28,6% |
| Регистрация альтруистических паттернов (число и %% родственников) | 14±0,00 | 100,0% | 32±1,02 | 50,8% | 9±0,32 | 47,4% | 1±0,00 | 14,3% |

Статистический анализ типологии невербальных коммуникаций (табл. 1) показал, что количество близких родственников, демонстрирующих агональную и эгоистическую стратегию в общении с больными шизофренией нарастает от бабушек и дедушек через родителей и детей с сибсами к внукам, а в отношении кооперативного и альтруистического поведения наблюдается обратная тенденция.

По нашему мнению, результаты данного исследования косвенно отражают масштабные процессы нравственно-этической дегенерации российского общества, в чем-то перекликающиеся с концепцией вырождения О.-Б. Мореля и препятствующие успешной социальной реабилитации больных шизофренией.

**А.Г. Головина**

## ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИИ (НА МАТЕРИАЛЕ ПОДРОСТКОВОГО КАБИНЕТА ПНД)

**ФГБНУ «НЦПЗ» (Москва).**

Значимость исследований личностной патологии в период адолесценции определяется важностью ее адекватной клинической оценки, максимально ранней диагностики, что связано с тем, что она, помимо собственно психопатологической значимости, является фактором, обеспечивающим формирование дизадаптации индивидуума в кризовые периоды с экзацербациями патологических проявлений. Кроме того, наличие патохарактерологических свойств в период взросления потенциально предопреде-

ляет проблемы социального функционирования в будущем. Сложность психопатологической квалификации расстройств личности подтверждается заметным расхождением имеющихся эпидемиологических данных, касающихся их распространенности, гендерных соотношений. Так, в общей популяции взрослого возраста удельный вес этих нарушений может варьировать в диапазоне 4%-23% (S. Togersen, 2005). Формируясь в детско-подростковом возрасте, патология личности может долго оставаться нераспознанной или неправомерно отнесенной к образованиям иной психопатологической природы. Дополнительные диагностические проблемы создает возрастной разброс активного периода начальных проявлений личностных аномалий, относящихся к различным кластерам, с заметно более ранним возникновением симптомов при патологии спектра шизофрении. В подростковом же возрасте сложность выявления и оценки расстройств личности дополняется ассоциацией и амальгамированием проявлений искаженных и не полностью сформированных характерологических свойств с нормативными/утрированными симптомами возрастного криза.

**Цель работы** - уточнение показателей распространенности и особенностей проявлений расстройств личности у подростков, обратившихся в подростковый кабинет ПНД.

**Материал и методы.** Проанализированы данные клинико-катамнестического, патопсихологического обследования 91 пациента подросткового кабинета ПНД № 13 г. Москвы (69 юношей, 22 девушки 15-17 лет), наблюдавшихся в 2011-2016 гг. по поводу расстройств личности (РЛ). Варианты личностной патологии, этиологически ассоциированные с органическим дефектом - F07, в настоящем исследовании не рассматривались в связи тем, что они относятся к группе приобретенных аномалий личности, имеют ряд отличий от конституциональных феноменов и заслуживают отдельного обсуждения. Представленность в данном контингенте РЛ в целом сохраняется примерно на одном уровне, лишь незначительно снизившись (8,4% - 2004 г., 8% - 2014 г., 8,1 – 2015 г., 7,8% - 2016 г.) за последние 12 лет. При этом выявлено существенное видоизменение соотношения различных типов РЛ у подростков, обращавшихся в ПНД - доля РЛ шизофренического спектра возросла за этот же период более, чем в 2 раза. Анализ типологической принадлежности РЛ, диагностированных у пациентов, показал, что у 12 из них (9 юношей, 3 девушки) выявлено шизоидное расстройство личности (F60.1), у 38 (33 юноши, 5 девушек) - шизотипическое личностное расстройство (F21.8), в 9 случаях (6 юношей, 3 девушки) - эмоционально неустойчивое (F60.3), у 8 (3 юноши, 5 девушек,) - истерическое (F60.3), у 5 (все юноши)- ананкастное (F60.5), у 7 (5 юношей, 2 девушки) - тревожное (F60.3), смешанное (F61.0) – 12 (8 юношей, 4 девушки).

**Результаты.** Всех больных объединяла особая, им присущая, стойкая дисгармоничная совокупность характерологических свойств и паттернов поведения, прослеживавшаяся с детства, определявшая склад личности и воспринимавшаяся индивидуумом как эго-синтонная. Клиническая картина у обследованных отличалась полиморфизмом. К отличавшим больных с детских лет личностным чертам (интровертированности, эмоциональной невыразительности у лиц шизоидного склада, склонности к драматизации, полезависимости, эгоцентричности у подростков с характерологическими нарушениями истерического кластера) в пубертате присоединялись разнообразные психопатологические феномены, нередко сочетавшие полиморфизм и клиническую незавершенность нарушений с синдромологической предпочтительностью. Это были аффективные расстройства, поведенческие девиации, в ряде случаев достигавшие уровня кондуктивных/конвенциональных нарушений; неврозоподобные, в том числе и реактивные, образования. Часто у подростков, вне зависимости от конкретной типологической принадлежности РЛ, обнаруживались астенические, тревожно-фобические, обсессивные, дисморфические, соматоформные и психосоматические симптомокомплексы, когнитивные, а также волевые нарушения, нередко маскировавшиеся психопатоподобной симптоматикой. Выявлялись аномалии психологического (различные варианты психического инфантилизма), психосексуального развития (нарушение темпов, стереотипов полоролевого поведения, искажения при выборе объектов влечений) в виде ретардации/опережения. Восприятие собственной личностной дисгармонии как эго-синтонного свойства, недостаточность у больных критики к проявлениям иных психических нарушений обусловливало слабую заинтересованность в получении специализированной помощи, нередко - неправомерный отказ от нее. Это влекло за собой невысокое качество жизни даже при нивелировании проявлений аномальных черт личности по миновании этапа адолесценции, на который приходился период декомпенсации, вследствие упущенных возможностей получения образования в соответствии с интеллектуальным потенциалом и запросами личности, приобретения высокого профессионального статуса, формирования прочных интерперсональных связей.

**Выводы.** Сравнительный рост доли личностной патологии шизофренического спектра при уменьшении частоты формирующихся расстройств личности, не относящихся к указанным вариантам РЛ, вероятно, объясняется некоторым утяжелением подросткового контингента диспансера. Всем подросткам с РЛ необходима комплексная полипрофессиональная помощь для максимально раннего выявления расстройств, их эффективной курации, включающей как адекватную психофармакотерапию, так и психотерапевтические, психокоррекционные, психообразовательные мероприятия, что предотвратит развитие нарушений социального функционирования во взрослом возрасте.

**М.Ю. Городнова**

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Оказание действенной помощи детям, подросткам и их семьям невозможно вне междисциплинарного подхода, что в свою очередь требует слаженной работы полипрофессиональной команды, имеющей единую цель и разделяемые способы ее достижения. Подобное единое обучение в последние десятилетия широко практиковалось в системе дополнительного профессионального образования (ДПО), создавались кафедры, в названии которых звучали слова психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Современные тенденции последипломного образования имеют «сепаративный» вектор. В отличие от старой системы ДПО, в которой врачу, медицинскому психологу было необходимо пройти раз в пять лет обучение по программе общего усовершенствования (144−216 часов), современная система предписывает ежегодное 36-часовое обучение и обязательный набор 14 условных единиц в иных системных мероприятиях.Такая необходимость делает программы тематического усовершенствования в междисциплинарном обучающем поле практически невостребованными, что определяется не отсутствием личной заинтересованности специалиста, а объективной системной невозможностью. Проблема организации лечебного процесса в такой системе последипломного образования еще одна «головная боль», по словам руководителей лечебных учреждений, которые ни в коей мере не заинтересованы отпускать специалиста еще на одну форму обучения. Выходом из этой ситуации может служить проведение тематических междисциплинарных циклов на местах, без отрыва специалистов от основного места работы, однако это возможно лишь в тех лечебных учреждениях, которые территориально доступны.

Еще одной проблемой для специалистов и руководителей лечебных учреждений в новой системе НМО являются трудности набора баллов, если специалист работает по двум, а иногда и по трем специальностям. Система дистанционного обучения, предложение которой призвано решить задачу отдаленности территорий и материальных затрат, имеет свои ограничения. Теоретически материал можно изучать дистанционно, но это лишает обучение важной составляющей − межличностного взаимодействия, значимого, а порой и ведущего лечебного фактора. Совершенствование практических навыков и овладение новыми компетенциями в специальности психиатрия и психотерапия дистанционно представляется весьма проблематичным или скорее невозможным. Кроме этого не принято говорить об увеличении нагрузки на специалиста, вынужденного тратить свое личное время.

Важным ресурсом, на наш взгляд, являются различные неаккредитованные институты, обучающие конкретному методу психотерапии. Программы переподготовки соответствуют задаче «введение в психотерапию» и позволяют овладеть лишь первичными психотерапевтическими компетенциями. Далее психотерапевт совершенствуется самостоятельно. Стихийно сложившийся путь современного психотерапевта, подобно тропе на «газоне», указывает линию последипломной подготовки таких специалистов. В настоящем представляется возможным и необходимым учет обучения специалистов конкретному методу в системе НМО. Для этого представители подобных обучающих институтов должны входить в профессиональные ассоциации, мероприятия которых аккредитованы в системе НМО. Потребители системы НМО заинтересованы в актуальной теории, совершенствовании конкретных компетенций, сохранении психического здоровья, проявляя особый интерес к супервизии и балинтовским группам.

Вне системы НМО оказались медицинские психологи. Вопрос их последипломной подготовки висит в воздухе. Отрыв их от общей обучающей среды - еще один путь к разрозненности, откату назад в их интеграции в медицинское сообщество.

В период становления системы НМО необходимо активно обсуждать возникающие трудности и вносить предложения для ее совершенствования, чтобы система обеспечивала и должный уровень профессионализма и психическое здоровье специалиста. Мы выносим следующие предложения для обсуждения:

1.Наряду с очными дневными 36-часовыми формами обучения по программе повышения квалификации врачей по специальности ввести пролонгированные, вечерние формы обучения.

2.Создавать программы повышения квалификации врачей по 2 специальностям, например психиатрия и психотерапия, и зачислять баллы по обеим, если специалист работает по двум специальностям.

3.Создавать программы повышения квалификации в междисциплинарном подходе, по которым могут одновременно обучаться разные специалисты психиатрического профиля, и также зачислять баллы в системе НМО.

4.Разработать систему оценки и начисления баллов специалистов, проходящих обучение методам психотерапии в негосударственных институтах, вошедших в профессиональные ассоциации, мероприятия которых аккредитованы в системе НМО.

5.Обозначить супервизию как необходимый элемент системы НМО для специалистов психиатрического профиля и осуществлять ее реализацию и в рамках мероприятий профессиональной ассоциации, и в рамках программы повышения квалификации.

6.Включить медицинских психологов в единую систему непрерывного медицинского образования,

что позволит сохранить возможность обучения специалистов в междисциплинарном поле.

7.Засчитывать баллы, заработанные на конференциях, по всем специальностям профессиональной деятельности врача.

8.Вести работу по созданию обучающих программ дополнительного профессионального образования по конкретному методу психотерапии.

**М.Ю. Городнова, И.Л. Коломиец**

## СУПЕРВИЗИЯ В РАБОТЕ КРИЗИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Высокая распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей и психологов, проходящих обучение на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии и проявленный интерес к супервизии, имеющей саногенный потенциал в его профилактике, побудили нас к проведению супервизии в группе для сотрудников кризисного отделения ЦВЛ «Детская психиатрия». В течение 6 месяцев один раз в две недели группа врачей, психологов и логопедов собиралась на двухчасовой сеанс супервизии. Проводилась запись стенограммы встречи, анализ которой лег в основу описания технологии супервизионного процесса.

Методология супервизии основана на гештальт-подходе. Процесс супервизии имел следующую структуру: преконтакт (осуществлялся в виде осознавания участниками присутствия в группе и дифференциации своих интересов), контактирование (происходило путем формирования фигуры супервизионного запроса и выбора трех протагонистов), финальный контакт (осуществлялся в форме внутригруппового взаимодействия в малой группе при содействии ко-супервизоров), постконтакт (участники всей группы давали обратные эмоциональные связи на ситуацию взаимодействия в малой группе, обращали внимание на схожесть профессионального опыта). Процесс ассимиляции опыта продолжался за пределами группы, о чем участники сообщали на следующем занятии.

Подобная модель проведения супервизии давала возможность обсудить наибольшее количество случаев за короткий промежуток времени, что обеспечивалось работой двух супервизоров, поддерживающих и фасилитирующих индивидуальный и групповой процессы. Параллельные процессы, разворачивающиеся в многоуровневой ситуации взаимодействия, находили отражение в коммуникациях, их резонанс становился фигурой разрешаемой супервизионной ситуации. Способ взаимодействия ко-супервизоров, включающий в себя открытый участникам диалог, по принципу нисходящих параллельных процессов мог вноситься в коммуникацию специалист–пациент или пациент–пациент, если речь шла о детско-родительской диаде, супружеской паре или семье.

Средовой потребностью кризисного отделения (это касается и пациентов, и специалистов) является контейнирование интенсивных эмоций и чувств. Это достигалось путем безоценочного их принятия и без побуждения специалиста к немедленному совладанию с ними и немедленному действию в кризисной ситуации. Замедление телесных и эмоциональных процессов позволяло восстановить контакт с когнициями в оценке ситуации и оптимальному выбору.

Контактирование осуществлялось при помощи приемов фокусировки супервизируемого на потребности ситуации, что в гештальт-терапии предполагает равное внимание как потребностям специалиста, так и потребностям пациента. Содействие в осознавании происходило путем обращения внимания на телесные ощущения, эмоциональные переживание, когниции. Это помогало становиться значимым и видимым во взаимодействии незавершенных процессов, которые находили способы завершения и содействовали получению новизны.

Супервизор с помощью включенности (или, как принято обозначать, в психоанализе проективной идентификации) отражал интро- и интерперсональные процессы, что содействовало осознаванию ситуации, побуждая к поиску новых способов контакта. Приглашая супервизируемого включиться в ситуацию, посмотреть на мир глазами пациента, супервизоры создавали ситуацию в которой обретался новый смысл и новый способ межличностного взаимодействия.

Будучи приверженными идеи диалога и релятивизма супервизоры побуждали рассматривать симптом как способ контактирования, приближения к Другому в поиске возможности быть услышанным и увиденным в своей потребности. При этом «быть с Другим» рассматривается как врожденная витальная потребность.

Следование этим приемам позволило создать принимающую, контейнирующую, доверительную среду, способствующую совладать с нарциссической уязвимостью специалистов и сформировать устойчивую мотивацию к супервизионной практике. Подобный подход, по отзывам участников, способствовал росту энергии, ощущению новизны, увеличению интереса к работе, вдохновению, поиску и творчеству.

Как супервизоры мы считали своей задачей расширить ресурсы специалистов, укрепить их самоподдержку и способность принимать поддержку окружения, таким образом следуя основному принципу гештальт-терапии: «Фокусировать на том, что уже есть, а не на том, чего нет».

**Горьковая И.А., Микляева А.В.**

## КОММУНИКАТИВНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ[3]

**Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург).**

Имеющиеся в современной психологии данные убедительно показывают, что нарушения зрения в детском и подростковом возрасте являются фактором, потенциально снижающим коммуникативную компетентность личности. Исследователями зафиксированы трудности в установлении контакта с собеседником [4],социальной перцепции [3], поддержании диалога [2], самоконтроля в общении[4] и т. д., характерные для детей и подростков с нарушенной зрительной функцией. В этой связи можно предполагать, что по параметру коммуникативной направленности личности подростки с нарушениями зрения отличаются от условно здоровых сверстников. Под коммуникативной направленностью личности понимается совокупность более или менее осознанных смысловых установок и ценностных ориентаций личности в сфере межличностного общения, включающая представления о целях общения, допустимых способах взаимодействия с партнерами и др. [1].

В данной публикации представлены результаты исследования коммуникативной направленности личности подростков с нарушениями зрения, проведенного с помощью методики «Направленность личности в общении» (НЛО-А) С.Л. Братченко [1]. В исследовании принял участие 61 подросток в возрасте 13-16 лет, в том числе 39 слабовидящих подростков (из них 12 девочек и 27 мальчиков) и 22 подростка с глубокими нарушениями зрения (из них 9 девочек и 13 мальчиков с остаточным зрением менее 0,05 %). Контрольную группу составили 112 условно здоровых подростков в возрасте 13-15 лет, из них 59 девочек и 53 мальчика.

Полученные результаты показывают, что для подростков с глубокими нарушениями зрения наиболее характерной является манипулятивная направленность личности в общении (среднее значение составляет 4,50), а для слабовидящих подростков – конформная направленность (4,72), тогда как у условно здоровых подростков доминирует альтероцентристская направленность личности в общении (5,02). При этом наименее типичной для всех трех групп оказалась авторитарная направленность. Таким образом, при нормативном развитии подростки в общении преимущественно ориентируются на мнение другого человека, стремятся учитывать его интересы, тогда как на фоне нарушений зрения подростки склонны в большей степени ориентироваться на собственные интересы, используя партнера для достижения собственных целей, или же некритично подчиняться его мнению как более авторитетному.

Отметим, что выявленные тенденции характерны в первую очередь для мальчиков, имеющих нарушения зрения. В то время как девочки во всех трех группах характеризуются преимущественным доминированием альтероцентристской коммуникативной направленности (5,97, 5,58 и 6,11 в выборках условно здоровых девочек, слабовидящих девочек и девочек с глубокими нарушениями зрения соответственно). Для слабовидящих и условно здоровых мальчиков наиболее типичной является конформная коммуникативная направленность (4,81 и 4,66 соответственно), а для мальчиков с глубокими нарушениями зрения самой характерной оказывается манипулятивная коммуникативная направленность (5,15). Можно предположить, что это связано с гендерной специфичностью коммуникативной компетентности, которая в случае подростков с нарушениями зрения усиливает тенденции, связанные с особенностями формирования личности в ситуации зрительного дефекта.

В целом, по итогам исследования можно сделать следующие выводы:

1. Нарушения зрения способствуют формированию в подростковом возрасте коммуникативной направленности личности, отличающейся от нормативной для данного возрастного этапа. Так, слабовидящие подростки оказываются наиболее склонными к проявлениям конформизма, а подростки с глубокими нарушениями зрения чаще характеризуются манипулятивной коммуникативной направленностью.

2. Коммуникативная направленность личности слабовидящих подростков имеет гендерную специфику. В частности, девочки с нарушениями зрения в подростковом возрасте чаще демонстрируют коммуникативную направленность личности, приближенную к нормативной для этого возрастного этапа, в то время как мальчики, напротив, склонны занимать конформную или манипулятивную позицию (в зависимости от тяжести зрительных нарушений). При этом конформная коммуникативная направленность слабовидящих мальчиков в целом соответствует наиболее распространенной тенденции среди мальчиков контрольной группы, что позволяет считать ее нормативной, тогда как манипулятивная направленность мальчиков с глубокими нарушениями зрения, по всей вероятности, характеризует специфику их коммуникативной позиции, обусловленную не особенностями возраста, а зрительным дефектом.

ЛИТЕРАТУРА

1.Братченко С.Л. Диагностика личностно-развивающегося потенциала. - Псков, 1997. 68 с.

2.Виленская А.М. Особенности личности учащихся старших классов школ слепых // X научная

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

сессия по дефектологии. - М.: Полиграфсервис, 1990. 323 с. С. 12-13.

3.Зорина С.С. Формирование коммуникативных умений у детей с нарушениями зрения // Специальное образование. 2010. № 4. С. 20-26.

4.Самохвалова А.Г. Специфика затрудненного общения детей с ограниченными возможностями здоровья // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 39–53.

**А.В. Горюнова, Ю.С. Шевченко, Л.Ю. Данилова**

## ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАНПО (Москва).**

Исследования последних десятилетий в области психического здоровья раннего детства показали, что распространенность психических расстройств у детей первых лет жизни сопоставима с таковой у старших детей и составляет около 14% (Козловская Г.В. и др.). При обследовании малышей обычно диагностируют последствия органического поражения ЦНС различного генеза (F0), интеллектуальную недостаточность в результате наследственных генетических патологий (F7), общие и/или специфические нарушения развития (F8), расстройства эмоций и поведений детского возраста (F9); большая доля нарушений приходится на расстройства непсихотического уровня (74,8%).

Согласно представлениям об изоморфизме симптоматики психических расстройств у детей (Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, М.С. Вроно, В.В. Ковалев), фасадные нарушения в клинической картине страдания определяются не столько природой болезни, сколько возрастным этапом развития ребенка. Соответственно, наиболее типичные для раннего возраста симптомы и синдромы вегетативных расстройств, нарушений циркадных ритмов сна и принятия пищи, недостаточность/извращение инстинктивной деятельности, хроническое или скачкообразное нарушение/регресс в формировании речевых и двигательных навыков и др. могут быть проявлением всего спектра психических расстройств от психогенных депривационных депрессий до эндогенных процессуальных заболеваний.

До последнего времени, детей до 3 лет курировали педиатры и неврологи; психическая патология оставалась нераспознанной и без адекватной терапии. Вместе с тем знание базовых теоретических положений психиатрии и накопленные поколениями врачей практические данные изучения анамнестических сведений у более взрослых пациентов с очерченной картиной страдания указывают на качественное единство патологических процессов в разных возрастных группах больных, подчас являющихся временными стадиями/этапами страдания. Очевидно, что раннее начало терапии улучшает прогностические показатели болезни и повышает качество жизни пациентов. В связи с этим проблема адекватного лечения психических расстройств в раннем возрасте (с рождения до 3 лет 11 мес. 29 дней) становится очень актуальной.

Традиционно в детской практике доминирует принцип «не навреди», где соображения безопасности всегда перевешивают стремление к форсированному воздействию на симптоматику ввиду возможных рисков осложнений и побочных эффектов. В связи с этим вне зависимости от нозологии страдания всегда следует прибегать к комплексной терапии, уделяя большое внимание психотерапии, лечебной педагогике и соматической терапии, осмотрительно применяя психофармакотерапию (ПФТ) лишь как один из компонентов лечения.

Известно, что из-за этических и юридических сложностей арсенал используемых в детской практике ПФТ средств пополняется крайне медленно и базируется на «классических» препаратах, вошедшие в практику несколько десятилетий назад. Вместе с тем успехи современной психофармакологии с появлением высокоэффективных и малотоксичных средств по сравнению с традиционно используемыми препаратами настоятельно требуют переноса этого опыта в практику лечения детей дошкольного и раннего возраста.

Как отмечалось выше, у большинства детей раннего возраста с психическими нарушениями выявляются отставание и/или асинхрония формирования и созревания функций и навыков, недостаточная интеграция или дезинтеграция деятельности как «внутри» отдельных сфер психической деятельности (моторика, мышление, воля, речь, др.), так и всей психической жизни. Вследствие этого основу фармакотерапии больных раннего возраста с психическими нарушениями должны составлять препараты нейропротекторного типа, способные стимулировать обменные процессы в нервной ткани и снижать последствия различных нарушений (ишемии, интоксикаций, ч/м травм и т. д.), возвращая их к нормальному уровню.

Для достижения этой цели используют:

1.Препараты, восполняющие дефицит и снижающие нарушения нейрометаболизма белкового обмена: а) аминокислоты и нейропептиды (глицин, биотредин, семакс, холитилин, церетон); б) полипептиды и органические композиты (кортексин, церебролизин, церебрамин, тенотен).

2.Собственно ноотропные препараты, оказывающих специфическое позитивное влияние на высшие интегративные функции мозга. Они обладают способностью снижать неврологический дефицит и улучшать

кортико-субкортикальные связи, повышают устойчивость мозга к различным повреждающим факторам (в т. ч. к гипоксии), способны улучшать мнестические/когнитивные функции. Обычно назначают производные ГАМК (пантогам, фенибут); рацетамы (пирацетам) – с осторожностью из-за риска перевозбуждения.

3.Нейропротекторы с «вторичным» ноотропным действием, обусловленным улучшением мозгового кровотока и микроциркуляции, антиагрегатным и антигипоксическим действием, особенно эффективными при последствиях гипоксии, ишемии, интоксикации и ч/м травмах. Корректоры нарушений мозгового кровообращения (кавинтон, циннаризин, билобил) возвращают обменные процессы к нормальному уровню.

4.Витамины и витаминоподобные средства: витамины группы В, магне В6, L-карнитин, идебенон и др.

В случае выявления у детей раннего возраста более специфических синдромальных или нозологически очерченных психических расстройств оправдано назначение других групп психотропных препаратов.

При выявлении очерченных депрессивных состояний используют антидепрессанты. При этом на первом этапе лечения предпочтение следует отдавать веществам растительного происхождения – персен, новопассит, деприм, негрустин. И лишь при неэффективности фитотерапии можно переходить к собственно антидепрессантам (мелипрамин, амитриптилин).

Тот же принцип (от более мягкого к более «жесткому») используется при терапии диагностированных психотических расстройств. У детей раннего возраста проявлениями психоза обычно являются комплекс аутистических/аутистикоподобных феноменов психотической глубины, сверхценная манипулятивная/игровая деятельность, стойкие или приступообразные страхи с нарушением контактов, кататонические/кататоноподобные нарушения моторики и речи. Для седации и купирования возбуждения на первом этапе используют фитопрепараты и нейропротекторы с седативным действием (персен, новопассит, фенибут, глицин, тенотен) и лишь при их неэффективности – собственно нейролептики; при этом предпочтение отдается также вначале «мягким» малым нейролептикам (тералиджен, эглонил); лишь при их неэффективности, тяжести и стойкости психотических проявлений возможно назначение левомепромазина, галоперидола или рисперидона. Во всех случаях для детей раннего возраста предпочтительно назначение препаратов в жидкой форме (капли), что позволяет медленно и аккуратно наращивать дозировки (титрование дозы), снижает риск побочных явлений.

Особое место в терапии психических расстройств раннего возраста принадлежит карбамазепину, эффективному в отношении функциональных дизритмий, депрессий, дисфорий, психопатоподобных нарушений и пароксизмальных расстройств.

В целом следует отметить, что фармакотерапия раннего возраста остается мало разработанной областью практической психиатрии. В дальнейшем изучении и клинической апробации нуждаются как сами используемые препараты, так и их дозировки, возможность комбинирования, тактика интервенции и т. д.

**К.С. Гранатов, Е.В. Филиппова**

## ДОВЕРИЕ К ЛЮДЯМ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**МГППУ (Москва).**

Глобальные социокультурные и экономические изменения, происходящие в нашем обществе, выдвигают проблему доверия в круг наиболее актуальных. Не вызывает сомнения, что доверие является непременным условием успешного межличностного и межгруппового взаимодействия, однако до сих пор нет единого мнения о том, является ли доверие состоянием, установкой, отношением, чувством, личностным и групповым свойством или компетенцией субъекта [1][3]. В то же время большинство исследователей сходится на том, что важным условием доверия является возможность выносить суждения о целях и мотивах объекта доверия и предсказывать, исходя из этого, его поведение и действия [2]. Эта способность связана с такими характеристиками, как социальный интеллект и социальная компетентность. Под термином социальный интеллект подразумевают способность индивида взаимодействовать с окружающими, понимать других людей, прогнозировать их поведение, умение адекватно оценивать ситуацию, вырабатывать верную стратегию. Иногда понятие социальный интеллект используется как синоним социальной компетентности, что, по нашему мнению, не совсем верно, поскольку социальный интеллект является средством познания социальной действительности, в то время как социальная компетентность – продуктом этого познания. Отталкиваясь от определения В.Н. Куницыной [2], мы рассматриваем социальную компетентность как систему социальных умений и навыков взаимодействия, сценариев поведения в типичных социальных ситуациях, позволяющих быстро адаптироваться, принимать решения, учитывая сложившиеся обстоятельства. По сути, социальная компетентность – это практическая реализация социального интеллекта, актуализированный социальный интеллект. Необходимо отметить, что высокий социальный интеллект не гарантирует социальную компетентность, хотя является необходимым ее условием.

Мы предположили, что существует связь между уровнем доверия к людям и социальной компетентностью. На проверку этого предположения и была нацелена настоящая работа. В исследовании приняли участие 123 человека, учащиеся 10-х классов средней общеобразовательной школы г. Москвы. Возраст испытуемых 15-17лет (65 юношей и 58 девушек). Для определения уровней доверия и социаль-

ной компетентности в исследовании были использованы: шкала межличностного доверия (Дж. Роттер); методика оценки доверия/недоверия личности другим людям (А.Б. Купрейченко); методика измерения коммуникативной и социальной компетентности КОСКОМ (В.Н. Куницына); тест социального интеллекта (Дж. Гилфорда); процедура социометрии и аутосоциометрии (Дж. Морено), шкала ситуативного доверия незнакомому человеку (авторская методика). Дополнительно был применен опросник для измерения уровня эмпатии (М. Дэвис);

В определении уровня социальной компетентности мы ориентировались на показатели социометрического и аутосоциометрического тестов. Именно подтвержденное на практике умение конструктивно взаимодействовать с окружающими, в том числе предугадывать выбор других людей, является важным показателем социальной компетентности. В качестве количественного показателя социальной компетентности была взята сумма выборов, полученных субъектом и угаданных им. Обработка данных проводилась с помощью статистического пакета SPSS Statistics 22, критерия значимых различий Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Процедура обработки осуществлялась следующим образом. Испытуемые были поделены на группы в зависимости от уровня доверия (высокий, низкий и средний) и в зависимости от уровня социальной компетентности (высокая и низкая социальная компетентность). Затем проводилось сравнение групп с разным уровнем доверия по показателям социальной компетентности, также изучалась связь между уровнями доверия и социальной компетентностью.

Результаты исследования показали, что существуют значимые различия в показателях социальной компетентности между группами подростков с различными уровнями доверия. Уровень социальной компетентности в группе с умеренным доверием оказался выше, чем в группах с высоким или низким доверием, из чего можно заключить, что умеренный уровень доверия оптимален для социальной адаптации.

На основе шкалы ситуативного доверия было выявлено, что существуют разные основания для принятия решения о доверии/недоверии незнакомому человеку: интуитивная оценка; анализ и прогноз; эмоциональная оценка; установки и убеждения. Между группами подростков, использующими разные способы принятия решения о доверии/недоверии незнакомому человеку, были выявлены значимые различия в уровне социальной компетентности. Уровень социальной компетентности оказался выше в группе, опирающейся на анализ и прогноз ситуации, чем в других группах.

Анализ факторов, влияющих на доверие (методика Купрейченко) показал, что для подростков с низкой социальной компетентностью важным фактором доверия является привлекательность объекта доверия, тогда как при высокой социальной компетентности решающими становятся наличие общих интересов, схожее мировосприятие, надежность и глубина знаний о человеке.

Дополнительно проведенное сравнение групп с разным уровнем доверия по показателям децентрации и эмпатии показало, что эмпатия и децентрация в группе подростков со средним уровнем доверия выше, чем в группе с высоким доверием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин Е.П. Психология доверия. - СПб., 2013.
2. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. - СПб., Питер, 2001.
3. Купрейченко А.Б. Психология доверия и недоверия. - М., 2008.

**И.В. Гранкина, О.Е. Крахмалева, О.М. Барышева, Т.И. Иванова**

## ОПЫТ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА БАЗЕ СУЩЕСТВУЮЩЕГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА

**БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова», ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» (Омск).**

Организация специализированной психиатрической помощи детскому населению является актуальной задачей, в силу высокой социальной значимости психических и поведенческих расстройств детского возраста. Анализ зарубежного опыта реабилитации детей с психическими расстройствами показал, что наиболее эффективным являются программы, реализуемые при активном участии не только психиатров, психотерапевтов, но и родителей детей, педагогов, психологов, социальных работников комплексно и последовательно. В сочетании ресурсов как стационарного психиатрического звена, так и возможностей внебольничной помощи, с использование психофармакотерапии, психотерапии, психологической и социальной поддержки. Базируясь на этих принципах, на территории Омской области, создано несколько программ реабилитации детей с психическими расстройствами, реализуемых на базе детско-подросткового комплекса Омской клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова.

Основываясь на возможностях существующих структурных подразделений, были созданы программы индивидуальных маршрутов детей, нуждающихся в специализированной помощи. Оценивалась степень тяжести клинических проявлений, особенностей социального и культурного окружения ребенка, а также реабилитационного потенциала. Оценка вышеуказанных составляющих проводилась при первичном обращении к участковому психиатру, который и определял индивидуальный маршрут ребенка, реализуемый программами реабилитации.

Для детей с легкими либо умеренно выраженными проявлениями психического расстройства про-

грамма реализовалась посредством амбулаторной психиатрической помощи. Участковым психиатром возможно назначение психофармакологических средств при необходимости, однако больший акцент отводился психотерапевтической помощи и социопсихологическому сопровождению ребенка и его семьи.

Детям с умеренными и выраженными психическими нарушениями программа реализовывалась средствами внебольничной помощи на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков. Включала госпитализацию в указанное отделение, назначение активной психофармакологической коррекции, ежедневные посещения психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника в течение первых двух недель госпитализации с постепенным переносом акцента с психофармакологического лечения в сторону медико-психологической коррекции нарушенным форм поведения. Детям с выраженными психическими расстройства назначалось стационарное лечение для уточнения спектра психического расстройства и активной фармакологической помощи. Сроки госпитализации ребенка зависели от результативности проводимой терапии - в среднем от одного до двух месяцев. При госпитализации помощь осуществлялась полипрофессиональной бригадой в составе психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, деффектологов, логопедов, педагогов и социальных работников. Особенностью организации помощи являлось взаимодействие и преемственность всех существующих программ в зависимости от состояния ребенка.

Проведенное исследование созданной программы реабилитации детей с психическим расстройствами и симптомами нарушенного поведения доказало ее эффективность.

**В.В. Грачев**

## АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ И ДИНАМИКИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО (Москва).**

В последнее десятилетие феномен перфекционизма стал предметом активных исследований как в зарубежной, так и в отечественной клинической психологии и психиатрии. Перфекционизм первоначально и преимущественно рассматривался как особенность, присущая больным с депрессиями и тревожными расстройствами, а позднее — как характерная черта больных нервной анорексией (НА). Несмотря на общепринятость такой точки зрения, исследований, подтверждающих ее на репрезентативном материале, недостаточно. Распространенность, выраженность и особенности перфекционизма у больных НА, особенно подросткового возраста, остаются недостаточно изученными. Перфекционизм достаточно редко оказывается в центре внимания исследований, посвященных расстройствам пищевого поведения (РПП).

**Целью** настоящей работы явилась оценка выраженности перфекционизма у больных НА подросткового возраста и анализ его взаимосвязей как с клиническими проявлениями собственно РПП, так и с коморбидной симптоматикой.

Исследование включало 65 девушек в возрасте от 13,0 до 17,5 лет (средний возраст составил 15,6±1,4 года), страдающих НА (у 11, 17%, рестриктивная форма, у 54, 83%, форма НА с перееданием-очищением), полностью отвечавших критериям рубрики F50,0 МКБ-10. Все больные находились в активном периоде заболевания. Исключались больные с расстройствами шизофренического спектра и эндокринной патологией.

Анализ перфекционизма проводился с использованием русскоязычного варианта Многомерной шкалы перфекционизма (MPS) [Грачева И.И., 2006], адекватность применения которой у больных подросткового возраста указывается ее авторами. У 14 (22%) больных тест MPS проводился неоднократно, на различных этапах заболевания.

Для оценки тяжести НА использовались шкала-опросник «тест отношения к еде» (EAT-26), являющаяся одним из наиболее используемых во всем мире инструментов изучения РПП, и значения индекса массы тела (ИМТ). Тяжесть коморбидной депрессии, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств определялась с помощью шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги и тревожности Спилберга-Ханина и детской шкалы Йеля-Брауна соответственно.

Контрольная группа включала 30 больных с депрессивными состояниями, тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами, не сопровождающимися коморбидными РПП.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat [Гайдышев И.П., 2012].

Исследование показало, что значения уровня перфекционизма большинства (54 - 83%) больных находились в пределах средних значений по этой методике, варьируя от 160 до 204 баллов (средний показатель 169,7±39,4 балла). Высокий перфекционизм (значения, превышающие 204 балла) был выявлен в 11 (17%) случаях. Значимых корреляций возраста больных и показателей перфекционизма получено не было (коэффициент Пирсона r=0,040; p=0,809) . Уровень перфекционизма не зависел от формы НА.

Уровень перфекционизма больных НА значимо не отличался от показателей контрольной группы (критерий Стьюдента, p=0,466). Анализ корреляций показателей выраженности перфекционизма и тяжести НА, оценивавшейся с использованием шкалы-опросника EDA-26, показал отсутствие значимых

взаимосвязей (коэффициент Пирсона r=0,161; p=0,120).

Учитывая отмечающуюся многими авторами связь когнитивного стиля больных НА и нутриционных нарушений, была исследована взаимосвязь ИМТ и выраженности перфекционизма, однако значимых корреляций этих показателей выявлено не было.

В то же время выраженность обсессивно-компульсивной симптоматики (показатели теста Йеля-Брауна) и выраженность тревожности (шкала Спилберга-Ханина) статистически значимо положительно коррелировали с выраженностью перфекционизма (коэффициент Пирсона r=0,284, p=0,030 и r=0,275, p=0,011 соответственно). Положительные корреляции показателей тяжести депрессии (шкала Бека) и уровня перфекционизма хотя не были статистически значимыми, прослеживались на уровне тенденции.

Интересный результат дал анализ перфекционизма в динамике: наиболее низкие показатели теста MPS были выявлены в активном периоде НА, при улучшении состояния показатели повышались (вне зависимости от их числовых значений).

Результаты исследования показали, что у больных подросткового возраста связь перфекционизма и НА не является столь однозначной, как это принято считать. Выраженность перфекционизма у части больных НА, по-видимому, определяется не столько собственно РПП или отражает личностную предрасположенность к этой форме психической патологии, сколько выраженностью коморбидных расстройств. Можно предполагать, что особенно в подростковом возрасте имеются различные факторы развития и предрасположенности к НА, в том числе и характерологические. Последнее подтверждается и данными других групп исследователей, изучавших личностные особенности больных НА, среди которых был выделен достаточно распространенный подтип с низким контролем и регуляцией.

Выявленная закономерность динамики показателей перфекционизма требует дальнейших исследований. Однако, по-видимому, указывает на значительные нейрокогнитивные нарушения в активном периоде заболевания и определенное структурирование когнитивных процессов по мере формирования ремиссии. Нарастающие ригидность и перфекционизм рассматриваются рядом авторов как последствия нейрокогнитивных нарушений или как компенсаторные механизмы.

**Е.Н. Грекова**

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ГОБУЗ МО ПНД (Мурманск).

Заболевания психосоматического и невротического уровней в настоящее время довольно распространены среди разных категорий населения. Для психосоматических расстройств часто встречающимся видом патологии являются нарушения и заболевания желудочно-кишечного тракта. Особый интерес среди невротических расстройств представляют «Расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения», часто диагностируемые в подростковом возрасте.

В то же время регионы Крайнего Севера отличаются неблагоприятными условиями для проживания, в первую очередь, из-за климатогеографических особенностей: холод, частые колебания атмосферного давления, отсутствие нормальной смены дня и ночи (полярный день и полярная ночь), воздействие факторов электромагнитной природы. Все это не может не влиять на здоровье населения. К примеру, известно, что показатели заболеваемости детей северных регионов значительно выше средних по стране (Ревич Б.А., Малеева В.В., 2011). В связи с этим остро встает вопрос адаптации к суровым условиям северных широт. Многие исследователи (Хаснулин В.И., Хаснулина А.В., 2011; Леутин В.П., Николаева Е.И., 2008) отмечали накопление левых и симметричных признаков в сенсорной и моторной сфере коренными народами Севера. Было доказано, что эти изменения носят адаптивный характер и являются следствием различного реагирования на стресс людей с разным типом латерализации сенсорных и моторных функций.

Учитывая чувствительность подросткового возраста к любым негативным проявлениям вследствие влияния начинающихся гормональных перестроек и личностных изменений, было решено изучить латеральные предпочтения в сенсорной и моторной сфере младших подростков и выявить взаимосвязи латерального профиля с различными психологическими параметрами (темперамент, характерологические особенности) при психосоматических и невротических расстройствах и без данных нарушений.

В исследовании принимали участие три группы школьников 11-13 лет. К первой группе «норма» относятся учащиеся гимназии: 51 испытуемый. Ко второй группе «нарушения и заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)» – пациенты Мурманской детской городской больницы; всего 53 испытуемых. В третью группу «расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения» вошли пациенты Центра психотерапевтической помощи детям и подросткам; всего 50 испытуемых.

Оценка типа профиля функциональной сенсомоторной асимметрии (ФСМА), включающая пробы на выявление ведущих показателей руки, ноги, глаза и уха, проводилась с помощью наиболее стабильных и часто встречающихся в литературе проб (Леутин В.П., Николаева Е.И., 1988; Николаева Е.И., 2005). Также были использованы опросник «Темперамент – формальные характеристики поведения»

(российская версия), позволяющий измерить шесть базисных черт темперамента (Стреляу Я. и др., 2009), и «Индивидуально-типологический опросник» (детский вариант), выявляющий основные преобладающие тенденции характера (Собчик Л.Н., 2003).

Наиболее высокий показатель левого и симметричного профиля ФСМА отмечается в группе «норма» (13,7%), при этом данный показатель в два раза выше, чем в группе «расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения» (6,0%). Число детей с левым и симметричным показателем ведущей руки среди подростков-северян существенно выше, чем в европейской популяции, а в группе подростков с «нарушения и заболевания ЖКТ» таких детей около половины. Не правое ведущее ухо среди младших подростков в группе «норма» встречается в 80% случаев и существенно выше по сравнению с показателями детей, проживающих в более комфортных условиях среды. В целом реже всего левые и симметричные признаки свойственны подросткам третьей группы «расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения».

Эти данные, полученные для детей в Заполярье, демонстрирует повышенное число левых и симметричных признаков в профиле в норме и крайне высокий процент левого и симметричного показателя ведущей руки во всех группах, что, возможно, отражает тенденцию большей адаптивности людей с левыми латеральными признаками в данных климатических условиях (Nilkolaeva E.I., Leutin V.P., 2011).

Регрессионный анализ данных показал следующее. При исследовании связи латерального профиля с психологическими параметрами в первой группе («норма») было обнаружено, что независимая переменная «профиль ФСМА» значимо влияет на зависимую переменную «спонтанность», «эмоциональная реактивность» и «настойчивость». Независимая переменная «ведущая рука» оказывает значимое влияние на зависимые переменные «настойчивость», «эмоциональная реактивность», «выносливость».

При исследовании связи латерального профиля с психологическими параметрами во второй группе («нарушения и заболевания ЖКТ»), было выявлено, что независимая переменная «профиль ФСМА» значимо влияет только на зависимую переменную «тревожность». Независимая переменная «ведущая рука» значимо влияет только на зависимую переменную «активность». Интересно, что связей этих показателей с психологическими в данной группе крайне мало.

В группе три («расстройства адаптации») не было значимого влияния независимых переменных «ведущая рука» и «профиль ФСМА» на другие изучаемые переменные.

Можно предположить, что распад системы, состоящей из взаимодействия параметров латерального предпочтения и психологических параметров, и явился причиной заболевания подростков на Севере.

**С.В. Гречаный**

## ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСТВА

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

В психиатрической литературе большое место традиционно отводится описанию психических расстройств, дебют которых чаще всего приходится на ранний детский возраст. Также описаны заболевания, специфичные именно для этого возрастного периода. Однако особенностям психопатологического обследования в раннем возрасте отводится незначительное место. Между тем, проблема эта, принимая во внимание уникальность периода раннего детства и складывающихся отношений ребенка с окружающим миром, является ключевой, имеющей отношение к достоверности получаемых данных.

Вопрос о том, что и каким образом выявлять в ходе клинической психиатрической беседы, вполне очевиден применительно к взрослым и подросткам. Однако уже в дошкольном возрасте, а зачастую и у школьников, традиционное психопатологическое обследование натыкается на ряд объективных проблем, затрудняющих диагностический процесс и делающих клиническую беседу не в полной мере информативной. Что касается раннего возраста, то он долгое время вообще считался выходящим за пределы «досягаемости» психиатра.

Традиционное психиатрическое обследование (беседа и наблюдение) в раннем детском возрасте имеет свою специфику. Объективные трудности диагностики детей раннего возраста связаны, как правило, с возрастными особенностями общения детей и реакцией на незнакомых лиц. Ограниченным является и клинико-анамнестический метод. В зависимости от целей и мотивов обращения к психиатру могут иметь место искажающие установки родителей в отношении как гипердиагностики, так и гиподиагностики симптомов психических расстройств. В этих условиях основной акцент делается на ситуационное клиническое наблюдение за ребенком, дополненное контекстуальным анализом. Он представляет собой обсуждение с родителями характера и причин детского поведения (Что и как он делает в настоящее время? Почему? и др.). Одновременно решаются психообразовательные задачи (В чем смысл его поступков? Для чего они нужны? Какое они имеют значение для развития? Чего хочет добиться ребенок? В чем нуждается ребенок в данном возрасте и Ваш в частности? и др.). Реализуются цели поведенческой психотерапии (Как относиться к поступкам ребенка? Как добиться эффективного воздействия на

него? Какие меры допустимы по отношению к малышу? Что Вы делаете не так в общении с Вашим малышом? Какие меры будут действенны в отношении Вашего сына/дочери? и др.). Контекстуальный анализ особенно необходим в случае, когда имеет место задержка/отставание в развитии и отдельные поступки и действия ребенка, как и поведение в целом, остаются для родителей мало объяснимыми. Потребность в контекстуальном анализе тем выше, чем младше возраст пациента.

В ходе ситуационного клинического наблюдения оцениваются и обсуждаются как отдельные психические функции, такие как восприятие, мышление, произвольная деятельность, эмоциональные реакции, внимание, память, так и интегративные функции – речь (активная и пассивная), общение, игровая деятельность. Тот факт, что клиническое наблюдение включает в себя оценку сложных форм поведения, методически сближает психопатологическое обследование ребенка раннего возраста с экспериментально-патопсихологическим подходом. Общее здесь то, что широко используется стимульный материал (игрушки, пирамидки, пазлы и др. диагностические пособия). Но результаты интерпретируются качественно.

Важным методическим приемом является предоставление самостоятельности ребенку в ходе психиатрического приема, временное «освобождение» его от зрительного и территориального контроля со стороны взрослых. Таким образом оказывается возможным наблюдение за спонтанной активностью пациента. Данный прием, отработанный в ходе многолетней практики клинического психиатрического осмотра, в дальнейшем может иметь и большое психотерапевтическое значение. Мать учится отказываться от перманентного контроля за ребенком, формирует у него зачатки чувства самостоятельности и личной ответственности, проводит «смысловую» границу между собой и ребенком. Эти же приемы лежат в основе навыков поведенческого управления (parent management training) и терапии детско-родительского взаимодействия (parent-child interaction therapy) в случае как нормативного, так и аномального психического развития.

Анализ и интерпретация психических функций, выявление симптомов психических расстройств традиционно строятся на описании психического статуса. В психическом статусе ребенка раннего детства в принципе описываются все те психические функции, что и в любом другом возрасте. Это – восприятие, мышление, эмоции, произвольная и инстинктивная деятельность, внимание, память, интеллект, сознание. Но для этого необходимо знать, что непосредственно подлежит описанию и клинической интерпретации у ребенка раннего возраста.

Опыт практической работы показывает, что психический статус ребенка первых 3-4 лет жизни наиболее целесообразно оценивать на основании таких форм поведения, как игра, общение, речь и двигательная активность. Например, игра (игровая деятельность) наиболее достоверно отражает уровень развития логических операций (мышления) и учитывается при оценке сформированных на момент осмотра интеллектуальных достижений. В общении отражаются как характеристики когнитивного развития (мышление, речь), так и состояние аттентивных функций, произвольный психический контроль, уровень эмоционального развития.

К важным сведениям, которые подлежат обязательному выявлению в ходе клинико-анамнестической беседы, относится уровень развития самостоятельности ребенка, проявляющийся, ко всему прочему, развитостью бытовых и культурно-гигиенических навыков (опрятность, самообслуживание и др.). Они наряду с игровой деятельностью отражают факт успешного прохождения ребенком начальных этапов когнитивного и личностного созревания.

Для формулировки клинического диагноза необходимо дать качественную оценку состояния вышеописанных функций, опираясь на нормативные этапы развития психики ребенка, представления о ретардированных и регрессивных психических явлениях.

**С.В. Гречаный**

## ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И АУТИЗМ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

Описание и анализ двигательной активности ребенка и ее нарушений относятся к наиболее сложному разделу психиатрического обследования в раннем возрасте. Оценка именно двигательной активности подвержена наибольшему искажению со стороны родителей и определяется либо гипер-, либо гипонозогнозической установкой в отношении симптомов психических расстройств у ребенка.

**Целью** исследования было выявление нозологических особенностей гиперкинетических проявлений при аутистическом синдроме. **Задачами** исследования стали: 1) разработка методических подходов к оценке гиперкинетических симптомов у детей раннего возраста; 2) выявление дифференциально-диагностических критериев гиперкинетических проявлений у детей раннего возраста при разных психических расстройствах; 3) психометрическая оценка поведенческих (гиперкинетических) расстройств при детском аутизме и аутистическом синдроме (синдроме недоразвития общения) при темповой задержке психического развития.

Осмотрено 1309 детей среднего возраста 3,26±0,109 лет. Гиперкинетические проявления (919 чел.,

70,2%) были ведущими жалобами в раннем детском возрасте вне зависимости от этиологии и нозологии психических расстройств. В соответствии с задачами исследования были сформулированы методические подходы к клинической оценке гиперкинетических проявлений в раннем возрасте. Показано, что в ходе непосредственного наблюдения и анамнестического расспроса необходимо оценивать такие параметры двигательной активности, как: 1) ее количественная характеристика: сколько и как часто ребенок находится в двигательном возбуждении; 2) причины ее возникновения; 3) условия усиления или ослабления двигательной активности ребенка (например, роль окружающих условий, знакомой и незнакомой ситуации в ее провокации); 4) связь двигательной активности с познавательной, игровой деятельностью, уровнем интеллектуального развития; 5) связь двигательной активности с ритуальным поведением; 6) стереотипность двигательной активности; 7) зависимость двигательной активности от времени суток, физиологического состояния психики ребенка (усталость, утомление, нагрузки и др.); 8) связь двигательной активности с поведением взрослых, например, успокаивается или растормаживается ребенок в ответ на запреты, замечания, наказания; 9) способы предотвращения чрезмерного двигательного возбуждения у ребенка - какие меры являются действенными и недейственными, зависит ли вообще двигательная активность ребенка от влияния взрослых; 10) сигнальное значение двигательной активности, ее связь с потребностью ребенка (что он в этот момент хочет? что он при этом хочет «сообщить» взрослому?).

Показано, что гиперкинетический синдром имеет свою специфику в зависимости от нозологии, в рамках которой он описывается. Так, при ранних проявлениях СДВГ (F90.0) преобладают импульсивность и сопутствующая моторная неловкость. Гиперактивность скорее носит характер повышенной подвижности (гипердинамичность), но всегда является источник семейного дискомфорта, усиливается под влиянием неправильной родительской тактики. Механизм гиперкинетического синдрома при ЗПР (F83) – это недостаточность тормозящего контроля мозговых структур вследствие их незрелости, «неполного» развития. Несовершенство моторного развития является одним из компонентов темпового отставания речевой и аттентивной функций, вегетативной регуляции, аффективного контроля и др. на фоне общей незрелости (психический инфантилизм). Гиперактивность при внешней «хаотичности» может носить и познавательный характер (например, достает из шкафа посуду, раскладывает, изучает ее). Гиперкинетический синдром при умственной отсталости понимается как компенсаторная реакция в условиях непонимания целей общения и обращенной речи (просьбы «покажи это…»), смысла требований взрослых, недоразвития представлений о допустимом поведении (что можно, а что нельзя делать). Отсюда вытекают грубость, брутальность двигательных проявлений, которые проявляются в рамках полевого поведения (хватаю первое попавшееся, что находится перед мной) или стереотипий (успокоение от повторяющихся движений). При аутистическом расстройстве гиперактивность также не является самостоятельным синдромом, а скорее выступает как компенсаторная реакция при неофобии (неприятие новой ситуации), является компонентом ритуального поведения, стереотипий, протестной реакции на взрослых.

Для психометрического исследования поведенческих (гиперкинетических) расстройств сравнивалась группа пациентов с детским аутизмом (83 чел., средний возраст 3,41±0,090 лет) и аутистическим синдромом при темповой задержке психического развития (107 чел., средний возраст – 3,12±0,155 лет, p=0,044). Использовалась методика «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» [Aman, M. G., Tasse M. J., Rojahn J., Hammer D., 1993].

Результаты исследования выявили качественные различия структуры поведенческих (гиперкинетических) расстройств у детей двух изучаемых групп. У пациентов с детским аутизмом наблюдались достоверно меньшие средние баллы шкал «Гиперактивность» (p=0,011 по критерию U Манна-Уитни) и «Проблемное поведение» (p=0,040) и более высокие средние баллы по шкалам «Тревожность» (p=0,024), «Самоповреждения/стереотипии» (p=0,009), «Изоляция/ ритуалы» (p=0,001), «Повышенная чувствительность» (p=0,002).

Полученные данные подтверждают эмпирическое предположение о синдромальной и патогенетической несамостоятельности гиперкинетических расстройств при детском аутизме, что позволяет сделать некоторые практические выводы для курации пациентов. В частности, рекомендуется перенести акцент с применения седативных препаратов у детей на психообразовательную работу с родителями, использование приемов когнитивно-поведенческой психотерапии и других немедикаментозных средств.

**С.В. Гречаный**

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

Расстройства поведения (РП) у детей и подростков относятся к наиболее часто диагностируемым психическим расстройствам. Их распространенность колеблется в пределах 5,5%-9,6% всего детского населения с преобладанием среди представителей мужского пола (12,0%).

Лечение РП традиционно признавалось сложной задачей из-за необходимости устранения множества

факторов, лежащих в основе конкретной поведенческой девиации. К принципам терапии РП приносятся: 1) предпочтение поведенческих и когнитивно-поведенческих методик (наиболее эффективные из них сосредоточены на улучшении социальной компетентности и развитии просоциального поведения; 2) использование внебольничного режима работы (стационарные виды помощи малоэффективны в связи с тем, что после прохождения лечения пациенты возвращаются в прежние микро- и макросоциальные условия); 3) участие в психотерапевтическом процессе родителей (выработка родительских навыков и конструктивных способам взаимодействия с детьми); 4) раннее начало лечения РП (лечение поведенческих нарушений наиболее эффективно в случае, если ребенку меньше 8 лет и проблемы в поведении возникли недавно). Объем и интенсивность лечения определяется тяжестью РП. Субклинические симптомы требуют, как правило, консультативной помощи родителям. При выраженных и длительных поведенческих девиациях, сопровождающихся агрессией, незаконными действиями, злоупотреблением психоактивными веществами и др., необходимо участие врача-психиатра и медикаментозная терапия.

К числу доказательно эффективных методик лечения РП относят тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков, тренинг родительского руководства, функциональную семейную терапию и мультисистемную терапию. Тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков (Cognitive problem-solving skills training – CPST) преследует цель снизить проявления отклоняющегося поведения путем обучения ребенка новым навыкам в ситуациях, которые ранее вызывали негативное поведение. В рамках методики CPST пациентов учат шаг за шагом решать межличностные проблемы, в том числе: 1) признание ситуации проблемной; 2) использование методики самоконтроля над собственным импульсивным поведением; 3) признание возможности решения проблемы несколькими способами; 4) оценку последствий своего поведения; 5) принятие точки зрения других. Сообщается о хороших результатах применения CPST при легких РП и об улучшении этих результатов при одновременном использовании тренинга родительского руководства.

Тренинг родительского руководства (Parent Management Training – PMT) включает в себя работу терапевта с родителями с целью выработки у них более эффективных способов взаимодействия с детьми, умение формировать у детей навыки просоциального поведения. Использование PMT особенно актуально в семьях, в которых родители не умеют применять дисциплинарные меры. Методика PMT в 2/3 случаях приводит к клинически значимым и устойчивым поведенческим изменения.

Функциональная семейная терапия (Functional Family Therapy – FFT) применяется при множестве поведенческих проблем у подростков 11-18 лет из семей с разным социокультурным уровнем и находящихся в различных лечебных условиях (стационарных, школьных, домашних). FFT направлена как на лечение тяжелых РП, таких как агрессивные, противоправные действия, употребление ПАВ и др., так и на профилактику поведенческих проблем у подростков из группы риска. FFT фокусируется на изменении шаблонов поведения и достижении более адаптивного функционирования семьи.

Мультисистемная терапия (Multisystemic therapy - MST) применяется преимущественно в подростковом возрасте, когда система семейных отношений дополняется системой отношений со сверстниками и др. MCT имеет целью решение широкого круга поведенческих проблем подростков, возникающих в разных сферах жизни. Показанием для ее применения являются различные по тяжести РП в возрасте старше 12 лет, включая антисоциальность, делинквентность, употребление ПАВ, сексуальные поведенческие отклонения, жестокое обращение, безнадзорность, психические расстройства, сопровождающиеся поведенческими проявлениями и др. MCT базируется на теория экологических систем U. Bronfenbrenner, рассматривающей антисоциальное поведение как результат взаимодействия «внутренних» и средовых факторов – личностных, семейных, школьных, социальных, культурных и фактора близкого окружения и др. Терапия и профилактика поведенческих нарушений ставит своей целью воздействие на эти факторы.

**И.В. Гритченко, Ю.С. Шевченко**

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ. КТО ЗАБОТИТСЯ, КТО ОТВЕЧАЕТ?

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАНПО (Москва).**

Традиционно сложилось, что, говоря о службе психического здоровья детей и подростков, ее задачах, эффективности и перспективах, мы не подразделяем проблему на «городскую» и «сельскую». Так, в материалах Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах», прошедшей в Москве в октябре 2009 г. в разделе, посвященном подрастающему поколению, из 55 публикаций нет ни одной, специально посвященной психиатрической, психологической, коррекционно-педагогической или социально-реабилитационной помощи детям и подросткам, проживающим в сельской местности. Создается иллюзия, что рассматриваемые специалистами вопросы защиты, сохранения и укрепления психического здоровья «будущего страны» автоматически распространяются и на все сельское население. Но это далеко не так. В то же время как физическое, так и психическое здоровье сельских детей изначально, как минимум, не лучше, чем городских, а подверженность агрессивным психосоциальным воздействиям (суицидопровоцирующие сайты, компьютерные игры, алкогольные традиции старших и т. п.) благодаря наличию интернета и отсутствию здоровьесберегающих (культурных, спортивных и прочих) альтернатив, пожалуй, даже выше. И это при том, что

зачастую на все село единственный представитель Службы здоровья (и физического, и психического, и взрослого, и детского) – это фельдшер, а школьные психологи сокращены в связи с введением в сельские школы «подушевого финансирования». Кстати, теперь на их место предлагается ввести должности «комиссаров» по политическому просвещению (?!). И это несмотря на то, что большинство детей сельской местности начинает обучение в массовой школе в возрасте 6,5–7 лет, не пройдя предварительной психологической диагностики на предмет готовности к школьному обучению в связи с кадровой неукомплектованностью детских образовательных учреждений соответствующими специалистами.

Помимо общих макроэкономических факторов, влияющих на нервно-психическое здоровье подрастающего поколения и его социально-психологическое развитие, существуют специфические особенности, характерные для большинства сельских населенных пунктов. В частности, упадок традиционных сельскохозяйственных промыслов, не компенсированный возможностями городских условий жизни, затрудняет начальное прохождение нормальной социализации дошкольника, а затем и школьника. Увеличение количества безработных, проблемы с устройством на работу по специальности помимо материальных трудностей влияют на снижение общего культурного уровня, ухудшают психологический климат в семье, а также способствуют распаду семей, дефициту общения детей и родителей, создают условия для гипоопеки и безнадзорности (Шевченко Ю.С., Гритченко И.В., 2009).

В то время как взрослый житель села в случае физического и/или психического неблагополучия может самостоятельно обратиться за помощью в ближайший районный центр или город, где есть соответствующие специалисты, здоровье ребенка полностью зависит от инициативы родителей. Последняя же характеризуется определенными особенностями, которые мало способствуют своевременной диагностике и оказанию профессиональной помощи. Исследование, проведенное в Томской области (Дашнева Б.А., Тюлюпо С.В., Тюлюпо Т.А. (2016) показало, что 45,1% сельских школьников имеют нарушения психического функционирования и еще 18,3% имеют нарушения донозологического регистра. Пограничный спектр большинства выявленных нарушений определяет возможность существенного оздоровления данного контингенты при условии своевременного выявления нуждающихся и оказания им комплексной полипрофессиональной медико-психологической и социально-педагогической помощи. Однако активность родителей как пользователей медицинским сервисом (даже при наличие доступной инфраструктуры) отличается: суженным спектром жалоб; узким диапазоном ситуаций обращения к врачу; фрагментарностью поведения при проведении диагностических мероприятий; частичным выполнением врачебных рекомендаций; жестким следованием алгоритмам курации лишь при оформлении социальных льгот. Характерно, что даже в случае явной школьной дизадаптации, выявляемой педагогами и тяготящей родителей, последние, как правило, не обращаются за рекомендуемой психоневрологической помощью. Особенно это типично для родителей с невысоким образовательным уровнем и социальным статусом. Кроме того, нельзя исключить и общую с городскими родителями предубежденность в отношении психиатрии и специфическую для сельских семей территориально-временную и материальную проблематику, связанную с получением необходимой педиатрической, психиатрической, логопедической, дефектологической и психологической помощи, которая, как правило, не ограничивается единичной консультацией, а требует повторных встреч со специалистом. Мотивация соответствующих усилий со стороны родителей представляет отдельную задачу представителя «Службы охраны детского психического здоровья на селе», которая на сегодняшний день отсутствует, но которая должна создаваться несмотря на все трудности российской действительности.

Кто же может быть реальным представителем форпоста этой службы?

Наш опыт работы в Республике Карелия (Шевченко Ю.С.,Добридень В.П., Григорьева Г.Ф., 2003; Гритченко И.В., Шевченко Ю.С., 2006) показал, что оптимальный специалист, который мог бы выступить в качестве первичного звена комплексной диагностической, профилактической и лечебно-коррекционной помощи сельским детям – это школьный психолог, подготовленный из числа преподавателей той же школы и живущий в том же селе. Именно этот кандидат имеет субъективные и объективные преимущества по сравнению с остальными. Во-первых, приступив к работе в качестве психолога после получения второго образования, бывший учитель не отторгается своими коллегами как «инородное тело» (что нередко наблюдается по отношению к школьным психологам, пришедшим извне). Кроме того, у него больше шансов оказаться затребованным учительским коллективом в качестве консультанта не только по проблемам воспитанников, но и по проблемам самих учителей. Во-вторых, проживая не один год с односельчанами и зная практически каждого, школьный психолог полнее ориентируется во внутрисемейных вопросах подопечных и является «своим» для их родителей. Это облегчает контакт с ними и возможность более дифференцированно действовать в случае необходимости убедить их в необходимости обратиться за специализированной психиатрической, дефектологической, логопедической, социальной и прочей помощью. Кроме того, наблюдая детей в школе и часто встречаясь с ними вне ее, школьный психолог может своевременно заметить изменения в их поведении и при необходимости сообщить об этом узкому специалисту, либо направить родителей с ребенком на повторную консультацию. В тех случаях, когда в село приезжают мобильные бригады детской службы психического здоровья (как это организовано в Волгоградской области), именно школьный психолог способен рекомендовать для консультации нуждающихся детей, которых не выявляют ни родители, ни педагоги, ориентирующиеся, как правило, лишь на явные нарушения поведения и академическую неуспеваемость и не замечающие симптомов астении, дефицита внима-

ния без гиперактивности, психосоматических расстройств, депрессивных, шизотипических стигм и т. п.

Понятно, что функция представителя службы психического здоровья требует от сельских школьных психологов соответствующей подготовки в области психодиагностики, психопатологии, патопсихологии, начальных проявлений психических расстройств у детей и подростков, детской и семейной психотерапии, основ коррекционной педагогики и т. п. Она должна быть даже более основательной, чем у их городских коллег. Такая подготовка, в свое время была обеспечена Министерством образования РК, кафедрой практической психологии Карельского республиканского института повышения квалификации работников образования и кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАНПО (Москва). Показателем качества подготовки указанных специалистов явилось то, что за годы их работы улучшилась ситуация с детскими суицидами на селе и не было ни одной рекламации со стороны детских психиатров г. Петрозаводска по поводу направленных к ним детей. На сегодняшний же день в результате проводимой «оптимизации» в школах республики остался только 41% психологов и 51% социальных педагогов.Детям и родителям порой не с кем даже посоветоваться в критической ситуации.

Т.о. распространение деятельности службы психического здоровья на сельских детей предполагает возврат в сельские школы ставок школьных психологов. Оптимальным контингентом для их подготовки являются живущие на селе учителя местных школ. Программа второго профессионального образования (педагог-психолог) для этих специалистов должна включать расширенный и углубленный модуль детской психиатрии и психотерапии (с демонстрацией и совместным разбором детей с различной психической патологией). Преподавание последнего реально обеспечить силами соответствующих кафедр последипломного образования.

**В.И. Гузева, И.Д. Анненкова, О.В. Гузева, В.В. Гузева**

## ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ УЧЕБЫ

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).**

Анализ успеваемости 153 студентов выявил группы с хорошей (93 человека - 60,79%), удовлетворительной (54 - 35,29%) и неудовлетворительной успеваемостью (6 - 3,92%), в которых изучались данные материального положения студентов, их жилищных условий, качества питания, состояния здоровья, взаимоотношений с родственниками и коллегами. Хорошие результаты в учебе оценивались в три балла, удовлетворительные – в два и неудовлетворительные – в один балл. По трехбалльной шкале оценивались и все исследуемые факторы. В группах проведено статистическое исследование изменения числа студентов при различных показателях, определяющих качество жизни, с помощью точного метода Фишера. В качестве достоверного принималось, как обычно в исследованиях, связанных с медициной, различие с вероятностью $p \geq 0{,}9$ ($p_{тмф} \leq 0{,}1$).

Оказалось, что достоверно большее число студентов с хорошими результатами в учебе по сравнению с числом студентов с удовлетворительными результатами в учебе имеет хорошее материальное положение, хорошие жилищные условия, высокое качество питания, хорошее состояние здоровья, хорошие взаимоотношения с родственниками, хорошие взаимоотношения с коллегами; по сравнению с числом студентов с неудовлетворительными результатами в учебе - хорошие жилищные условия, высокое качество питания, хорошее состояние здоровья, хорошие взаимоотношения с родственниками, хорошие взаимоотношения с коллегами. В то же время достоверно большее число студентов с удовлетворительными результатами в учебе по сравнению с числом студентов с неудовлетворительными результатами в учебе имеет хорошие взаимоотношения с родственниками, хорошие взаимоотношения с коллегами.

Таким образом, среди студентов с хорошим материальным положением, хорошими жилищными условиями, высоким качеством питания, хорошим состоянием здоровья, хорошими взаимоотношениями с родственниками и коллегами достоверно больше студентов с хорошими результатами в учебе, чем с удовлетворительными результатами, а среди студентов с удовлетворительной оценкой этих факторов студентов с хорошими результатами в учебе достоверно меньше, чем с удовлетворительными результатами в учебе.

**В.И Гузева., Н.Е. Максимова, О.В. Гузева, В.В. Гузева**

## ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).**

**Введение.** Особенностью эпилепсии у детей является влияние эпилептических приступов и антиэпилептических препаратов (АЭП) на развитие структур центральной нервной системы и на формирование высших психических функций, обеспечивающих адаптацию организма ребенка к условиям внешней среды. Это отражается в более выраженных изменениях личностной сферы и функций, состав-

ляющих основу когнитивной деятельности. В свою очередь, пластичность психических процессов у детей обусловливает возможность компенсации нарушений при направленной коррекции. Кроме того, у детей встречаются особые состояния – ранние злокачественные эпилептические энцефалопатии и когнитивные дезинтеграции. В целом, у 30%-60% больных с эпилепсией наблюдаются нейропсихиатрические проблемы.

**Цель:** изучить и проанализировать особенности клинического течения, данных нейровизуализации, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и видео-ЭЭГ-мониторинга у детей с эпилептическими энцефалопатиями.

**Материалы и методы:** обследовано 12 детей (8 девочек - 67% и 4 мальчиков - 33%) с эпилептическими энцефалопатиями. Из них с синдромом Драве 2 пациента (17%), с синдромом Леннокса-Гасто – 7 детей (58%), с синдромом Веста- 3 (25%). Пациентам проведены неврологическое обследование, ЭЭГ и видео-ЭЭГ-мониторинг, МРТ головного мозга, генетическое обследование.

**Результаты:** при неврологическом обследовании у 12 детей (100%) выявлена задержка психоречевого и моторного развития. Из анамнестических данных известно, что возраст дебюта при синдроме Веста 3-8 месяцев, при синдроме Леннокса-Гасто – 1-7 лет, синдром Драве диагностирован в первый год жизни. При ЭЭГ-исследовании у 3 детей (25%) регистрируется гипсаритмия – синдром Веста, у 7 (58%) при синдроме Леннокса-Гасто доминируют генерализованные комплексы «пик-медленная волна» с частотой 2,5 Гц и у 2 пациентов (17%) отмечается мультифокальная активность - синдром Драве. При генетическом обследовании у 2 девочек выявлены аномалии, характерные для синдрома Драве.

**Выводы**: таким образом, у детей с эпилептическими энцефалопатиями необходимо проводить комплексное обследование, включающее анамнестические данные, неврологическое обследование, ЭЭГ и видео- ЭЭГ-мониторинг, а также генетическое обследование. В настоящее время эпилептическая энцефалопатия остается одним из наиболее опасных заболеваний, с которым сталкиваются дети.

**О.В. Гусева**

## ЭФФЕКТИВНЫЕ МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ, ИМЕЮЩЕЙ СИБЛИНГА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

**СНКЦ ФМБА России (Красноярск), СПбГУ (Санкт-Петербург).**

В общественном сознании проблема взаимной адаптации аутистов и здоровых людей является одной из наиболее значимых и сложных. Исследовательское внимание к отношениям в семьях, воспитывающих детей с РАС, может приоткрыть важные закономерности адаптации не только самих детей-аутистов, но и их близких к сложной жизненной ситуации в таких семьях. В настоящий момент существует недостаточно исследований, рассматривающих семью как целое с точки зрения системного подхода, учитывающих одновременно роль отцов, матерей и здоровых сиблингов в семейном функционировании.

Основной **целью** исследования является комплексный социально-психологический анализ системы семейных взаимоотношений по сравнению с семьями, имеющими здоровых детей.

Всего была исследована 31 семья, имеющая детей с РАС, и 30 семей, воспитывающих здоровых детей. Из них 61 сиблинг, 61 мать и 51 отец. В экспериментальной группе объектом исследования являлись здоровый сиблинг и его родители, в контрольной группе – сиблинг соответствующего возраста и пола и его мать и отец. Группы сравнения являются гомогенными по таким параметрам, как пол и возраст обследуемого сиблинга, пол родителей, возраст родителей, состав семьи, многодетность семьи. По степени тяжести заболевания детей с РАС группа распределилась следующим образом: 81% (25) дети с тяжелой степенью аутизма, соответственно 19% (6) со средней степенью тяжести.

**Используемые методы**: Гиссенский личностный тест (ГТ), Шкала семейного окружения (ШСО), рисуночная проективная методика «Семейная социограмма», а также направленные беседы с членами семьи.

Получены высоко достоверные статистические различия ($p<0,005$) между усредненными показателями ГТ (без учета пола) по шкале доминантности и статистически достоверные различия ($p<0,05$) по шкале избыточного контроля, а также тенденция к статистическим различиям ($p<0,1$) по шкале Е. Выявлено, что родителям из семей, воспитывающих детей с РАС, в большей степени свойственны терпеливость, покладистость, склонность к подчинению и зависимости, что сочетается у них с повышенным самоконтролем (аккуратностью, постоянством, склонностью к сдержанному поведению) и алекситимией, дихотомичностью мышления, социальной неконформностью.

Обнаружены статистически значимые различия между супругами, воспитывающими детей с РАС, по шкалам «представление о преобладающем настроении» ($p<0,01$), «открытость-замкнутость» ($p<0,05$), а также тенденция к статистически достоверным различиям для шкалы «доминантность» ($p<0,1$). Для матерей характерен депрессивный фон настроения со склонностью к аутоагрессивными реакциями. У отцов экспериментальной группы полюс доминирующего настроения смещен в сторону большей оптимистичности по сравнению со своими супругами, они более независимы, склонны к гетероагрессивным реакциям. Матерям, воспитывающим больного ребенка, в большей степени присущи такие личностные особенности, как открытость, доверчивость, большая потребность в любви. Их мужья характеризуются такими психосоциальными качествами, как отчужденность и холодность при осуще-

ствлении социальных контактов. В то же время отцы экспериментальной группы имеют тенденцию оценивать себя как более уступчивых, терпеливых и менее склонных к доминантному поведению. Установлено, что у мужчин, воспитывающих ребенка с искаженным психическим развитием, доминируют представления о себе как о непривлекательных и непопулярных для окружающих, не умеющих добиваться поставленных целей, что достоверно отличается от представлениях их жен, которые уверены в их положительной социальной репутации.

Получены достоверные различия между исследуемыми группами по показателям отношений между членами семьи: «сплоченность» ($p<0,05$), «конфликт» ($p<0,001$) и по показателям личностного роста: «ориентация на достижения» ($p<0,05$), «интеллектуально-культурная ориентация» ($p<0,001$), «ориентация на активный отдых» ($p<0,001$). По показателям управления семейной системой: «организация» ($p<0,001$) и «контроль» ($p<0,05$) также обнаружены статистически достоверные различия.

Исходя из полученных данных, можно утверждать, что семьи, воспитывающие детей с РАС, в отличие от семей со здоровыми детьми, характеризуются как более сплоченные, конфликтные, социально изолированные, склонные к пассивному отдыху, ригидные, с тенденцией преимущественно у отцов к стремлению достижения успехов вне семьи.

По результатам статистического анализа выявлены достоверные различия по параметру «величина кругов в социограмме» ($\chi2=9,15$; $p=0,01$) и «разделение членов семьи на группы и подгруппы» ($\chi2=3,882$; $p=0,049$). Таким образом, для большинства родителей, воспитывающих детей с РАС, характерно восприятие членов своей семьи как более значимых, важных. Также для семей, имеющих детей с искаженным психическим развитием, более характерно разделение семьи на микрогруппы, что подтверждается результатами рисуночного теста «Моя семья», сделанными здоровыми сиблингами. Разобщенность таких семей требует компенсации дефицита эмоционального общения за счет установления между отдельными членами семьи более тесных (зачастую симбиотических) эмоциональных связей.

Учет особенностей семейного функционирования в изучаемых семьях позволяет разработать дифференцированные подходы к семейной психологической коррекции, направленной на гармонизацию семейных отношений и стилей семейного воспитания больного и здорового ребенка.

**Е.Н. Давтян[1,2], А.Б. Ильичев[3]**

## НЕКОТОРЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**[1]Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, [2]Городской психоневрологический диспансер № 7, [3]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).**

Актуальность работы обусловлена необходимостью раннего обнаружения психопатологического диатеза – предвестников психических заболеваний (Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Чумаченко А. А., 2008).

Формирование внутренней речи в детском и подростковом возрасте неразрывно связано с развитием мышления – «мысль совершается в слове» (Л.С. Выготский). Слово становится доступным для восприятия в речи. У взрослого современного человека речь бывает внешней и внутренней. Внешняя речь – речь «для другого» (социализированная). Внутренняя речь – «речь для себя». Процесс вычленения внутренней речи из внешней совершается каждый раз заново в индивидуальном развитии каждого ребенка. Необходимыми условиями этого развития являются овладение языком и постоянный диалог ребенка со взрослым. Согласно культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, формирование внутренней речи в онтогенезе идет в следующих направлениях: 1) от внешнего диалога к внутреннему монологу; 2) от озвученной внешней речи к беззвучной внутренней речи; 3) от развернутых предложений «для другого» к сокращенным высказываниям «для себя» (предикативность).

По-видимому, нарушения формирования внутренней речи как проявления психопатологического диатеза возможны на любом этапе ее развития и могут существовать задолго до начала болезненного процесса. Например, клиническая практика показывает, что нарушение формирования монологичности внутренней речи является одним из наиболее ранних проявлений шизотипического расстройства и проявляется в симптоме диалогического расщепления *Я*.

Мы обследовали 134 больных с шизотипическим расстройством. У 32 из них был зарегистрирован симптом диалогического расщепления *Я* – это переживание разделения личности на автономные субъединицы с возникновением внутренних диалогов между ними. Примеры высказываний больных (F21): 1) «*Внутренние диалоги между мной настоящей и мной обычной, все время спорили»;* 2) *«Шли мысленные споры с самим собой – мне нужно вставать, но какая-то часть меня говорит: нет, не надо,… на уровне мыслей, борьба с самим собой… внутреннее раздвоение было»;*3) *«Могу наблюдать за спором разума и чувств, он может происходить чуть-чуть помимо моей воли, не уверен, можно ли это прервать».*

В рамках биперсональной модели личности (Давтян С.Э., Давтян Е.Н., 2017), онтогенез личности включает два фазовых перехода (в 3 года и в подростковом возрасте), в ходе которых возникает новый уровень саморегуляции с переподчинением процессов контроля и управления высшими психическими

функциями с нижнего уровня на новый верхний уровень. При психическом заболевании происходит регресс к предыдущему уровню саморегуляции. При диалогическом расщеплении *Я* происходит регресс внутренней речи с частичной ее дезавтоматизацией. Периодически возникают два фокуса самосознания: у больного возникает ощущение неподконтрольности себе некоторых мыслей. Становится возможным диалог между «*Я*» разных уровней.

Мы обнаружили, что в преморбиде у ряда больных внутренняя речь изначально не была сформирована полностью. Пациенты думали в форме развернутых диалогов с самим собой и даже проговаривали их вслух:

*«В детстве разговаривал сам с собой, обсуждал какие-то темы, вступал в диалог – самого с собой. Со стороны … сидит и что-то шепчет. Только ко второму курсу научился это контролировать…. Но в сложных заданиях … себя отпускал». «Думала озвучено, слышала свои мысли». «Не представляю, как можно думать беззвучно».*

Сходный феномен описал пациент с неврозоподобным этапом параноидной шизофрении:

*«Дети, они свой внутренний голос проговаривают, но потом, когда ребенок взрослеет, он учится его думать. А у меня этот процесс не сработал, и я его как проговаривал, так и проговариваю».*

Таким образом, у здорового взрослого человека внутренняя речь представляет собой монолог. Даже в затруднительных ситуациях, требующих всестороннего обдумывания, монологичность внутренней речи не нарушается, а само размышление протекает по типу мысленных экспериментов (произвольных представлений о различных вариантах развития ситуации).

У подростков – носителей психопатологического диатеза - при стрессе (например, в ситуации выбора), либо даже постоянно рефлексия состояния (осознание) может происходить по типу диалогического расщепления. В первом случае, по мере разрешения затруднительной ситуации, внутренняя речь возвращается к обычному монологическому существованию. Во втором случае диалогическое расщепление *Я* сохраняется всегда. По-видимому, у таких подростков можно говорить о специфическом варианте нарушения развития внутренней речи, при котором рефлексия осуществляется через диалогическое расщепление *Я*. Обнаруженный феномен можно рассматривать как проявление психопатологического диатеза, прежде всего в плане повышенного риска развития шизотипического расстройства.

**В.В. Дворянинова, Ж.В. Альбицкая**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия», кафедра психиатрии и медицинской психологии (Нижний Новгород).**

Психическое расстройство у ребенка всегда является стрессовой ситуацией для семьи. В настоящее время особую остроту приобретает проблема воспитания ребенка с расстройствами аутистического спектра (РАС), чтосвязано с непониманием и неосознанием особенностей поведения и эмоций таких детей и высокой стигматизацией общества по отношению к пациентам с психическим расстройствами. Следствием перечисленных проблем является существенное снижение качества жизни всей семьи.

**Цель исследования:** изучение психологических проблем, возникающих в семьях детей, страдающих расстройствами аутистического спектра.

**Материалы и методы исследования.** Проведено анкетирование родителей 122 детей, страдающих ранним детским аутизмом (F84.0 по МКБ-10) – 120 матерей и 30 отцов (N=150). Средний возраст участников исследования составил 35,5±6,2 лет.

**Результаты и обсуждение.** Анализ результатов исследования позволил выявить следующие проблемы: 22% (n=33) опрошенных родителей сообщали об ухудшении отношений с супругом и учащении конфликтов в семье. Часто причиной разногласий являлись различные подходы к воспитанию больного ребенка. В частности, некоторые особенности поведения ребенка воспринимались одним из родителей как хулиганство или манипуляции, а попытки ругать или наказывать ребенка вызывали негативную реакцию со стороны другого родителя. Нередко ситуация носила обратный характер: потворство манипулятивному поведению ребенка одним супругом при другой стратегии поведения второго родителя не только вызывало разногласия в семье, но и дополнительно усугубляло поведенческие отклонения, еще более утяжеляя процесс воспитания. В части случаев причинами ухудшения отношений между супругами являлись: отрицание факта болезни ребенка одним из родителей; отказ от участия в процессе лечения и реабилитации; негативное отношение к традиционной медикаментозной коррекции (категорический отказ от применения нейролептиков) и использование альтернативных методов лечения, не имеющих доказательной базы (гомеопатии, остеопатии, экстрасенсорики и др).

В 10,7% (n=16) случаев опрошенные родители были разведены. 6,7% (n=10) участников исследования говорили о конфликтных отношениях с другими родственниками, возникших по перечисленным причинам.

29,3% (n=44) родителей отказывались от имевшихся ранее интересов и увлечений, полностью посвящая свое время ребенку (преимущественно, матери). В этом случае любые попытки изменить образ

жизни, например, уйти из дома с целью отдыха, развлечения, оставив ребенка с отцом или другими родственниками, вызывали выраженную тревогу, а в части случаев и чувство вины.

30% (n=45) участников исследования отмечали сужение круга общения или полный разрыв прежних социальных контактов. Часто родители ограничивали общение, т. к. ощущали повышенное внимание окружающих к себе, испытывали стыд за поведение ребенка, а потеря прежних интересов и поглощенность вопросами лечения и реабилитации дополнительно затрудняла общение. В 5,3% (n=8) случаев опрошенные предпочитали поддерживать дружеские отношения преимущественно с семьями, имеющими детей с психической патологией.

31,3% (n=47) опрошенных родителей не имели возможности трудоустроиться в связи с необходимостью ухода за ребенком.

В 61,3% (n=92) наблюдений участники исследования сообщали, что испытывали выраженные трудности во взаимодействии с ребенком и понимании проявлений заболевания, причем 45,3% (n=68) этих семей с течением времени смогли адаптироваться к психотравмирующей ситуации, а в 16% (n=24) случаев трудности сохранялись в прежнем объеме. 69,3% (n=82) родителей испытывали потребность в психообразовательных программах и/или психологической поддержке специалиста, но не получали ее из-за низкой доступности данного вида помощи.

Таким образом, результаты исследования показывают существенное ухудшение психологического климата и снижение качества жизни у 68% (n=102) семей, воспитывающих ребенка с РАС.

**Выводы.** Качество жизни родителей детей, страдающих РАС, существенно снижено более чем в 50% случаев, что обусловлено комплексом причин в виде психологических проблем, связанных с принятием факта наличия психического расстройства у ребенка, нарушения внутрисемейных отношений, отказа от прежних социальных контактов и интересов и полным погружением в процесс лечения и реабилитации ребенка.

Отсутствие единой точки зрения на процесс лечения и реабилитации ребенка негативно отражается на приверженности родителей к терапии, а постоянное пребывание семьи в психотравмирующей ситуации и непоследовательность в стратегии воспитания ухудшает психическое состояние ребенка.

Эффективным решением перечисленных проблем может стать повышение доступности психообразовательных программ и специализированной психологической помощи семьям детей, РАС.

**Л.А. Дементьева**

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

**ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Подростковый возраст, являясь переходным периодом между детством и взрослостью, сенситивен для становления социально-психологических способностей. Однако если подросток страдает шизотипическим расстройством (ШР), то будут отмечаться снижение мотивации к общению и аутистические тенденции [1, 2], что может негативно повлиять как на функционирование эмоциональной сферы, так и на социальное взаимодействие и социальную компетентность.

На базе ФГБНУ Научного центра психического здоровья в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии было проведено исследование, в которое было подобрано и приняло участие 70 обследуемых в возрасте от 15 до 17 лет. Клиническую группу составила половина подростков, обращавшихся за амбулаторной или стационарной психиатрической помощью и у которых было выявлено шизотипическое расстройство (F21). Клиническая диагностика проводилась психиатрами ПКБ № 15 г. Москвы в соответствии с критериями МКБ-10 и верифицирована научными сотрудниками отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Группу сравнения составили здоровые сверстники. С каждым исследуемым проводилось клинико-психологическое исследование, включающее в себя помимо клинической беседы следующий методический инструментарий: Тест эмоционального интеллекта Майера Дж., Саловея П. и Карузо Д. (MSCEIT), «Социальный интеллект» Гилфорда, Опросник социально–психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, Социограмма.

Результаты нашего исследования показывают снижение социальной компетентности у подростков с ШР по сравнению с группой нормы. Это проявляется в недостаточной социальной адаптации и снижении уровня социального интеллекта. Такие подростки не стремятся к установлению дружеских отношений со своими сверстниками, они закрыты и погружены во внутренний мир. А здоровые подростки, наоборот, нацелены на расширение круга знакомств, на общение со своими сверстниками.

При рассмотрении результатов теста эмоционального интеллекта (ЭИ) MSCEIT, можно заметить, что пациенты с ШР имеют искаженную структуру ЭИ, опираясь на позицию онтогенетического подхода к формированию структуры ЭИ и на структурно-иерархическую модель, представленную в работе Плужникова И.В. [3]. В соответствии с логикой формирования в онтогенезе компонентов ЭИ, можно выстроить последовательность: «распознавание эмоций», «понимание эмоций», «помощь мышлению», «регуляция эмоций». Иерархия компоненов ЭИ в группе нормы соотносится с онтогенетической моделью и принципом гетерохронии развития. Ведущим компонентом в подростковом возрасте является «понимание эмоций». Достаточно сформирован компонент «распознавание эмоций», а «помощь

мышлению» и особенно «регуляция эмоций» еще не достигли зрелости. Иерархия и степень выраженности компонентов в группе с ШР обнаруживает иную структуру: наиболее высокий показатель имеет компонент «помощь мышлению». Данный факт можно объяснить процессом асинхронии в развитии, когда происходит опрежающее развитие компонента «помощь мышлению».

Используя полученные результаты, можно предложить модель социально-психологической поддержки пациентов с ШР подросткового возраста. Необходимо разделить мишени психокоррекционной работы с самими подростками и социально-абилитационных мероприятий. К первой категории необходимо отнести: обучение навыкам распознавания и дифференциации эмоциональных состояний как у других людей, так и у себя, а также формирование культурных навыков регуляции и социальных форм выражения эмоциональных переживаний. Ко второй категории можно отнести работу по снижению факторов социальной инвалидизации таких подростков. Такая работа может осуществляться по нескольким направлениям: организация групповых занятий подростков по формированию и отработке коммуникативных навыков, консультативная работа с родителями и другими родственниками, психообразовательная работа с педагогами по вопросам особенностей развития и специфике формирования учебного процесса. Указанные направления коррекционной и абилитационной работы могут реализоваться как параллельно, так и поочередно. В коррекционной работе следует учитывать некоторые основополагающие принципы работы: методы должны учитывать нозологические особенности эмоционально-личностных возможностей и социального функционирования, они должны опираться на сохранные звенья социального и эмоционально-личностного функционирования; подбор материалов осуществляется по принципу «от простого к сложному»; организация занятий предполагает учет настроения, самочувствия и работоспособности пациента.

Подводя итог, можно подчеркнуть, что подростки, страдающие ШР, имеют затруднения в социально-психологическом функционировании. Чтобы снизить нарастание инвалидизации, необходимо применение комплексного психокоррекционного и абилитационного подхода, направленного как на развитие эмоционально-личностных способностей, так и на укрепление коммуникативных навысков и форм социального функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1.Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр « Академия». 2008.

2.Критская В.П. Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2015.

3.Плужников, И.В. Клиническая психология эмоционального интеллекта: аналитический обзор современных исследований // Актуальные проблемы клинической психологии (сб. научных статей) / под общ. ред. В.В. Николаевой. - М.: Акрополь, 2009. - С. 60-73.

**И.В. Добряков, Е.М. Федосеева**

## РОЛЬ ДЕТСКИХ ПСИХОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ФГБУ «СПб научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; СПбГУ; Кризисный центр помощи женщинам СПб (Санкт-Петербург).**

В настоящее время в РФ продолжаются разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение рождаемости с целью стабилизации и улучшения демографических показателей. В числе прочих мер борьбы за повышение рождаемости важное место занимают развитие использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также принятие 20.02.2012 г. МЗ и социального развития РФ Приказа № 144/42 «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения». Согласно этому приказу, при рождении детей весом 500 г и выше врачи должны без промедления начинать бороться за их жизнь, тогда как раньше, если живой новорожденный весил меньше 1000 г, его регистрировали в ЗАГСе лишь по истечении 168 часов и только спустя это время неонатологи-реаниматологи начинали им заниматься. Государство предоставляет возможность бесплатно воспользоваться ВРТ, тратит большие средства на строительство новых, современных, отлично оборудованных перинатальных центров, на обучение неонатологов, реаниматологов, и это – замечательно. Однако известно, что увеличение количества преждевременных родов, заканчивающихся, как правило, рождением маловесных новорожденных, коррелирует с показателем первичной заболеваемости психическими заболеваниями и показателем инвалидности вследствие психических расстройств (Казаковцев Б.А., 2016). Дети, рожденные с использованием ВРТ, имеют высокую степень риска развития нервно-психической патологии (особенно, когда первая попытка ВРТ оказалась неудачной). Такие дети нуждаются не только в помощи неонатологов, реаниматологов, но и детских психиатров, психологов, дефектологов, логопедов.

В то же время в стране складывается парадоксальная ситуация: стабильно сохраняются высокие показатели детской инвалидности как по собственно психической патологии, так и по болезням нервной системы, врожденным и приобретенным аномалиям (Карауш И.С., 2016), а этих специалистов катастрофически не хватает. Во многих регионах России отмечается недоукомплектованность медицинских учреждений детскими психиатрами, в 2015 г. по сравнению с 2014 г. их число уменьшилось (Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В., 2016). Существуют проблемы с тематическим усовершенствованием знаний и умений медицинских

психологов в области перинатальной психологии и психопатологии. Также нужно учесть, что семья, имеющая ребенка с нервно-психическим расстройством, как правило, оказывается в острой, а затем хронической психотравмирующей ситуации, нуждается в доступной помощи семейного психотерапевта.

Указанные проблемы связаны с тем, что подход к решению проблем повышения рождаемости, улучшения демографических показателей носит биомедицинский характер. Значительное улучшение ситуации возможно при биопсихосоциальном подходе. Его еще в прошлом веке предложил G. Engel. Он считал, что клиницисту необходимо учитывать не только биологические, но и психологические, и социальные аспекты болезни, – только тогда он сумеет правильно понять причину страданий больного, предложить адекватное лечение и завоевать доверие пациента (Engel G., 1977). Развитие идеи G. Engel в русле современной синергической методологии осуществляется в виде биопсихосоцио-духовного подхода, в основе которого лежит выделение трех сфер духовно-нравственного развития: личного, общественных отношений и государственных отношений (Сидоров П.И., 2015).

Использование такого подхода с целью ранней психопрофилактики предполагает выделение и обращение внимания на биологические факторы (состояние здоровья женщины, ее мужа, пренейта, ребенка, особенности их физиологии); психологические факторы (изменения психических функций, личностные реакции, переживания, связанные с желанием иметь ребенка, с зачатием, с вынашиванием ребенка, с родами, с уходом за ребенком до достижения им трехлетнего возраста, то есть в течение всего перинатального периода); социодуховные факторы (изменения, обусловленные беременностью и рождением ребенка, связанные с освоением новых социальных ролей матери и отца, с переходом семьи на новую стадию жизненного цикла, с изменением материально-бытовых условий семьи).

Беременность, рождение ребенка связаны с серьезными переменами в организме женщины, в его функционировании, что также приводит к изменению психологии (формирование материнской доминанты, имеющей физиологический и психологический компоненты), социального статуса женщины, к изменению структуры семьи и взаимоотношений ее членов (Батуев А.С., Соколова Л.В., 2007; Добряков И.В., 2010, 2016). J. Büchler считает, что беременность – всегда кризис, выражающийся в противоречивом отношении женщины к своей беременности и возможному рождению ребенка, а также в бессознательном конфликте, который может выражать себя в разных формах искусственного и самопроизвольного прерываниях беременности (Büchler J., 2006). Таким образом, беременность создает серьезные моральные проблемы, ставит перед женщиной новые нравственные задачи.

В 2008 г. в Екатеринбурге на Всероссийской конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность: новые вызовы и угрозы» Т.Б. Дмитриева в своем пленарном докладе говорила о новых резервах охраны психического здоровья детей. Она утверждала, что проблема ранней профилактики возникновения нервно-психических расстройств и нарушений развития у детей может быть решена путем широкого внедрения в практику перинатальной психологии и психотерапии. Для эффективного решения демографических проблем и улучшения психического здоровья населения необходимо сделать доступной профессиональную психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь населению.

**Д.В. Довбыш, Е.В. Подурова**

## СЕМЬЯ - ПРЕПЯТСТВИЕ ИЛИ РЕСУРС ДЛЯ ПОДРОСТКА, ИЩУЩЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ?

**Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва).**

При отсутствии психических заболеваний к подростковому возрасту оказывается сформирован и доступен для осмысления опыт психического здоровья. Наличие этого опыта, развитие навыков рефлексии позволяют подростку замечать изменения в себе, качестве своей жизни, социальном взаимодействии, когнитивном функционировании, и эмоциональном реагировании. Подобные ощущения, даже при изначальном отсутствии адекватного словаря для описания своих переживаний, могут быть классифицированы как «не такие», «ненормальные», «странные», «психованные», «болезненные». Результат подобной «самодиагностики» ставит подростка перед непростым вопросом: к кому обратиться за помощью?

При наличии психологических трудностей у подростков окружающие его взрослые - учителя, родители, сверстники - не всегда могут заметить признаки психического неблагополучия. Отчасти это связано с низкой психологической грамотностью - отсутствием представлений о том, на что следует обращать внимание, а что - нормальные возрастные проявления. Другая причина - мифологизация подросткового возраста, представление о нем как о возрасте безрассудных поступков, перепадов настроения, манипуляций и грубости, самоутверждения. Кроме того, в последнее время тема психического нездоровья подростков, суицидального поведения, часто связанного с психической болезнью, считается у специалистов «опасной» для обсуждения. Даже при появлении догадок о неблагополучии подростка окружающие, как правило, не имеют представлений о том, как должен строиться разговор о тревожащих их проявлениях. В результате именно подросток во многих случаях становится, осознанно или неосознанно, инициатором подобного разговора.

Подростковый возраст - возраст, в котором коммуникативные навыки только развиваются, равно как и навыки осознанного обращения за помощью; поэтому фразы, которые мы часто слышим от родителей «Если бы он просто пришел и сказал, что ему нужна помощь», звучат крайне нереалистично.

Трудность описания своего состояния тому, кто не страдает от психического расстройства, очень велика. Важно отметить, что при наличии у подростка психического расстройства отношения с родителями часто оказываются конфликтными и не способствуют обмену информации и поддержке. В случае неосознанного «заявления» о своей проблеме часто возникают сопутствующие нарушения: поведенческие трудности (уходы из дома, прогулы), падение школьной успеваемости, злоупотребление психоактивными веществами. Такие нарушения могут быть попытками привлечения внимания к своей проблеме (а также в ряде случаев - как варианты самолечения от «скуки», «тоски»). Подобные случаи маскированных расстройств и симптоматического поведения достаточно подробно описаны как в медицинской, так и в психологической литературе.

Что же делать подростку, если его решение искать помощь осознанно? К счастью, в последнее время в интернете стало появляться все больше руководств и брошюр, предлагающих помощь в инициации разговора с близкими - начальные фразы, подобранные слова. Независимо от желания подростка до достижения им 15 лет специалисты обязаны известить законных представителей о том, что происходит с ребенком (что кажется нам правильным не только юридически, но и психологически). Таким образом, практически всегда родители оказываются в курсе обращения ребенка к психологу или психиатру.

Даже в тот момент, когда разговор состоялся, реакция семьи не всегда бывает поддерживающей. Мы попробовали классифицировать наиболее часто встречающиеся «токсичные» реакции семьи на сообщение подростка об испытываемых трудностях:

**Игнорирование:** порой в семье можно встретить отсутствие готовности даже поддержать инициированные разговоры. Отчасти подобное объясняется действием семантико-перцептивных защит: стимулы переводятся из разряда пугающих в разряд нейтральных.

- **Обесценивание:** несерьезное отношения к переживаниям подростков. Часто это звучит так: «у тебя не может быть проблем», «маешься от безделья».
- **Обвинение подростка** и/или его образа жизни: часто мы слышим про интернет как основную причину всех проблем подростков; также идеи о том, что концентрация на подобных переживаниях - выбор подростка.
- **Убеждение в нормальности** такого состояния: все симптомы - от возраста, и подросток из обязательно «перерастет».
- **Идея о манипуляции**: жалобы подростка - привлечение внимания, возможность избежать домашней работы, получить другие вторичные выгоды
- **Признание или частичное признание проблемы при отказе обращения за помощью**: страх того, что социум узнает о проблеме, изолирует подростка, обвинят родителей в происходящем с ним. Страх навешивания медицинских ярлыков - «поставят на учет» - и опасение, что в дальнейшем это повлияет на доступность работы или учебы.

Наличие у родителей подобных установок, с одной стороны, не может не сказываться на мнении самого подростка: часто он начинает подвергать сомнению свои ощущения и необходимость обращения за помощью, а также «заимствует» часть установок у родителей. С другой стороны, большая опасность подобных «семейных» реакций на болезнь ребенка состоит в том, что помимо преодоления собственных страхов обращения за помощью подростку требуется также преодолеть сопротивление семьи и убедить близких поддержать его идею поиска специалистов. Таким образом подросток, в силу возраста и особенностей состояния особенно нуждающийся в поддержке близких должен брать на себя основную роль организатора и инициатора процесса, и не всегда выполнение такой роли оказывается ему по силам. Разница в психологической грамотности поколений сейчас велика: подростки подчас оказываются более психологически подкованными, чем их родители. В таком случае семья на начальных этапах обращения за помощью выступает для подростка скорее как барьер для получения квалифицированной помощи, нежели как ресурс. Работа с подростком в таком случае однозначно требует от специалиста системного видения проблемы и привлечения в работу всей его семьи.

**А.Г. Долгих**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА МАТЕРИНСТВА У ДЕВУШЕК В ПЕРИОД ВХОЖДЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОСТЬ

**Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (Москва).**

Анализ современной социальной ситуации в России свидетельствует о нарастающем демографическом кризисе, выражающемся в снижении рождаемости, раннем старении населения, снижении продолжительности детородного интервала. В связи с этим можно также говорить о психологическом кризисе современной семьи, признаками которого являются появление девиантных форм родительства, смешение семейных ролей, а также отказ от родительства в целом [3, 4]. Одной из причин данного кризиса является изменение места материнства в жизни современной женщины, которая сталкивается с необходимостью интеграции большого количества социальных ролей, носителем которых она является. Выбор материнской роли в качестве приоритетной для женщины

обусловлен большим количеством внутренних и внешних факторов, одним из которых, по нашему мнению, является представление о материнстве. Родительская позиция, также включающая в себя представления и образ материнства, обусловливает собой отношение к материнству, которое оказывает непосредственное влияние на осуществление родительской роли.

За последние несколько лет проведен ряд диссертационных исследований по психологии, затрагивающих проблематику представлений о материнстве, в которых раскрывается значимость представлений о материнстве для дальнейшего осуществления родительской функции, психологической готовности к материнству как факт.ору, определяющему гармоничность детско-родительских отношений и т. д [1, 2]. Однако, вопрос об особенностях содержания образа материнства у современных девушек остается открытым до сих пор и требует, по нашему мнению, комплексного изучения.

В связи с этим нами было проведено исследование, целью которого стало выявление особенностей содержательного образа материнства у девушек в период вхождения во взрослость.

В исследовании приняли участие 75 девушек от 18 до 25 лет, не имеющих детей и не ожидающих ребенка на момент проведения исследования. С целью выявления предпочитаемых современными девушками образов материнства нами был подготовлен материал, представляющий собой их визуализацию. Для исследования характера восприятия предложенных образов участницам исследования было предложено дать их вербальную характеристику. Впоследствии предложенные характеристики были подвергнуты статистическому анализу, позволившему сделать заключение о высокой степени согласованности воспринимаемого содержания. Так, по результатам статистического анализа можно заключить, что предложенные нами образы были согласованно восприняты респондентами как:

- «**мама заботливая**» – обеспечение функции заботы о ребенке становится центральной в период реализации материнства – 70,7% выборки назвали такие характеристики, как заботливая, поддерживающая;
- «**мама деловая, занятая**» – материнская роль сочетается с профессиональной позицией женщины – 91,8% выборки определили ее как работающую, деловую, занятую;
- «**мама хозяйственная**» – материнство дополняется осуществлением хозяйственных функций – 64,9% выборки определили ее как хозяйственную, практичную;
- «**мама общительная**» – реализация материнской роли встраивается в сферу межличностного общения женщины вне семьи – 69,8% выборки назвали этот образ общительной, болтливой;
- **«мама-жена»** – сочетающая сферы детско-родительских и супружеских отношений – 74,7% выборки присвоили ей такие характеристики, как любящая (любимая), семейная, влюбленная;
- «**мама творческая, внимательная**» – центром становится функция обеспечения условий развития ребенка – 90,4% выборки назвали данный образ творческой, креативной, внимательной.

Во второй части исследования мы предложили девушкам ранжировать представленные образы материнства в соответствии с собственными предпочтениями. По результатам статического анализа полученных данных можно отметить, что наиболее привлекательными образами для респондентов являются заботливая мама, мама-жена и хозяйственная мама. Наименее привлекательными для девушек оказались такие образы, как деловая и общительная мама. То есть мамы, сочетающие материнство с карьерой и активной социальной жизнью (общение вне семьи), не являются идеалом для наших респонденток.

Таким образом, предпочтение получили те образы матерей, в которых материнство представлено в качестве основной (приоритетной) позиции женщины и направлено на заботу о ребенке и гармоничность детско-родительских и супружеских отношений в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1.Волкова В.В. Психологические особенности отношения к материнству матерей-подростков: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Дальневост. гос. ун-т путей сообщ. – Хабаровск, 2005. – 23 с.

2.Дождева С.М. Возрастные особенности становления женских представлений о деторождении // Известия Тульского государственного университета. Серия «Гуманитарные науки». Вып. 1. – Тула: Изд-во ТулГУ, 2010. –С. 181-190.

3.Захарова Е.И. Представление о характере социальной роли как средство ориентировки в ее исполнении // Культурно-историческая психология, издательство МГППУ (М.), 2012, № 4. – С. 38-41.

4.Спиваковская А.С. Как быть родителями: (О психологии родительской любви). – М.: Педагогика, 1986. – 160 с.

**С.А. Домрачева**

## МЕЖКУЛЬТУРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

В последние годы все активнее происходит интеграция зарубежных граждан в систему общественных отношений. В связи с поступлением в российские вузы особенно активна в этом процессе молодежь. Количество иностранных студентов в России постоянно растет; по данным пресс-службы Минобрнауки РФ в 2014/15 учебном году в российских вузах обучалось свыше 220 тысяч человек; в

2015/16 - более 270 тысяч студентов. Иностранцы составляют 6% от общего числа обучающихся, поэтому интернационализация вузов, усиление академической миграции активизирует поликультурную составляющую образования [2]. Актуальность проблемы межкультурного взаимодействия в молодежной среде обусловлена тем, что данный тип взаимодействия можно рассматривать в качестве одного из факторов сохранения социально-психологического здоровья подрастающего поколения. Студенчество является наиболее активной социальной группой, призванной в дальнейшем устанавливать диалогические связи между разными народами, культурами.

По мнению ученых (В.А. Ананьев, А.В. Орлова, В.Э. Пахальян, Л.А. Регуш, М.В. Хватова и др.), психологическое здоровье определяется как совокупность личностных образований, обеспечивающих успешное функционирование человека в обществе, успешную его адаптацию и реализацию собственного потенциала. Социальное здоровье молодежи обеспечивается эффективным конструированием среды, включением человека в различные среды, созданием условий для позитивной личностной социализации, социальным развитием семьи. От социально-психологического здоровья подрастающего поколения зависит уровень качества жизни и ее безопасность. Социально-психологическое здоровье определяется степенью профессиональной самореализации личности [1], на социальном уровне жизнедеятельности оно обеспечивается гармонизацией своих взаимоотношений с обществом.

Проблема межкультурного взаимодействия – это одно из основных приоритетных направлений реализации государственной молодежной политики, обеспечивающей развитие поликультурной личности.

Механизмы межкультурного взаимодействия в современной науке рассмотрены в свете теорий поликультурного образования, которые нашли отражение в трудах зарубежных (J. Banks, C. A. Grant, T. K. Chapman и др.) и отечественных ученых (И.В. Балицкая, И.С. Бессарабова, А.Н. Джуринский, Л.В. Кузнецова, М.Н. Кузьмин, Г.В. Палаткина, О.В. Хухлаева и др.).

В настоящее время знание особенностей культуры и межкультурных взаимодействий оказывает влияние на становление и развитие сотрудничества во всех сферах жизни: образования, культуры, политики, экономики, бизнеса, обеспечивая сохранение социально-психологического здоровья. Знание культурных традиций других народов и особенностей их взаимодействия непосредственно влияет на отношения в деловой многонациональной среде, становится залогом их успешных и плодотворных контактов.

Межкультурное взаимодействие обладает большим воспитательным потенциалом, способствуя развитию у молодежи таких качеств, как гражданственность, патриотизм, толерантность. Об этом свидетельствуют результаты исследований ученых - исполнителей проекта «Организация обучения в течение всей жизни, ориентированного на поликультурное образование и воспитание толерантности в России» (ALLMEET). Содержанием проекта ALLMEET является создание межкультурных образовательных платформ на базе 6 российских вузов, выстраивание комплекса условий для обеспечения роста самосознания российской молодежи путем воспитания толерантной, поликультурной личности с высоким уровнем гражданственности, экологической культуры, активно участвующей в жизни общества, уважающей национальные традиции и культуру народов мира [2].

Исследования ученых Марийского государственного университета (Н.С. Морова, Л.В. Лежнина, С.А. Домрачева и др.) [3] свидетельствуют о том, что студенты, изучающие дисциплины поликультурной направленности учатся разрабатывать и реализовывать интегративные образовательные проекты для межкультурного взаимодействия взрослых и детей; решения актуальных межкультурных проблем социально-образовательной практики. Социальная практика направлена на формирование общегражданских компетенций молодежи: готовность уважительно и бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям различных народов; толерантно воспринимать социальные и культурные различия между ними; умение работать с представителями различных культур и религий; умение выстраивать толерантные отношения и сотрудничать с представителями иных культур.

Мониторинг проекта показал, что участие студенческой молодежи в учебных курсах, тренингах, семинарах, круглых столах и подобных мероприятиях повышает их уровень межкультурной компетенции [2].

Таким образом, межкультурное взаимодействие рассмотрено как социальный феномен, как фактор сохранения социально-психологического здоровья молодежи, обеспечивающий интеграцию молодежи как социальной группы в систему общественных отношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айварова Н.Г., Шимельфених А.Р. Факторы психологического здоровья молодежи // Вестник Югорского государственного университета. - Изд-во: Югорский гос. ун-т, Ханты-Мансийск, 2017, № 1-1 (44). - С. 19-24.

2. Теория и практика поликультурного образования: результаты проекта ALLMEET программы TEMPUS: коллективная монография / отв. ред. О.Г. Смолянинова, Т.М. Трегубова. – Красноярск: Гротеск, 2017. - 172 с.

3. Morova N.S., Lezhnina L.V., Biryukova N.A., Domracheva S.A., Makarova O.A. Diversity and tolerance in a multi-ethnic region of Mari El Republic, Russia // Review of Europaen Studies. – 2015. – Т. 7, № 8. – С. 171-182.

**М.Е. Евсевьева, Е.В. Чудновский, А.В. Русиди, Е.Н. Фурсова, Ю.М. Шикин**

**ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА КАК ИНСТРУМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПРЕСС-МОТИВИРУЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ, НАЦЕЛЕННОЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ**

**ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России (Ставрополь).**

Формирование долговременной мотивации к здоровьесберегающему поведению у старшеклассников и студентов является неотъемлемой частью превентологической работы вузовского центра здоровья и представляет существенную практическую трудность, так как не имеющие достаточного опыта телесного и психоэмоционального переживания вызываемых болезнью страданий и ограничений молодые люди воспринимают себя здоровыми - в субъективно-обыденном понимании; а возможность расстройства здоровья в будущем видят лишь весьма отдаленной перспективой. Отсюда - отсутствие активного, деятельного интереса к сбережению своего здоровья, парадоксально соседствующее в представлениях большинства из них с умозрительно декларируемым пониманием ценности здоровья и необходимости его сбережения. Это подтверждается данными анонимного опроса 200 студентов-первокурсников Ставропольского медицинского университета (Е.В. Чудновский, М.М. Абакумова, 2017). Хотя «здоровье» и оказалось для опрошенных второй по значимости жизненной ценностью, но 50% из них не заявили о какой-либо самостоятельной здоровьесберегающей активности (СЗА), еще 50% заявили об эпизодической СЗА. Показательно, что об осуществлении регулярной СЗА не заявил ни один из опрошенных студентов-первокурсников.

Центр студенческого здоровья СтГМУ проводит превентологическую диагностическую и информационно-мотивационную работу с учащимися старших классов школ и студентами вуза силами мультидисциплинарной команды специалистов на основе биопсихосоциального подхода. Сверхранняя кардиоваскулярная, психогигиеническая и наркологическая профилактики рассматриваются в этой работе как взаимосвязанные составляющие единого процесса обучения гармоничному здоровьесберегающему поведению - начиная с формирования его мотивационного компонента (М.Е. Евсевьева, В.И. Кошель, Е.В. Чудновский, 2016). Практический опыт совместных встреч специалистов (кардиолога, психотерапевта и нарколога) с посетителями центра здоровья показал, что первоначально применяемое для функциональной кардиоваскулярной диагностики определение сосудистого возраста оказалась также эффективным инструментом первичной экспресс-мотивирующей психотерапии, наглядно демонстрирующим молодежи необходимость овладения устойчивыми навыками здоровьесберегающего поведения. Методика нашла применение не только в процессе проведения массового ангиологического скрининга у молодых людей с теми или иными факторами риска развития социально значимых заболеваний, но и начала использоваться как исходная ступень для их вовлечения в образовательный проект профилактической направленности «Школа студенческого здоровья». Продолжается накопление доказательной базы, подтверждающей целесообразность использования подобной мотивационно-диагностической технологии в повседневной работе центра студенческого здоровья.

**А.Ю. Егоров**

**ДИЗАЙНЕРСКИЕ НАРКОТИКИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ**

**ФГБУН Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра психиатрии и наркологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

К дизайнерским наркотикам относят большую группу синтетических психоактивных веществ (ПАВ), которые имеют различные механизмы действия: синтетические каннабиноиды (СК), фенилэтиламины (стимуляторы и галлюциногены), триптамины (преимущественно галлюциногены), синтетические опиаты и пиперазины. В последние 10 лет дизайнерские наркотики получили повсеместное широкое распространение в молодежной среде. Среди дизайнерских наркотиков чаще всего используются СК («спайсы» - курительные смеси) и синтетические психостимуляторы (СП) - «соли для ванн»). «Спайсы» (в США – К-2) стали доступны для покупки через Интернет в США с 2006 г., в Европе с 2008 г., в России в 2009 г. Согласно Аналитическому докладу, представленному ФСКН РФ злоупотребление СК в России уже с 2011 до 2014 гг. приобрело характер, близкий к эпидемическому. Широкому распространению СК в РФ способствовал ряд факторов: формирование в среде потребителей ложных стереотипов о легальности, а также безвредности и безопасности их употребления, возможность изменения формул существующих СК с целью синтеза новых, до недавнего времени не внесенных в перечень наркотических средств, подлежащих контролю в РФ, доступная стоимость, легкость приобретения, отсутствие экспресс-тестов.

Сродство к каннабиноидным CB1 рецепторам у большинства СК в 4-5 раз выше, чем у классических каннабиноидов (Auwarter B et al., 2009), что существенно повышает их наркогенность. При пере-

дозировке отмечаются тахикардия, ажитация, тревожность, спутанность сознания, мидриаз, галлюцинации, парестезии, обмороки, головокружения, клонические и хореоатетозные подергивания, гипер- или гипотензия, диспноэ, кома, судорожные припадки. Систематическое потребление СК часто сопровождается возникновением психозов, которые характеризуются остротой и полимофностью психопатологической симптоматики. Психозы у 2/3 потребителей и протекают по типу онейроида с кататонической симптоматикой (ступор). Длительность от 4 часов до 5-7 суток. Амнезии по выходе нет. [Винникова М.А., Шахова С.М., 2016]. Описываются также нарушения в виде бессонницы, психомоторного возбуждения или заторможенности, слуховых или зрительных галлюцинаций, параноидного бреда [Hurstetal., 2011]. Возраст первой пробы обычно составляет 14-15 лет; формирование зависимости происходит в течение 1-5 месяцев; обращение за наркологической помощью чаще следует через 1-1,5 года после первой пробы [Кривулина О.Е., 2013]. При формировании зависимости отмечается абстинентный синдром, для которого характерно постепенное начало: через 3 дня появляются нарушения сна, раздражительность, подавленное настроение, снижение аппетита, потливость, перемежающееся чувство жара и холода, головная боль, тошнота, рвота, тахикардия, повышение систолического давления от 140 мм рт. ст. до 180 мм рт. ст., боли в мышцах, а также психопатологическая симптоматика – тревога до паники, эмоциональная лабильность, суицидальные мысли, неодолимая тяга к СК.

В отличие от СК, большинство форм «Солей для ванн» (СП) содержит комбинацию синтетических катинонов: метилона, мефедрона и метилендиоксипировалерона (МДПВ). Психофармакологическое действие метилона сходно с действием экстази, в то время как мефедрон обладает действием, сходным с действием метамфетамина, а МДВП – кокаина. СП вызывают широкую гамму симптоматики: шизофреноподобные проявления (гипоманиакальные состояния, параноидные реакции с недоверчиво-тревожным настроением, бредовыми идеями отношения, ущерба и преследования, специфические нарушения мыслительной деятельности в виде соскальзывания, непоследовательности и рассуждательств), соматоневрологические нарушения (резкое стремительное развитие общесистемного истощения с полиорганной недостаточностью, нейротрофические нарушения). Рано обнаруживаются признаки психоорганического синдрома (снижение психической активности с упрощением побуждений и снижением функций контроля, обеднение эмоциональной гаммы с явлениями неадекватности аффекта, повышенная истощаемость психических процессов, ослабление памяти и внимания, снижение критики с грубой переоценкой своей личности). Зависимость формируется в течение 1-3 месяцев при регулярном употреблении. На сегодня специфической патогенетической фармакотерапии зависимости, вызванной приемом дизайнерских наркотиков не разработано. Врачи в плане психотерапевтических подходов используют традиционные наработки наркологической практики.

**В.И. Екимова, Е.Г. Мирвелова**

## ПСИХОТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПАНАЦЕЯ, ИЛЛЮЗИЯ ИЛИ РЕСУРС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ?

**ГБОУ ВПО МГППУ (Москва).**

В настоящее время благодаря более совершенной диагностике и эффективному лечению все большее количество людей могут достаточно долго жить даже при очень тяжелых заболеваниях. Однако ведение пациентов аутоиммунными и нейродегенеративными нарушениями, рассеянным склерозом или тяжелыми формами онкологии, требующими больших и часто малоэффективных усилий как со стороны врачей, так и больных, негативным образом сказывается на психологическом состоянии пациентов. Вследствие длительной и инвазивной терапии больные, особенно на последних стадиях заболевания, теряют привычные социальные контакты и зачастую приходят к мысли об утрате смысла дальнейшего существования.

В то же время существующие во врачебной практике разобщенность специальностей и несовпадение взглядов на болезнь и здоровье человека приводят к потере целостного восприятия тела человека и его души, к видению в пациенте только носителя болезни и к деперсонализации медицины. При таком подходе к лечению тяжелых форм соматических заболеваний собственная активность и ресурсы человека практически не используются, а отрицательные эмоциональные переживания, пассивность и чувство беспомощности крайне негативно сказываются на внутренних возможностях организма пациента противостоять заболеванию и на его способности *преодолевать* болезнь.

Основное значение в преодолении заболевания имеют такие психологические факторы, как *субъективная оценка пациентом тяжести болезни, тип эмоционального реагирования на тяжелое соматическое заболевание, внутренняя картина болезни*, т. е. адекватное или искаженное восприятие как самого заболевания, так и методов терапевтического воздействия, а также характер поведения больного.

В XX веке в психосоматической медицине и психотерапии появился широкий спектр различных соматоцентрированных форм психологической и иных видов терапевтической помощи пациентам, направленных на преодоление болезни. В крупных психотерапевтических школах психоанализа, поведенческой, когнитивной и гуманистической терапии активно обсуждались и обсуждаются вопросы адекватности использования психологических методов при лечении тех или иных болезненных состояний,

эффективности общих психотерапевтических факторов при терапии соматических проблем, а также места комплементарной психотерапии в терапии тяжелых заболеваний.

**Телесноориентированная имагинативная психотерапия** (*нем.* - Imaginative Körper-Psychotherapie, IKP) была зарегистрирована В. Лешем как авторская методика комплементарной психотерапии в 1988 г. [1] и с этого времени успешно реализуется на базе Института психосоматики и психотерапии (Потсдам, Германия). IKP доказала высокую клиническую эффективность при лечении аутоиммунных, нейродегенеративных, кардиологических, онкологических заболеваний, в том числе у пациентов с неоперабельными формами рака, продолжительность жизни которых в разы превысила медиану выживаемости онкологических больных в Германии.

На сегодняшний день более чем у 200 из 600 пациентов доктора В. Леша, которые проходили одновременно IKP и лечение в рамках официальной медицины, онкологический диагноз был снят, зарегистрированы 23 случая полного излечения от тяжелых форм рака с катамнезом от 10 до 20 лет. Одна пациентка с рассеянным склерозом более 10 лет не имела обострений заболевания и смогла родить двоих детей. Во всех этих случаях эффект был достигнут благодаря последовательной длительной работе по методу IKP.

Метод представляет собой целостную систему психологической помощи в преодолении тяжелых соматических заболеваний, разработанную на основе интеграции телесных и имагинативных подходов:

- методика аутогенной психотерапии (W. Luthe)
- высшая ступень аутотренинга (I.H. Schultz, K. Thomas)
- кататимно-имагинативная психотерапия (H. Leuner),
- психоаналитический психосоматический подход(G. Groddeck),
- методика функционального расслабления (M. Fuchs),
- субъективная анатомия (Johnen, T.V. Uexküll),
- метод исцеляющей визуализации (O.C. Simonton, Achterberg).

IKP направлена на выработку у пациента способности опосредованного осознания своего тела и его состояния (дыхательного ритма, легких движений, положения, мышечного напряжения), на купирование болезненных симптомов, стабилизацию самочувствия, на приобретение собственного опыта управления телесными процессами. В большинстве случаев применения IKP медицинское лечение и психотерапия работают взаимодополняюще, при этом своевременная медицинская диагностика повышает эффективность психотерапии. Осведомленность пациента о заболевании, его активное взаимодействие с психотерапевтом, постоянная, последовательная внутренняя работа, направленная на преодоление болезни, а также эмоционально-личностные факторы: «Fightingspirit – боевой дух», «Hoffnung und Mut – Надежда и Мужество» - основные факторы, обеспечивающие эффективность IKP как инструмента и технологии исцеления. И его основная задача не в игнорировании тяжести заболевания и неизбежности смерти, а в том, чтобы до конца бороться за осмысленную и полноценную жизнь пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1.Loesch, Wolgang: Heilsame Kommunikation mit dem Imaginative Korperpsychotherapy (IKP) als komplementarer psychosocialer Therapiesatzin der Therapie schwer somatisch Erkrankter, auch an karzinomen Erkrankter. EANU: Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 13, Berlin, 2014.

**Е.Р. Елагина**

## ПРОБЛЕМЫ ДЕПРИВАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ В ПРИЕМНЫХ СЕМЬЯХ: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕШЕНИЯ

**ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии» (Санкт-Петербург).**

Одним из свидетельств демократичности и гуманистичности общества и государства считается уровень защищенности его граждан, и прежде всего людей старшего поколения и детей-сирот. Однако в настоящее время кризисные явления в экономической, образовательной и социокультурной сферах породили череду проблем, неудовлетворительным образом отразившихся на функционировании института семьи и способствующих росту детской беспризорности, безнадзорности и социального сиротства.

К большому сожалению, в России не снижается количество детей-сирот, 70% –80% процентов которых имеют биологических родителей, уклоняющихся от своих обязанностей, в результате в стране свыше 400 домов ребенка, 745 детских домов и 237 школ-интернатов, в которых почти миллион воспитанников [4]. Ко всему нарастает и скрытая тенденция социального сиротства, где формально родители присутствуют, но они уклоняются от воспитания своих чад и, к сожалению, армия «детей улицы» ежегодно увеличивается, приобретая угрожающие размеры, отвлекая на свое дополнительное воспитание тысячи педагогов, психологов и чиновников от образования, чтобы стабилизировать их духовное и психическое состояние и предотвратить депривацию, последствия которых могут стать необратимыми.

Термин «депривация» ввел в обиход английский психолог Дж. Боулби. Он еще в 1952 г. в работе «Материнская забота и психическое здоровье» описал результаты научного исследования детей войны, которые были эвакуированы и в раннем детстве в силу субъективных причин лишены материнской заботы и любви, следствием чего стала задержка в эмоциональном, физическом и интеллектуальном раз-

витии. Значение термина «депривация»нашло свое развитие в работах В. Кагана, А. Ребера, Ч. Райкрофта и Д. Хебба и др.Мы склоняемся в сторону понимания значения «депривации» в качестве определенного психического состояния, возникающего в результате ограничения, предложенного Й. Лангмейером и З. Матейчеком, которые утверждали, что «психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени» [1], ведь основные жизненно необходимые психические потребности ребенка-сироты заключаются прежде всего в любви, принятии, самоуважении, общении, всяческой поддержке, телесной близости и многом другом, что в условиях обычной, а не приемной, семьи есть норма.

Исследуя данную проблему, мы можем утверждать, что для психологического состояния детей-сирот характерны: низкая самооценка своих способностей, отсутствие позитивного собственного образа Я и осознания своих сильных и слабых сторон, отсутствие коммуникативных навыков, конфликтность, отсутствие критического отношения к своим поступкам и барьерность при налаживании взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, не сформированы устойчивые нравственные нормы, они эмоционально инфантильны и , как правило, закрыты и т. д. [2]. Для нас решение этих проблем крайне актуально. поскольку в уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) записано, что здоровье представляет собой не только отсутствие болезней и физических дефектов, но состояние полного социального и духовного благополучия. Нет, мы не против приемной семьи, но мы против того, что их подавляющее большинство еще не готово к сохранению психического здоровья и нивелированию депривации, потому что на первый план со времени популяризации приемных семей выступала и продолжает выступать финансовая составляющая, а именно получение от государства финансовой помощи.Как тут не вспомнить про основные постулаты семейной политики государства, которая в законодательных и нормативных документах констатирует, что это система комплексной деятельности государства, направленная на социальный институт семьи с целью укрепления и развития, защиты институциональных прав и интересов, активизации субъектной роли, обеспечения суверенитета и благополучия семьи на основе правового регулирования ее отношений с государством. Общеизвестно, что на жизнеспособности именно семьи самым непосредственным образом сказываются многочисленные реформы, модернизации, реорганизации в различных сферах жизнедеятельности, вызывающие глубокие изменения всех социальных институтов.

В последнее время внимание ученых к проблемам семьи возросло. Л.М. Шипицына, занимавшаяся проблемой сиротства, выделяла конфликтные, аморальные, педагогически несостоятельные и асоциальные семьи, характеризуя их как такие, что не выполняют свои основные с педагогической точки зрения функции – воспитательную и социализирующую, детерминируют скрытые формы социального сиротства – безнадзорность и беспризорность, что провоцирует появление детей-сирот и «детей улиц» [3].Мы уверены, что именно семья в состоянии обеспечить не только свое выживание, но и динамичное развитие, что может стать мощным фактором развития социума, а посему и стратегия семейной политики должна быть направлена на потенциальное развитие семьи. Но можем ли мы с уверенностью сказать, что и приемные семьи готовы и выполняют эту архиважную задачу, тем самым сохраняя психическое здоровье детей-сирот, ликвидируя депривацию приемных детей. Скорее всего нет, не готовы: поскольку очень часто отдают детей обратно в интернаты и детские дома, а внутрисемейные связи, как правило, после прекращения финансовых выплат не поддерживаются. А может и потому, что достаточно не мотивированы на развитие доверительных отношений в семье и нивелирование депривации, с учетом отсутствия соответствующего контроля у органов опеки за этим аспектом.

Таким образом, следует отметить, что решением поднятых проблем могут стать серьезные исследования с целью выработки конкретных предложений по улучшению положения детей-сирот с учетом факторов преодоления депривации. Прежде всего, это внесение соответствующих изменений в законодательную и нормативную базу; профессиональный консалтинг таких семей; усиление ответственности приемных семей за ухудшения всех составляющих здоровья; проведение разносторонних междисциплинарных исследований реорганизации интернатной системы в пансионную в интересах детей-сирот, а не экономической целесообразности и др.

ЛИТЕРАТУРА

1.Лангмейер Й., ,Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте - Прага : Авиценум, 1984.- С. 17.

2.Чернышова Е.Р. Альтернативная форма содержания и воспитания детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки // Наша школа. — 2007. — № 4. — С. 10-14.

3.Шипицына Л.М. Дети социального риска и их воспитание. – СПб.: Речь, 2003. – 144 с.

4.Яковлева Н.Ф. Воспитание характера детей-сирот: учеб. пособие. – 2-е изд., стер. – М. : ФЛИНТА, 2014. – 364 с.

**Н.Г. Ермакова**

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ К НОВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

**РГПУ им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург).**

В последние годы осуществляется политика государства, направленная на улучшение демографической ситуации в стране, которая включает реализацию экономических мер (материнский капитал, программы помощи молодым семьям), социальных мероприятий (длительный отпуск по уходу за ребенком, устройство детских садов и ясель), педагогических воздействий. В то же время адаптация молодых матерей к новой социальной роли после рождения ребенка сопровождается физическими и психологическими стрессорами, которые могут приводить к невротическим реакциям на ситуацию [1,2]. Нередко матери испытывают дефицит социальной и эмоциональной поддержки со стороны родственников (и прежде всего мужа), что делает необходимым оказание психологической помощи молодым матерям.

Нами наблюдались 8 молодых матерей в возрасте от 20-25 лет в поликлинике СПбГБУЗ ГП № 114 Приморского района Санкт-Петербурга. Все женщины имели одного ребенка на первом году жизни; 7 состояли в браке, 1 воспитывала ребенка одна (проживала с матерью).

Все женщины предъявляли жалобы на стресс, связанный с резким изменением социального статуса, привычной среды и окружения, который проявлялся в социальной депривации (сужение привычного круга общения), сенсорной депривации (дефицит новых стимулов, монотония), депривации сна, блокаде в реализации значимых потребностей (необходимость соблюдения диеты кормящими матерями), на дефицит социальной поддержки со стороны родственников; наблюдались раздражительность, плаксивость.

На трудности адаптации оказывали влияние биологически обусловленные и психосоциальные факторы.

К биологическим факторам относились последствия протекания беременности (угроза прерывания) и родов (кесарево сечение), послеродовые гормональные нарушения (раздражительность, депрессия, избыточный вес), последствия вмешательств в процессе родовой деятельности (недержание мочи, нарушения генитальной чувствительности, затрудняющие восстановление сексуальных контактов).

Среди психосоциальных факторов отмечались следующие причины:

1.Дефицит социальной поддержки. Отсутствие в семье распределения ролей в хозяйственно–бытовой сфере (по уходу за ребенком и обеспечению быта семьи (стирка, приготовление обеда, уход за домом и др.).Наблюдалось у всех женщин. Основная причина связана с непониманием родственниками (прежде всего мужем) психофизиологического состояния молодой матери, особенностей ее жизнедеятельности. Матерям необходимо соблюдать режим кормления ребенка, осуществлять ежедневную прогулку с ребенком, купание, соблюдать собственную гигиену. Во время дневного сна ребенка молодые мамы вынуждены выполнять необходимые работы по дому (приготовление обеда, стирка белья), а также вставать к ребенку во время его ночных пробуждений, что закономерно приводит к физическому и нервному истощению. Женщины, проживающие вместе с родственниками (5 человек), отмечали, что в вечернее время получали частично помощь в заботе о ребенке от родных (муж, мать, свекровь). Женщины, проживающие с мужем отдельно от родственников (3 человека), отмечали, что муж после работы не оказывает помощь и молодая мать фактически остается сутки один на один с маленьким ребенком.

2. Перемена места жительства (переезд в другой город после рождения ребенка, утрата прежних социальных связей с близкими, подругами, изменение привычной городской или географической среды, климата и др.). Наблюдалось у 2 человек.

3. Особенности личности самой матери, особенности характера (тревожность, возбудимость), коммуникативные трудности (неумение вести конструктивный диалог и обсуждать распределение ролей между супругами и родственниками). Наблюдалось у 6 человек.

4. Психологическая незрелось матери. Отсутствие готовности к перестройке системы ценностей и устремлений личности, к формированию материнской доминанты (навыков ухода и воспитания за ребенком). Наблюдалась у 3 матерей молодого возраста (20-21 год) - «хочется потусить с подругами», «муж настоял на сохранении беременности, а теперь не помогает»). У этих женщин отмечались особенности воспитания (материнская депривация, неблагополучная семья.)

Со всеми женщинами проводилось индивидуальное психологическое консультирование, направленное на выявление и коррекцию неадекватных установок, на развитие коммуникативных навыков, на оптимизацию межличностных отношений в семье.

По нашим представлениям, молодые матери, воспитывающие ребенка первого года жизни, нуждаются как в психологической помощи, так и в помощи социального педагога, социального работника, осуществление которой может быть возложено как на детские поликлиники, так и на органы социальной поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие. - СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

2. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике. - М.: ГЭОТАМЕД, 2004. – 240 с.

**О.И. Ефимова, О.И. Егорова**

## СУИЦИД И ВОЗРАСТ: ПРОБЛЕМЫ, ПОДХОДЫ, МНЕНИЯ[4]

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва, Ульяновск)**.

Проблема суицидального поведения сохраняет свою актуальность многие десятилетия, и если совсем недавно данной проблематикой занимался в основном узкий круг ученых, то в настоящее время суицидальная активность личности, особенно подростка, стала предметом пристального внимания всего общества. В научном плане суицидальное поведение прежде всего рассматривается как объект прикладного изучения, на основе которого разрабатываются различные превентивные программы.

Очень часто причины, которые «запускают» в подростковом возрасте суицидальное поведение, для взрослого человека не являются потенциальными катализаторами аутоагрессивного поведения. Например, Е.М. Вроно среди потенциальных факторов подросткового суицида называет одаренность, плохую успеваемость в школе, внезапную беременность, подверженность насилию и др. [2]. А.Е. Личко говорит о потере любимого человека, состоянии переутомления, уязвленном чувстве собственного достоинства, разрушении защитных механизмов личности вследствие употребления ПАВ, подражании человеку, совершившему самоубийство [7]. Зарубежные авторы большое внимание уделяют фактору семьи и физиологической перестройке организма. Так, J. Stillion отмечал, что подростки сосредоточиваются на изменяющемся виде тела и часто испытывают отрицательные чувства о себе. Это может выражаться в явлении эгоцентризма, который может привести к ощущению своей уникальности и чувству одиночества [9]. Таким образом, выделение детского и подросткового возраста в группу суицидального риска вполне закономерно.

Что же позволяет человеку справиться со стрессовой ситуацией? В качестве компонентов антисуицидального потенциала личности может рассматриваться жизнестойкость - черту личности, участвующую в развитии способности субъекта адекватно и заинтересованно реагировать на происходящие события, а в нужных ситуациях умело справляться со стрессорами, а также совладающее поведение, которое целесообразно рассматривать не только с позиции копинга, но и с позиции защиты, поскольку в совладании с ситуацией (отношению к проблеме и выбору способов ее разрешения) играет роль не только поведенческий аспект, но и глубинные, внутренние особенности личности.

Многие ученые, занимающиеся проблематикой жизнестойкости, рассматривают детский и подростковый возраст как важный этап в развитии компонентов жизнестойкости, копинга и механизмов психологических защит. Так, С. Мадди считает, что жизнестойкость появляется в начале жизни, а также частично в отрочестве. Главным стержнем ее развития выступают детско-родительские отношения, поскольку и ребенок, и родители привносят в них свой набор врожденных потребностей и способностей (так называемое ядро личности) [4, 8]. Другие авторы (А.Н. Фоминова, Е.А. Байер, С.Н. Гончар и др.) рассматривают развитие жизнестойкости не только в рамках раннего возраста, но и в школьном и студенческом возрастах, уделяя большое внимание образовательному компоненту [1, 3, 8].

М.В. Смирнова и О.А. Москвитина пришли к выводу, что именно в детском возрасте происходит освоение эффективных стратегий и способов совладающего поведения, которые впоследствии становятся неизменным личностным ресурсом совладания с трудными жизненными ситуациями [5, 6].

Таким образом, конструкты «жизнестойкость» и «совладающее поведение» являются значимыми компонентами «антисуицидального потенциала личности», что требует эмпирического подтверждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байер Е.А Исследование жизнестойкости у детей-сирот в условиях детского дома как залог успешной социальной адаптации в быстро меняющемся мире [Текст] / Е.А. Байер // Вестник спортивной науки. – 2010. - № 1. – С. 30-34.

2. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков [Текст] / Е.М. Вроно. - М. : Академический проект, 2001. – 40 с.

3. Гончар С.Н. Развитие жизнестойкости студентов как условие их адаптациогенеза в процессе непрерывного образования личности [Электронный ресурс] / С.Н. Гончар. – Режим доступа: http://www.rusnauka.com/33_DWS_2013/Psihologia/5_150618.doc.htm.

4. Мадди С. Смыслообразование в процессах принятия решения [Текст] / С. Мадди // Психологический журнал. - 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87-101.

5. Москвитина О.А. Особенности совладающего поведения у детей [Текст] / О.А. Москвитина // Вестник практической психологии образования. – 2013. - № 1. – С. 52-56.

6. Смирнова М.В. Копинг-стратегии у детей младшего школьного возраста / М.В. Смирнова // Системная психология и социология. – 2012. - № 6. – С. 120–124.

7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная терапия [Текст] / Г.В. Старшенбаум. - М. : Когито-центр, 2005. – 376 с.

8. Фоминова А.Н. Роль когнитивных и поведенческих навыков в проявлении жизнестойкости [Текст] / А.Н. Фоминова // Концепт. – 2012. – № 8. – С. 3-13.

9. Stillion J. Suicide across the lifespan – premature exit / Stillion J., Mc Dowel E., May J. – New York, Washington, Philadelphia, London, 1989.

[4]Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект 17-06-00814а.

**А.А. Жаркова**

## СОЦИОКУЛЬТУРНОЕ РАЗВИТИЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ КАК СРЕДСТВО ЕЕ ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ

**Димитровградский механико-технологический техникум молочной промышленности (Димитровград, Ульяновская обл.).**

В современных условиях происходит актуализация социокультурного развития учащейся молодежи, составной частью которого является поликультурное воспитание и формирование толерантности, направленные на позитивную социализацию подрастающего поколения. Наиболее успешно данные процессы реализуются в условиях специально созданной инфраструктуры – Центре социокультурной деятельности и толерантности, среди главных принципов деятельности которого, мы выделяем требования целостности, полноты, доступности и непрерывности сферы этого рода деятельности. Главной его целью является формирование творческих способностей молодого человека, его социально-культурной активности и толерантности, взаимного уважения своей и иной культуры [1, 3].

В процессе деятельности Центра мы успешно реализовали инновационный проект «Условия социокультурного развития учащихся профессиональных школ в условиях глобализации и регионализации образования». Соединить разумный активный отдых с игрою ума и воображения, внести в досуг подлинные основы развития социально-активной и творческой личности - эти задачи возникли перед организаторами и исполнителями проекта при определении ведущих принципов организации работы социокультурных центров по развития учащейся молодежи.

Первая традиционная форма - кружки, наиболее распространенная в условиях средних профессиональных школ. Здесь предусматривались занятия художественно-творческой деятельностью под руководством руководителя, обладающего теоретическими и практическими знаниями в данной области, и содержание данных занятий отвечало требованиям поликультурного образования и формирования толерантности.

Вторая форма, используемая нами, - любительские объединения художественного творчества. Сюда приходили учащиеся, которые отличались глубиной и устойчивостью интереса к соответствующему виду художественного творчества. Здесь вырабатывалась программа работы любительского объединения на какой-то срок, преобладали обсуждения, доклады, выставки и т. д. Видное место в организации досуга занимали музеи, организованные на общественных началах. В наших исследованиях на вопрос анкеты «Какие мероприятия, проводимые в свободное время, вам понравились?» - ответы показали, что в числе интересных и любимых подростки включили те, в которых они сами принимали активное участие. Проводимые социокультурными учреждениями различные профессиональные конкурсы также способствовали социально ориентированной организации досуга, были направлены на развитие творческой социальной активности.

Диагностика послужила основой для разработки социально-культурных проектов и программ интегрированного типа, в процессе которой мы исходили из триединства рационального, эмоционального и творческого начал [2, 3]. Лишь при этом условии полученная нами информация позволила распознать значимость той или иной формы организации социокультурной деятельности с учащимися, способствующей формированию их толерантного мышления и ориентированности.

Диагностика социокультурных ориентаций учащихся проходила в Димитровградском механико-технологическом техникуме молочной промышленности, где его преподаватели регулярно проводили блиц-опросы обучаемых и педагогов по актуальным молодежным проблемам. Эти опросы выявляли, фиксировали различные точки зрения, результаты их апробировались на Всероссийских научно-методических семинарах и конференциях. Исследование показало, что в зависимости от сформированности потребностей, интересов и склонностей к творческой деятельности социокультурное развитие учащихся может иметь различные проявления [3, 4].

*Первый его уровень* - *ситуативно-неустойчивый*. Он характеризуется ситуативным интересом к социокультурной деятельности, переживанием отрицательных эмоций при столкновении с задачами, требующими длительного и большого напряжения, а значит, и неосознаваемый (иногда и сознательный) уход от сложных задач творческого характера.

*Второй уровень социокультурного развития* - воспроизводящая активность. На этом уровне находятся учащиеся репродуктивно-активного стиля деятельности. Учащиеся данной группы имеют высокие социальные мотивы.

*На третьем уровне* - потенциально-творческом - творческая мотивация начинает оказывать заметное влияние на стиль мышления и деятельность учащегося. Ситуативно возникший интерес к творческому решению задач порождает потребность многократно пережить ту богатую гамму чувств, которыми сопровождается этот процесс, развивает преобразующее отношение к предметам, объектам, явлениям социокультурной действительности.

*Четвертый уровень* социокультурного развития - сама преобразующая творческая деятельность. Для учащегося, достигшего данный уровень, характерно постоянное стремление к самостоятельному поиску нерешенных творческих задач, стремление к социальной активности в реальной социокультурной и многогранной деятельности, способствующей его позитивной социализации.

ЛИТЕРАТУРА

1.Розов Н.С. Культура, ценности и развитие образования. - М.: Исслед. центр по проблемам управления качеством подготовки специалистов, 2012. - 154 с.

2. Трегубова Т.М. Социально ориентированные воспитательные программы как средство поликультурного образования студентов: опыт США // Вестник Казанского государственного университета культуры и искусств. – 2013. – выпуск № 2. – С. 106-109.

3.Трегубова, Т.М. О развитии стратегического партнерства университетов в системе поликультурного образования // Образование и саморазвитие. – 2014. - № 4 (42). – С.207-211.

4.Comparative Education Review. – Chicago, 2014. - № 1, – V. 33. - pp.3-15.

**А.В. Жарова, Н.А. Горбач, М.А. Лисняк**

## ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ИНФРАСТРУКТУРЕ ВУЗА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ

**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет науки и технологий имени академика М.Ф. Решетнева», ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск).**

В современном российском обществе в условиях реформирования образования, в том числе вузовского, сохранение здоровья обучающихся и преподавателей как потенциала развития человеческого капитала – проблема, решение которой требует комплексного подхода. По данным исследований, в том числе авторских, состояние как соматического, так и психического здоровья обучающихся и преподавателей вузов имеет неблагоприятные тенденции. У 33%-45% обучающихся выявляются нарушения невротического характера, психосоматические расстройства. При опросе экспертов о степени значимости психологических рисков, связанных с преподавательской деятельностью, первые ранговые положения занимают синдром «эмоционального выгорания» и профессиональная деформация личности[5].

Десятилетний опыт деятельности Центра социально-психологической помощи как инновационной структуры технического вуза, которая и реализует оздоровительные технологии, и участвует в координации здоровьесберегающей деятельности университета, свидетельствует о необходимости взаимодействия с учреждениями здравоохранения (специализированного профиля, общеврачебной практики)[6]. На сегодняшний день единого методологического подхода к решению данных задач не выработано, каждая образовательная организация решает их своеобразно, исходя из возможностей и степени осознания важности проблемы. Предлагаемая нами единая система позволит обеспечить эффективную инфраструктуру здоровьесберегающей деятельности в вузе.

В предлагаемой схеме медико-психологический центр в рамках обеспечения инфраструктуры здоровьесберегающей деятельности вуза осуществляет организацию и контроль общевузовского мониторинга здоровья и качества жизни студентов и преподавателей, обеспечивает работу компьютерной информационно-аналитической системы (ИАС) для ведения банка статистических данных, необходимых для контроля, планирования и определения направлений практических оздоровительно-профилактических мероприятий и научных разработок.

По результатам диспансеризации профессорско-преподавательского состава вуза и медицинских осмотров обучающихся формируется Паспорт здоровья. С целью выявления групп риска и проведения адресной профилактической работы, обеспечения преемственности медико-профилактических, оздоровительных и реабилитационных мероприятий, проводимых в вузе, необходимо формирование базы данных всех параметров (соматического, физического, социально-психологического) здоровья обучающихся. Это возможно с помощью ведения с момента поступления в вуз вкладыша в Паспорт здоровья. Неотъемлемой частью предлагаемой модели является информационно-аналитическая система (ИАС), имеющая управленческий модуль для администрации и частный модуль, доступный только через пароль. Частный модуль позволит обучающимся и преподавателям иметь личный кабинет, где будет размещена вся информация Паспорта здоровья и вкладыша в него, а также предусмотрена мотивирующая аналитическая система динамики параметров состояния здоровья.

Предлагаемая организационная модель оптимизации оздоровительно-профилактической деятельности, оформленная с помощью компьютерных технологий в информационно-аналитическую систему мониторинга здоровьесбережения в вузе, позволит адекватно реагировать управленческими решениями на тенденции в состоянии здоровья студентов и преподавателей.

[5] Горбач, Н.А. Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе: монография / Н.А. Горбач, А.В. Жарова, М.А. Лисняк, Т.П. Колоскова, Т.В. Трепашко, Д.М. Шерстяных, А.С. Шерстяных. Красноярск: Сибирский юридический институт ФСКН России, 2011. – 295 с.

[6] Жарова, А.В. Социально-психологическая поддержка субъектов учебно-воспитательного процесса в вузе: практический аспект / А.В. Жарова, И.Е. Марина, А.В. Голева, А.Н. Леонтьева // Методические рекомендации для преподавателей, кураторов, воспитателей общежитий. – Красноярск: «СибГАУ им. акад. М.Ф. Решетнева», 2016 - 78с.

**Е.В. Жидкова, В.О. Долгая**

## О НЕКОТОРЫХ ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ОТ СУИЦИДОВ

**Владивостокский филиал Дальневосточного юридического института МВД России (Владивосток).**

Для современного государства приоритетным направлением является защита прав и законных интересов человека и гражданина. Наиболее уязвимой группой населения нашей станы являются несовершеннолетние, которые в силу своего возраста нередко попадают в сложные жизненные ситуации, заканчивающиеся в отдельных случаях суицидом, то есть намеренным лишением себя жизни.

В соответствии со статистическими данными, приведенными уполномоченной по правам ребенка в РФ на селекторном совещании «О профилактике суицидов среди несовершеннолетних», прошедшем в Национальном центре управления в кризисных ситуациях МЧС России, с 2011 по 2015 гг. количество самоубийств в стране стабильно снижалось на 10% в год, но в 2016 г. произошел их рост на 57%.

Как считают многие исследователи, в основном причины самоубийств подростков кроются в безразличии родителей, педагогов к их проблемам. Такие решения обычно свойственны детям замкнутым, ранимым, одиноким, не имеющим интересов, потерявшим смысл своего существования. Жизнь в современном обществе для подростка с еще не сформированным сознанием полна своеобразных ситуаций, в том числе и проблемных, зависящих от многих причин, одной из которых выступает интерес подростков ко всему новому, неизвестному. Особенно остро встает вопрос, когда этот интерес сопровождается безучастностью в этом процессе родных людей. Испытывающие дефицит проявления чувств, обычного внимания подростки часто находятся в страхе и тревоге, нередко замыкаются в себе, уходят в собственный мир переживаний и грез.

Неблагоприятные жизненные обстоятельства, неспособность справиться с огромным объемом информации, неумение самостоятельно преодолеть жизненные трудности и принудить себя к выполнению полученных заданий в школе и дома в определенном сочетании с другими факторами могут привести к суициду.

В кризисные периоды жизни подростки из любопытства или стремления найти собеседников и обсудить свои проблемы часто обращаются к интернет-ресурсам, особенно к сайтам, с помощью которых они могут получить разрядку либо совершать рискованные действия, связанные с возможностью расставания с жизнью в виртуальном мире и завершающиеся в реальном. Отдельные индивиды предпочитают пользоваться играми, прохождение уровней которых предполагает совершение виртуальных убийств и самоубийств. Другие подростки вступают или состоят сразу в нескольких виртуальных сообществах, где основной тематикой выступает только суицид. Отдельные группы посвящены героизации самоубийств, в них речь может идти о преимуществах совершения суицида с сохранением подтекста, что есть жизнь после смерти. При этом даже цитируют исследования и приводят доказательства каких-то ученых.

Давление на человеческое сознание в настоящее время осуществляется с потрясающим воображение динамизмом и напором со стороны самых разных технических средств. Например, всеми известные группы «смерти» в социальных сетях, которые последние время захлестнули нашу страну. Алгоритм вовлечения детей в такие группы примерно следующий. Сначала создается доброжелательная, внешне дружественная для ребенка атмосфера, чтобы он почувствовал себя частью группы. Затем устанавливается ежедневный и ежечасный контроль над поведением ребенка со строгой обязанностью отмечаться в группе в соответствии с установленным графиком. Далее начинается планомерное воздействие на сознание и подсознание ребенка путем создания различных виртуальных ситуаций, в которых даются примеры поведения, выгодные манипуляторам, и через виртуальные поощрения, наказания, переживания исподволь, незаметно для детей, но жестко и логично формируется такое их социальное поведение и такие социальные установки, единственным результатом которых является внешне добровольный уход из жизни.

Таким образом, суицид всегда является следствием специфической психологической структуры личности. Его предпосылками, с одной стороны, являются внутриличностные особенности, включая конфликты, с другой – влияние информации, содержащей в себе негативную окраску, провоцирующую мысли о суициде, а также манипулятивное воздействие лиц, реализующих свою потребность во власти над другими людьми и их жизнями. Особенно опасно дистанционное интернет-воздействие путем манипуляций над психикой и сознанием жертвы, кодирования и программирования ее мозга на самоубийство.

Воздействие на детскую психику современных психо-программирующих (зомбирующих) технологий через социальные сети Интернет-пространства фактически относится к новым вызовам и угрозам детской безопасности, в связи с чем охрана психического здоровья подрастающего поколения является важной составляющей государственной политики нашего государства. Так, Указом Президента РФ от 01.06.2012 № 761 утверждена Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы; с 1 сентября 2012 г. вступил в действие Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», согласно которому к информации, запрещенной для распространения среди детей, относится информация, побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству.

С даты принятия указанных нормативных актов прошло более пяти лет, но надежная защита детей от вредоносной информации еще не достигнута. До сих пор по большинству случаев суицида следственные органы по результатам проверок выносят постановления об отказе в возбуждении уголовного дела, в том числе из-за несовершенства уголовного законодательства, не позволяющего квалифицировать действия интернет-манипуляторов как преступные.

Решение проблемы видится в обеспечении информационной безопасности детей, совершенствовании уголовного законодательства и правоприменительной практики, создании криминалистической методики расследования преступных действий интернет-манипуляторов детской психикой, приводящих к суициду, в том числе разработке криминалистических методов и средств предупреждения таких преступлений.

**Д.И. Заболоцкая, Е.И. Захарова**

## ПОЗИЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ОТНОШЕНИИ УВЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКА

**Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (**Москва).

В настоящее время все чаще звучит тезис об отсутствии личных интересов у подростков, что ведет к возрастанию рисков появления асоциального поведения, пассивности или экстремальной активности подростка. Между тем, появление личных интересов является не только залогом благополучия подростка, но и важнейшей линией его личностного развития. По мнению Л.И. Божович, в этом возрасте формируется еще один устойчивый побудитель – «личный интерес», кардинально преобразующий мотивационную сферу подростка [1, 2, 3]. Он становится устойчивым побудителем деятельности, связанной с приобретением специальных компетенций (увлечения), открывает новую сферу совершенствования. Несмотря на то, что в современной психологии развития появляется все больше исследований трансформации мотивационной сферы подростка (становления познавательного интереса, интереса к различным профессиональным сферам, развитие патологических интересов), проблема становления личных интересов остается актуальной [4, 5]. Недостаточно изученной является роль родителей в этом процессе.

**Целью** нашего исследования явилось изучение особенностей личных интересов старших подростков и влияние позиции родителей на их становление. В нем приняли участие 117 школьников 8-11 классов (72 мальчика и 45 девочек).

Мы предполагали, что успешность становления личных интересов подростка будет связана с позицией родителей в отношении увлечения подростка, в частности с мерой их включенности и признания ими права подроста на самоопределение

Для исследования уровня развития личных интересов подростка и для оценки позиции родителя мы использовали авторский опросник, метод контент-анализа проективного сочинения на тему «Мои увлечения», полуструктурированное интервью.

Проведенное исследование показало, что для старших подростков данной выборки характерна высокая устойчивость интересов и высокая оценка успешности реализации своего увлечения. Среди ключевых характеристик личных интересов можно выделить наличие деятельности по его удовлетворению (собственно увлечения), осознанность и устойчивость. Данные характеристики, на наш взгляд, позволяют дифференцировать уровень развития интересов. У старших подростков нашей выборки преобладает средний уровень их развития , хотя разброс показателей довольно высок. Значимая связь уровня развития интереса была зафиксирована с опытом его становления. Высокий уровень развития личного интереса обусловлен наличием преемственности детских увлечений. Кроме того, зрелое, осознанное и внутренне мотивированное увлечение характерно для подростков, которые имели возможность самостоятельного определения сферы своих интересов. Предоставление широкого круга занятий для ребенка и возможности выбора, наиболее отвечающего собственным интересам, становится важнейшей предпосылкой становления личного интереса.

Характер родительского участия в увлечениях подростков существенно различался. Родители различались мерой включенности, позицией в отношении того, кто определяет содержание увлечения. В некоторых случаях решение принималось родителями без учета мнения подростка, в некоторых случаях они принимали его в расчет. То есть родительское участие принимало авторитарный или демократический характер. Результаты исследования показали, что высокий уровень развития интереса связан с высокой вовлеченностью родителя, поддерживающей демократической позиций.

Подтвердилась гипотеза о том, что демократическая позиция родителей, в отличие от авторитарной или отстраненной, способствует становлению личных интересов подростка. Авторитарная позиция родителя, сопровождающего становление личного интереса подростка, также обусловливает его высокую устойчивость и осознанность. Однако значимость увлечения для подростка в таком случае существенно ниже.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что высокая вовлеченность родителей и их демократическая позиция в отношении выбора увлечений подростка способствует становлению устойчивого личного интереса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – СПб.: Питер, 2008. – 398 с.

2. Выготский Л.С. Педология подростка / Собрание сочинений: в 6 т. / Т. 4. Детская психология / Под. ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 433 с.

3. Кон И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. – 256 с.

4. Vignoli E., Croity-Belz S., Chapeland V., de Fillipis, A., Garcia M. Career exploration in adolescents: the role of anxiety, attachment, and parenting style / Journal of Vocational Behavior, Oct 2005, v67 n2. – P. 153-168.

5. Terence J.G. Tracey. Interest traitedness as a moderator of interest-ocupation congruence / Journal of Vocational Behavior, Feb 2003, v62 n1. – P. 1-10.

**И. С. Зайцев**

# УЧЕТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В АСПЕКТЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ

**ГУО «Академия последипломного образования» (Минск).**

Социально-психологическая абилитация в условиях нарушенного речевого развития возможна при условии оказания адекватной психолого-педагогической помощи детям. Эффективная реализация такой помощи может быть организована лишь при учете специфики психического развития означенного контингента. В первую очередь следует принять во внимание, что при большинстве речевых расстройств имеет место первазивное нарушение психики – качественное патологическое своеобразие нескольких областей психической сферы. Отмеченное выраженно касается таких психических процессов, как восприятие, память, мышление, воображение. Грубо нарушено внимание как психическая деятельность, лежащая в основе актуализации любого психического процесса. Представим некоторые возможные недостатки психического развития при расстройствах речи.

Всегда имеет место нарушение слухового восприятия. Наиболее негативно на развитии психики в целом сказывается собственно слуховая агнозия, сводящаяся в грубых проявлениях к полному непониманию смысла простых бытовых звуков, перестающих быть носителями какого-либо конкретного значения. Подобные расстройства довольно-таки редки. Чаще в структуре речевых расстройств присутствует более простая форма слуховых нарушений – нарушение слуховой памяти, проявляющееся в отсутствии слуховых дифференцировок при различении звуковысотных отношений, что приводит к невозможности запоминания даже двух простых звуковых эталонов.

Характерны нарушения зрительного восприятия в случаях расстройств речи у детей, связанных с органическим поражением ЦНС (дизартрия, алалия). Одним из видов патологии зрительного восприятия является предметная агнозия, характеризующаяся отсутствием узнавания, нарушением целостности восприятия предмета, а при грубой степени – невозможностью зрительного восприятия реальных предметов.

Значимую роль в общем психическом развитии ребенка играет тактильное восприятие, позволяющее контактно осознавать окружающий мир. Характерна предметная агнозия (астереогноз) – неспособность воспринимать предмет на ощупь, следовательно – полноценно осмыслить его назначение.

При расстройствах речи характерны специфические нарушения мнестической деятельности, среди которых превалирует неполноценность онтогенетически ранней двигательно-кинестетической памяти в мышцах артикуляторного аппарата, что обусловливает слабое запоминание правильных артикуляторных движений, затрудняющее верное продуцирование речи. В целом для детей означенного контингента характерен узкий объем запоминаемого материала любой модальности, слабая прочность удержания речевых сигналов.

Особое место в картине отклонений психики при речевых расстройствах занимает состояние мышления. Нарушения речи определяют многообразие специфических отклонений в состоянии мыслительной деятельности в связи с тем, что мышление всегда есть целенаправленный процесс, требующий активного оречевления. При различной речевой патологии расстройства мыслительной деятельности либо распространяются на все виды интеллектуальной деятельности (словесно-логический, наглядно-образный и наглядно-действенный), либо затрагивают один из них. Наиболее грубо нарушение мышления проявляется при расстройствах речи на основе раннего органического поражения головного мозга (дизартрия, алалия). Нарушение деятельности при речевых расстройствах, вызванных органикой центрального характера, препятствует полноценному интеллектуальному развитию. Например, при дизартрии в синдроме детского церебрального паралича ребенок на первом году жизни не может произвольно повернуть голову из-за пареза глазодвигателей, перевести взор на тот или иной раздражитель, приблизиться к интересующему предмету и захватить его. Все это способствует недоразвитию интеллекта.

В синдром любого речевого нарушения входит патологическое своеобразие воображения, поскольку данный психический процесс может быть активирован через подкрепление опытом, в приобретении которого велика роль общения с окружающими. Воображение напрямую зависит от состояния развития речи, а при ее расстройствах присутствуют низкая продуктивность произвольного воображения, отсутствие оригинальности создаваемых образов, неспособность в развернутой вербализации отразить воссозданный образ, быстрая истощаемость процесса воображения.

Активизации любого психического процесса предшествует актуализация психической деятельности – внимания, что обеспечивает сосредоточенность сознания на определенных объектах или определенной деятельности при отвлечении от всего остального. Для детей с речевыми нарушениями присуще расстройство внимания из-за повышенной возбудимости, повышенной утомляемости, неспособности к длительному напряжению. Страдают устойчивость внимания и его переключение. Характерен низкий объем произвольного внимания, малая его продуктивность, выраженная неустойчивость.

В целом следует учитывать, что нарушения речи определяют наличие ряда патологических проявлений психических процессов, затрудняющих полноценное отражение окружающего мира на индивидуальном уровне. Спектр таких проявлений широк. Все сказанное обусловливает важность своевременной коррекции патологических свойств психики для обеспечения максимально возможного развития ребенка, страдающего речевым расстройством, в аспекте социально-психологической абилитации представленного контингента.

**А.Э. Зайцева**

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск).**

Важнейшим показателем оценки эффективности качества реабилитационных вмешательств в условиях медицинского учреждений является показатель качества жизни пациентов.

Представленное исследование посвящено изучению качества жизни подростков с сахарным диабетом (СД). Психологическая помощь подросткам СД сегодня рассматривается как одна из ведущих составляющих их системной реабилитации. В статье представлен анализ показателей качества жизни с показателями семейных взаимоотношений, особенностями регуляции поведения, а также с уровнем и направленностью тревоги подростков.

Теоретико-методологическое основание составляет концепция Новик А.А., рассматривающая качество жизни ребенка в условиях болезни как интегративную характеристику жизнедеятельности ребенка, включающую в себя физическое, психологическое и социальное функционирование ребенка, учитывающее специфику субъективного восприятия. Обобщение данных осуществляется на основании биопсихосоциального подхода к рассмотрению феноменов болезни, здоровья и онтогенеза (Ананьев В.А., 2006).

В группу исследования вошли 45 подростков с СД, каждый из которых на момент исследования имел клинически подтвержденный диагноз, а также находился на стационарном лечении в больнице г. Томска, и 27 подростков без какого-либо клинически подтвержденного диагноза. Возраст респондентов варьировал от 14 до 17 лет.

Эмпирический доступ к феномену «качеству жизни» обеспечен методикой SF-36 (адаптированный вариант для подростков). Контроль психологических параметров, связанных с качеством жизни, обеспечивали: опросник «Многомерная оценка детской тревожности» (Е.Е. Малкова, 2007), опросник «Подростки о родителях» E. Schaefer (1965), методика «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус,1988). Приверженность лечению подростков с хроническими соматическими заболеваниями как фактор, по нашим предположениям, имеющий огромный вклад в качество жизни болеющего подростка, контролировалось на основании самоотчета подростка о соблюдении нормы лечения (диета, режим прием препаратов, режим сна и отдыха) и оценок врача последовательности подростка в соблюдении врачебных предписаний.

В сравнении с контрольной группой подростков, не имеющих какого-либо клинически подтвержденного диагноза, подростки с СД имеют значительные различия уровня качества жизни.

Приверженность лечению у подростков с СД является одним из основополагающих маркеров успешности лечения, а также, по результатам исследования, имеет высокий уровень статистической значимости взаимосвязи с качеством жизни.

Оценивая вклад тревожности как интегративной характеристики эмоционального статуса подростков, связанного с качеством жизни, мы обнаружили значимые различия по показателю «снижение психической активности, связанное с тревогой» ($F=8,397$, $p=0,000$). Так, у подростков с СД обнаруживаются более высокие показатели по данному параметру в сравнении со здоровыми подростками. Помимо этого, у подростков с СД тревожность имеет тотальное влияние на все составляющие качества жизни.

Достоверно значимые различия были выявлены между уровнем приверженности лечению и «тревогой в отношениях со сверстниками» ($F=3,318$, $p=0,024$), и «тревогой в отношениях с родителями» ($F=2,432$, $p=0,071$), и «тревогой в ситуациях самовыражения» ($F=3,376$, $p=0,022$). Здесь, вероятно, обнаруживается двухсторонняя связь. Первично имеющаяся тревога может фрустрировать ребенка, снижая общий уровень его функционирования, приводя к астенизации и как следствие, несоблюдению правил лечения. С другой стороны, приверженность лечению является своеобразным маркером сформированности уровня саморегуляции ребенка, его возможностей самостоятельного контроля над болезнью.

Закономерно проявляется связь между адаптивно-защитным комплексом и качеством жизни. Копинг-стратегия, направленная на планирование решения проблемы, на уровне статистической тенденции чаще используется подростками с СД, чем подростками, не имеющими клинически подтвержденного диагноза ($F=2,621$, $p=0,06$). Сам диагноз – СД - ориентирует ребенка и его родителей на конкретный стиль жизни, который подразумевает высокий уровень самоконтроля ребенка за состоянием своего организма. Закономерен и тот факт, что, научившись с раннего возраста контролировать свое соматическое состояние, контролировать болезнь, ребенок и в других ситуациях использует адаптивные способы саморегуляции.

По результатам исследования выявлено, что семейные взаимоотношения являются основополагающими для подростков с СД. Значимые достоверные взаимосвязи обнаружены между показателями подростков их отношений с родителями. Так, обнаружена прямая корреляционная связь между позитивным отношением матери к ребенку и общим здоровьем ($r=0,281$, $p=0,007$), и уровнем жизнеспособности ($r=0,398$, $p=0,000$), и уровнем социального функционирования ($r=0,288$, $p=0,006$), и уровнем психологического функционирования ($r=0,358$, $p=0,001$). Таким образом, позитивное отношение матери к ребенку обусловливает более высокий уровень качества его жизни, враждебное отношение матери к ребенку обусловливает снижение качества его жизни. При этом обнаружены достаточно противоречивые взаимосвязи. Так, в полных семьях, в отличие от подростков из неполных семей, обнаружен более низкий уровень качества жизни подростков. Данное различие, вероятно, обусловлено трудностями взаимоотношений родителей и ребенка, а также несовпадением воспитательных позиций между родителями подростков.

**С.И. Замогильный[3], С.А. Игумнов[2], Ю.А. Николкина[1], К.Э. Зборовский[2], А.А. Куксгаузен[3], П.С. Лапанов[4]**

## АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ[1]

**[1]Национальный научный центр наркологии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России» (Москва), [2]Белорусский государственный университет, Институт управления и социальных технологий (Минск), [3]Саратовский государственный технический университет (Саратов), [4]Гомельский государственный медицинский университет, (Гомель).**

Проведено мультицентровое исследование (Московская и Саратовская области - Россия; Минская и Гомельская области - Беларусь) клинических и социально-психологических особенностей лиц молодого возраста, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением «новых психоактивных веществ» (синтетических каннабиноидов).

**Материал и методы.** Выборку составили 200 испытуемых в возрасте от 16 до 24 лет. Обследуемые первой группы (100 чел.) характеризовались систематическим употреблением психоактивных веществ (синтетических каннабиноидов). Группу сравнения (100 чел.) составили представители молодежи, характеризующиеся склонностью к развитию интернет-зависимости, в ряде случаев сочетающейся с эпизодическим употреблением синтетических каннабиноидов («спайсов») без признаков сформированной зависимости.

В исследовании применялись следующие основные **методы**: клинико-психопатологический (исследовательские диагностические критерии МКБ-10), экспериментально-психологический - для выявления предрасположенности к интернет-зависимости использовали тест Интернет-зависимости (С.А. Кулаков, 2004); для выявления алекситимических характеристик использовали Торонтскую Алекситимическую шкалу TAS-26 (адаптация ПНИИ им. В.М. Бехтерева); для выявления индивидуального стиля совладания со стрессом, непродуктивных паттернов поведения и ресурсов личности методика «Стратегии совладающего поведения» (А. Лазарус, адаптация ПНИИ им. В.М. Бехтерева)); статистический.

**Результаты исследования**. В обеих группах выявлен высокий средний показатель алекситимических характеристик. Алекситимические черты сочетались с игнорированием собственных эмоций и соматизацией аффекта. Доминировали копинг-стратегии аутоагрессии, ухода, избегания. В стрессовых ситуациях у лиц с высоким уровнем алекситимии усиливались проявления склонности к аддиктивному поведению.

**Заключение.** В обеих группах обследуемых выявлены высокие показатели алекситимических характеристик, что может создавать дополнительные трудности в терапии и профилактике формирующейся зависимости. В ракурсе увеличения отрицательного влияния массовой культуры и виртуальной реальности на поведение молодежи (в том числе на формирование склонности к «химическим» и «нехимическим» аддикциям) исследования механизмов формирования алекситимии в ее связи с различными формами аддикций становятся необходимыми и востребованными.

**Н.П. Захаров**

## КОГНИТИВНО-СМЫСЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ – ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И УНИВЕРСАЛЬНЫЕ СМЫСЛЫ

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАНПО (Москва).**

Экзистенциальная психотерапия ориентируется на смыслы жизни как на основу поведения и мишень для лечебных воздействий. В практической работе мы используем систематику смыслов жизни, адаптированную для восприятия пациентов различного возраста и уровня развития, выходя за пределы ортодоксальных экзистенциальных проблем смерти, свободы, изоляции и бессмысленности жизни. При этом смысл жизни понимается традиционно как осознание значения, одновременно как цель, намерение, существенная или доминирующая потребность, содержание деятельности, а внутриличностные и межличностные конфликты как столкновение, психодинамика смыслов. Самореализация рассматривается как реализация внутренних смыслов жизни, присущих человеку. Здесь можно говорить об императивном характере смыслов жизни, «требующих» реализации, создающей удовлетворенность жизнью и собою. Экзистенциальная нереализованность, дезориентация, экзистенциальный вакуум (непонимание или отсутствие смысла жизни) неизбежно заполняются психопатологическими симптомами (В. Франкл, 1987). Невротические, психосоматические, соматоформные и аддиктивные расстройства также во многих случаях имеют свои смыслы и одновременно выражают конфликт смыслов, присущих конкретному человеку независимо от его возраста.

Онтогенез когнитивно-смысловых образований – это формирование ценностных ориентаций, концепций «Я», «Они», «Мир», когнитивно-личностных конструктов, полоролевых моделей, мировоззре-

[1] Исследование проводится в рамках совместного проекта Белорусского фонда фундаментальных исследований (грант №Г16Р-05 от “29“ апреля 2016 г.) и Российского гуманитарного научного фонда (грант РГНФ 16-26-01005/17)

ния и т. п. При этом первоначально смыслы выступают лишь на чувственно-биологическом уровне (смысл интеграции-привязанности, игры, удовольствия, познания, развития и др.), представляя собой, пользуясь языком психоанализа, «тень», управляющую растущим ребенком. По мере развития психики и расширения сферы социального взаимодействия они переходят на уровень все большего осознания, чему способствуют постепенное формирование понятийного мышления, пубертатная рефлексия с ее наивно-философскими изысканиями и непосредственными размышлениями о смысле собственной жизни, жизни человечества вообще и поведенческими экспериментами. Многие смыслы, особенно при психических расстройствах пограничного уровня остаются на уровне «тени» и могут быть высвечены только с помощью психотерапевта или психолога. При этом в массовом сознании существует представление о моносмысле жизни, однако человеком руководит множество смыслов, находящихся в иерархическом единстве. Часть из них генетически предопределена, другая прививается микро и макросоциумом. Например, демонстративный смысл жизни является во многом результатом воспитания по типу «кумир семьи», а результатом гиперопеки может быть формирование смысла зависимости, которые управляют далее соответственно демонстративной или зависимой личностью.

В процессе психотерапии на основании клинико-психологического анализа пациенту, с учетом возраста, и (или) его родителям раскрывают смыслы его жизни или болезни («исцеление через осознание») и проводится работа по модификации, переориентации или замещению деструктивно-дизадаптирующих смыслов конструктивно-адаптивными. В наиболее прямой форме эту работу можно осуществить, начиная с пубертата, в раннем возрасте проводят работу по коррекции факторов, формирующих дизадаптивные смыслы.

Часть смыслов универсальна, характерна для всех людей, другая тесно связана с типом личности, третья имеет масштаб мегасмыслов (например, планетарный, эволюционный) или перекликается со смыслами болезни, наконец, существует группа психотерапевтических смыслов.

Универсальные смыслы социального масштаба представлены социально-биологическим (репродуктивным), социально-прагматическим (практическим значением жизни, обмена услугами, продуктами труда, внесения своей лепты в жизнь общества) и социально-иерархическим смыслами (принятием своего места в социальной иерархии для общего блага).

Универсальные смыслы индивидуального масштаба включают в себя, в первую очередь, витально-прагматический смысл: жизнь, смысл жить физически и психологически (быть «Я»), в т. ч. жить вечно (смысл бессмертия). Он отражается в саногенном смысле (быть здоровым) и смысле безопасности и в условиях патологии проявляется в страхе физического или психического ущерба/смерти, искажения или смерти своего разумного «Я» при ипохондрии, параноидности, фобиях, панических атаках, избегающем поведении и зависимости.

Это перекликается, с одной стороны, со смыслом сохранения идентичности, аутентичности, который в норме находится в балансе со смыслом конформизма, готовности к внутриличностным переменам. С другой стороны – со смыслом определенности, предсказуемости, ясности прогнозов, поддерживающим чувство безопасности и ограничивающим склонность к риску. Негативное прогнозирование при страхах подвергает этот смысл угрозе.

Другим универсальным, касающимся всех людей, является смысл смерти в конце жизни как необходимого пока условия эволюции. Осознание этого смысла часто сопровождается кризисом и ощущением бессмысленности жизни. Его индивидуально-специфическим патологическим вариантом является смысл суицидальный, актуализация которого происходит при крахе ожиданий, потере смыслов жизни и может иметь различные явные и неявные формы.

Эмоционально-прагматический смысл акцентирован на потребности в положительных эмоциях, эмоциональной стимуляции и сопереживании. Близок к нему гедонистический смысл, отражающий потребность в удовольствиях. Эта группа включает в себя также смысл самореализации, реализации потребностей и смысл завершенности, влечение к результатам, доведению начинаний до конца, без удовлетворения которых невозможно получение положительных эмоций.

**Н.П. Захаров**

## ИНДИВИДУАЛЬНО СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СМЫСЛЫ ЖИЗНИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАНПО (Москва).**

Психотерапия неврозов и патохарактерологических расстройств затрудняется при игнорировании коррекции смыслов, управляющих проблемным поведением. Индивидуально-специфические смыслы отражают уникальность конкретного ребенка или подростка и могут входить в концептуально-смысловую основу формирующегося типа личности или находиться вне его пределов. Эти смыслы представлены ниже.

Интегративный смысл – смысл принадлежности к той или иной социальной группе, личности, делу, государству и т. д. вплоть до интеграции с предметами фетишистского значения или домашним питомцем. Этот смысл в патологических случаях преобразуется в смысл зависимости, формирует зависимый

тип личности и часто сочетается со смыслом безопасности. Его антипод – дезинтегративный смысл, смысл свободы. Крайний его вариант – смысл автономности, аутизации (в широком понимании). Смыслы принадлежности и свободы в различных соотношениях присутствуют одновременно в психологии каждого человека независимо от его возраста, включая пубертат, формируя внутренние конфликты.

Любовь (смысл любить и быть любимым) во всех ее разновидностях в патологических случаях является еще одним концептуальным основанием зависимости, а также мазохизма или нарциссизма, самовлюбленности. Смысл любви часто сочетается со смыслом альтруизма. В своем сбалансированном виде они обладают высоким психотерапевтическим потенциалом, в гипертрофированном виде несут угрозу. Их противоположность – смысл ненависти к другим в целом или в частности, является мостиком к садистическому смыслу и смыслу мести. Ненависть к себе, потребность быть ненавидимым формируют еще один вариант мазохизма. Альтруизму противостоят также смысл эгоцентризма, как один из возможных компонентов нарциссизма и смыслы экспансии и власти, захвата материальных благ, пространства или личности другого (других) – частый компонент эксплозивности, агрессивности и диссоциальности в целом.

Смысл соционормативности при утрированном понимании социальных нормативов, эталонов поведения, качества деятельности и внешности может быть основой социофобии, реакций избегания, драматизации ошибок, комплекса неполноценности. Близок к нему смысл порядка, дисциплины. Эти смыслы формируют ананкастный тип личности. Смягчает подобные проявления смысл конформизма и компромиссов. Их полярность – диссоциальный смысл и смысл анархии, нарушения порядка, борьбы с порядком – временное проявление пубертатного криза и концептуальная основа диссоциального и пассивно-агрессивного типов личности. Максимализм – одна из смысловых основ внутриличностной или межличностной конфликтности, эксплозивности, жизненной проблемности и своей модификации – смысла перфекционизма. Противоположный ему смысл минимализма может иметь адаптивные позитивные формы (готовность принять минимальное при невозможности иметь большее) и негативные, деструктивные, входя в структуру смысла регресса или эмоционального выгорания. Статусный смысл представляет собой стремление занимать высокое положение, обладать аксессуарами статуса, жить и общаться в статусной среде. Он встречается при демонстративном и нарциссическом типах личности. Близок к нему смысл соревнования. Лица, руководствующиеся этим смыслом, рассматривают учебу, трудовую деятельность, отношения, езду на автомобиле и иногда все сферы жизни, как соревнование. Быть побежденными для них – трагедия. Его антипод – смысл бегства от соревнования, боязнь конкуренции встречается при социальных фобиях, в т. ч. школьной, формирует избегающий и зависимый типы личности. Максимализм, перфекционизм, бескомпромиссное стремление к статусу и первенству – опасная комбинация жизненных смыслов.

Смысл контроля и устрашающая иллюзия его потери характерны для фобий, панических атак. Он отражается также в уже упоминавшемся смысле власти, доминирования, управления и смысле быть управляемым, поиске контроля со стороны. Последнее может входить в смысл зависимости. Антипод этого смысла – борьба с властью и контролем, в т. ч. как дополнение к смыслам свободы, анархии, диссоциальности, пассивной агрессии, пубертатным исканиям. Демонстративный смысл, явный или скрытый эксгибиционизм, входит основным компонентом в концептуальные основы соответствующего типа личности. Его противоположность – смысл незаметности, конспирации - составная часть экзистенции при формирующихся избегающем и параноидном типах личности.

Духовно-гуманистический, креативно-творческий смыслы и стремление к развитию, динамике жизни, повышению уровня совершенства исключительно продуктивны для адаптации и сохранения психического здоровья. Смысл развития имитирует перфекционизм, насаждаемый на типичных «тренингах успеха и личностного роста». Развитию противостоит смысл постоянства, в своих крайних выражениях приобретающий форму консерватизма, ригидности, борьбы с переменами или регресса, эмоционального выгорания.

Перечень основных индивидуально-специфических смыслов можно завершить смыслами меньшего масштаба, названия которых сами по себе раскрывают их содержание. Это психологические смыслы болезни, суицидальный смысл, смыслы риска, новизны и новых впечатлений, удовлетворения любопытства и «сенсорной жажды», симметрии/асимметрии, эстетический/антиэстетический смыслы (проявляющие себя как в сфере эстетики, так и в области отношений), смыслы игры и игровой зависимости, создания и разрушения иллюзий, экономии-накопления/траты и смысл метафизических интересов с его материалистически-скептической, атеистической противоположностью.

**Н.П. Захаров**

## ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КОНЦЕПТУАЛЬНО-СМЫСЛОВЫХ ОСНОВ БОЛЕЗНИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАНПО (Москва).**

Все заболевания имеют смыслы: терапевтические и неврологические – биологический, психогенные – психологический. Оба типа смыслов могут сочетаться. Психологические смыслы невротических, в т. ч. соматоформных расстройств, смыслы боли, смыслы поведенческих и аддиктивных расстройств играют роль в их генезе, клинике и динамике. Болезнь как смысл относится к группе индивидуально-

специфических смыслов жизни, сочетается с характерологическими особенностями ребенка или подростка и другими осознаваемыми и неосознаваемыми смыслами жизни, управляющими поведением.

Ниже представлена феноменологическая группировка смыслов болезни, наименование которых в основном раскрывает их содержание. Нередко встречаются индивидуальные комбинации этих смыслов:

1. Болезнь как способ получать любовь и заботу; 2. Демонстративный смысл болезни (стать заметным для определенных людей благодаря расстройству); 3. Рентный смысл – способ паразитировать за счет других людей; 4. Болезнь как защита от субъективно неприемлемых действий других людей или от собственных опасных намерений, их блокировка, болезнь как переключение на меньшее зло в конкуренции с более проблемными вариантами действий (например, псевдопаралич, предохраняющий от агрессии или аутоагрессии); 5. Псевдореабилитирующий смысл, болезнь как оправдание собственной некомпетентности и неуспешности; 6. Болезнь как заполнение пустоты при скудости интересов; 7. Коммуникативный смысл болезни – способ найти заботливое и близкое по духу общество пациентов и медиков, заменяющих малодоступных людей иного круга; 8. Болезнь как способ изоляции, бегства от ставшего невыносимым общества; 9. Болезнь как протест против грубого обращения, унижения, отвержения; 10. Болезнь как сопротивление неприемлемому влиянию; 11. Болезнь как регресс, как капитуляция при истощении ресурсов личности; 12. Суицидальный смысл болезни как крайнее выражение смысла капитуляции и потери смыслов жизни вообще; 13. Символический (метафорический) смысл болезни, например, навязчивое мытье рук при переживании собственной греховности, снижение зрения или слепота («глаза б не видели») в трудно переживаемой ситуации и т. п.; 14. Садистический смысл – на основе идеи вины других людей и их наказания собственным заболеванием, получение удовольствия от их страданий; 15. Мазохистический смысл – следствие идей собственной вины и наказания себя своим заболеванием и сопутствующими ему ограничениями; 16. Параноидный смысл – может не выходить за пределы пограничного уровня и сочетается с ипохондричностью, подозрениями в дурных намерениях окружающих и обнаружением у себя мнимых признаков болезни; 17. Болезнь как регулятор психофизического и эмоционального состояния – например, самоповреждения для нейтрализации психического напряжения или допубертатная мастурбация при депривации; 18. Болезнь как подражание, копирование болезни другого человека; 19. Болезнь как шантаж; 20. Болезнь как «эскорт», сопровождение негативных переживаний.

Аддиктивные смыслы отчасти имеют сходное содержание, универсальны для всех типов аддикций. Они могут меняться на разных этапах зависимости, преобразуясь психологической динамикой или органическими изменениями личности: 1. Гедонистический смысл; 2. Награда; 3. Сенсорностимулирующий смысл (удовлетворение «сенсорной жажды»); 4. Психотонизирующий (повышение уровня бодрствования); 5. Релаксационный, седативный, антифрустрационный, антидепрессивный; 6. Псевдокреативный (для мнимой стимуляции творчества или как любопытство, желание попробовать действие тех или иных средств); 7. Создание иллюзий (ощущения отсутствия проблем, собственной полноценности и др. или галлюцинирование); 8. Статусный (в определенной среде для сохранения положения необходимо выполнять определенные действия); 9. Демонстративный; 10. Эмансипационный; 11. Коммуникативный; 12. Сопротивление (ответ на принуждение вообще или на требования покончить с аддикцией); 13. Протестный, имеющий те же корни, что и сопротивление или более широкую платформу; 14. Садистический; 15. Мазохистический; 16. Изоляция, отстраненность; 17. Капитуляция; 18. Суицидальный; 19. Псевдореабилитирующий, как оправдание; 20. Заполнение пустоты; 21. Блокировка негативных устремлений; 22. Ритуально-символический; 23. Метафизический (для «проникновения» в другие измерения); 24. Рентный – употребление и жизнь за счет эксплуатации альтруизма и любви других людей; 25. Подражательный, созависимый.

Смыслам аддикции должны быть противопоставлены конкурентоспособные антиаддиктивные смыслы, понижающие риск первичного возникновения зависимости или ее рецидива. Они при профилактике зависимостей, как показывает практика, должны формироваться как можно раньше, в дошкольном возрасте. Попытки насаждать их в пубертатный период, на фоне подросткового негативизма и групповой зависимости, менее эффективны. Антиаддиктивные смыслы включают в себя:

1. Анксиозный смысл, наиболее распространенный, связанный со страхом причинения вреда себе или другим, страхом рецидива при ремиссии аддикции; 2. Экологический – сохранение и защита внутренней физической и духовной чистоты; 3. Сохранение контроля; 4. Помеха занятиям или отношениям; 5. Свобода (исключение из своей жизни всего, что ее может ограничить); 6. Эмансипационный – освобождение от массовых стереотипов или влияния группы аддиктов; 7. Протестный – против отдельных лиц, например, аддиктов родителей, стереотипов толпы или активности производителей и торговцев соответствующей продукцией; 8. Отрицательная имитация – вариант протеста против дурного примера; 9. Статусный – для сохранения репутации, положительного имиджа; 10. Экономический; 11. Педагогический – демонстрация хорошего примера; 12. Эстетический; 13. Аскетический (антигедонизм); 13. Метафизический – в связи с религиозными предписаниями или для «создания хорошей кармы».

**Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева**

## РАННИЙ АНАМНЕЗ И КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СИНДРОМАЛЬНЫЙ ПОДХОД

**ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

**Введение.** Актуальность исследования когнитивной сферы у детей и подростков при психической патологии вообще и при шизофрении в частности обусловлена в последние десятилетия значимостью нарушений познавательного развития, когнитивных дефицитов и когнитивного дизонтогенеза при этом заболевании. При разных формах шизофрении у детей и подростков болезнь характеризуется как специфическим нарушением когнитивной сферы и формированием дефекта, так и продолжающимся на фоне болезни развитием с сопутствующими болезненному процессу нарушениями в виде психического дизонтогенеза (Вроно, 1986, Башина, 1989). В связи с этим большое значение приобретают два аспекта: раннее развитие до болезни (анамнез, преморбид) и синдромальная специфика (клиническая картина болезни). Эти аспекты редко становятся базовыми в клинико-психологических работах в настоящее время.

**Цель** работы - оценка состояния когнитивного сферы и проявлений когнитивного дизонтогенеза при различных психопатологических синдромах (психопатоподобный, кататонический и аффективный) у больных с эндогенной психической патологией детей и подростков с учетом параметров раннего анамнеза.

**Материал и методы**. Использован мультидисциплинарный подход, применяемые методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (патопсихологическая диагностика когнитивного развития трех психических процессов с определением вида когнитивного дизонтогенеза или нормативного развития по сумме Z-шкал), методы математической обработки данных (критерий Фишера). Всего проанализированы результаты обследования 84 больных (60 мужского и 24 женского пола) в возрасте от 7 до 16 лет; пациенты проходили лечение в стационаре ФГБНУ НЦПЗ в 2013-2015 гг.

Клинические группы: **психопатоподобный** синдром (ПС - 44 ч.), **кататонический синдром** (КС - 21 ч.), **аффективный синдром** (АС - 19 ч.).

**Результаты**. *Раннее развитие.* В группе ПС по моторному развитию большинство детей не имело отклонений от нормы, ходить самостоятельно начинали примерно к 1 году на полную стопу за исключением примерно 10%. Речевое развитие у большинства проходило в нормативные сроки, однако около четверти случаев с особенностями - задержкой, плохим набором словарного запаса, долгим «птичьим» языком. Если при развитии болезни у пациентов присутствовал не один, а несколько синдромов, то отклонения от норматива отмечались прежде всего при сочетании психопатоподобного синдрома с кататоническим (развитие речи шло с сильной задержкой, фразовая речь с опозданием, эхолалии и т. п.); у детей, у которых имелось сочетание психопатоподобного синдрома с аффективным синдромом, отмечалось преимущественно нормативное развитие речи.

В группе КС по моторному развитию примерно у трети детей отмечалась задержка сроков начала ходьбы или ее особенности, по речевому развитию –также около трети шли с задержкой речевого развития или искажением формулы развития речи.

В группе АС моторное развитие у большинства детей в норме, задержка в моторном развитии у части пациентов отмечалась в первые месяцы жизни, но в последующем сглаживалась. По речевому развитию дети разделились на две группы: нормативное или даже опережающее речевое развитие и задержка становления речи (около четверти детей).

Таким образом, анализ раннего развития детей при разных синдромах показывает наличие как нормативного по срокам, так и искаженного и задержанного вариантов психомоторного развития, более всего выражены нарушения формулы раннего развития при последующем проявлении в клинической картине болезни кататонического синдрома.

Оценка *когнитивного развития* показала следующее. Нормативное развитие встречалось во всех группах и составило в группе ПС 45%, КС- 19%, АС – 63% от общего количества детей, различия между группами КС и ПС и АС статистически значимы по критерию Фишера на уровне $p \leq 0{,}05$. По видам когнитивного дизонтогенеза было получено, что дефицитарный вид дизонтогенеза по сумме трех психических процессов (память, внимание, мышление) обнаружен в каждой группе и частота его встречаемости не различается по группам (ПС – 23%, КС – 10%, АС – 10%,); искаженный вариант отмечался только в группе КС – 14%, а регрессивно-дефектирующий также встречался во всех группах, составляя в группах ПС – 32%, КС – 57%, АС – 27% от общего количества пациентов в группе, различия групп КС и ПС и АС также статистически значимы по критерию Фишера на уровне $p \leq 0{,}05$.

Таким образом, по когнитивному развитию (на основании оценки нормативного-отклоняющегося от нормативных показателей через Z-шкалы по трем психическим процессам - память, внимание, мышление) пациенты с разными ведущими синдромами не различались между собой только по наличию дефицитарного варианта когнитивного дизонтогенеза. Регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза значимо чаще определялся в группе КС, а нормативное развитие – значимо чаще в группе АС.

**Резюме.** Проведенное исследование показало, что значимым является комплексное изучение синдромальных расстройств и преморбида заболевания, которое помогает в прогнозе развития и исхода заболевания у детей и подростков. В дальнейшем необходим анализ указанных параметров развития (преморбид, раннее развитие и вид когнитивного развития/дизонтогенеза) с учетом других клинических показателей (возраст начала, диагноз, степень тяжести и др.).

**Н.В. Зверева, С.С. Воронова, А. Зефирова, Е.Е. Балакирева**

**ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВИЗУАЛЬНЫХ И АУДИАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ ДЕВУШКАМИ-ПОДРОСТКАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.**

**ФГБОУ ВО МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ (Москва)**

**Введение.** В литературе описано своеобразие психики при нарушениях пищевого поведения у детей и подростков [1, 2]. Это касается когнитивной и личностной составляющих, отношения к себе, восприятия схемы тела и т. п. Менее изучена эмоциональная сфера, в том числе с помощью новых диагностических средств оценки. Представленное пилотажное исследование направлено на изучение эмоционального восприятия внешних стимулов – зрительно и аудиально подаваемых. Работу определяет интерес к специфичности/сходству восприятия эмоциогенных аудио- и зрительных стимулов, особенностям модальной специфики «эмоционального пространства» у подростков в норме и при нарушениях пищевого поведения.

**Цель** пилотажного исследования - изучение своеобразия эмоционального восприятия зрительных и аудиостимулов у девушек-подростков с диагнозом «нервная анорексия» (F50.0) с использованием новых психодиагностических средств: методики IAPS (International Affective Picture System) – «Международная система эмоционально окрашенных фотоизображений» и IADS (International Affective Digitized Sound-2) – «Международная система эмоционально-окрашенных звуков». [4, 5]

**Материал и методы**. Обследованы 4 выборки девушек-подростков от 12 до 16 лет, по две на каждую методику. Контрольная группа для зрительной методики – 22 подростка, клиническая – 13 больных с НПП, контрольная группа для аудиометодики - 15 человек, клиническая группа – 14 больных с НПП, все больных находились на стационарном лечении в НПЦПЗДиП и клиники ФГБНУ НЦПЗ, контрольные группы обследованы в школах г. Москвы.

Использован экспериментально-психологический метод, применялись методики International Affective Digitized Sound-2 и International Affective Picture System, направленные на оценку восприятия и влияния эмоциогенных аудиальных и зрительных стимулов. Оценка предъявляемых зрительных и аудиальных стимулов проводится испытуемыми по идентичным шкалам: знак эмоций - валентность (положительный или отрицательный), сила эмоций и степень эмоционального контроля (доминантность). Отобранный для подростков стимульный материал в обеих методиках был предоставлен О.П. Марченко [3] (МГППУ). Все материалы прошли статистическую обработку.

На пилотажном этапе работы лишь часть пациентов прошла через обе методики, поэтому данные приводятся раздельно для каждой модальности.

**Результаты.** Рассмотрим данные **зрительной методики** IAPS. Подростки с нарушениями пищевого поведения не отличались от здоровых сверстников по параметрам валентности и силы эмоций, при этом они имели значимые различия со здоровыми сверстниками по параметру степени эмоционального контроля, доминантности (выше, чем в норме при $p \leq 0{,}01$).

По **аудиальной методике** IADS было выявлено, что девушки-подростки с нарушением пищевого поведения качественно и количественно отличаются от контрольной группы. Обнаружены достоверные различия по шкалам «сила эмоций» ($p<0.01$) - эмоции у девушек с НПП оценивались слабее, чем в контрольной группе. Показатель «контроль эмоций» в выборке девушек с нервной анорексией был значимо выше, т. о. отмечался более высокий контроль эмоций ($p< 0.01$). Кроме того, в клинической группе выявилась тенденция, к большему эмоциональному отклику на субъективно приятные, чем неприятные звуки, тогда как в контрольной группе был обратный результат: неприятные звуки оцениваются как более эмоциогенные (соответствует данным литературы).

**Резюме.** По параметру валентности эмоции для обеих модальностей не обнаружено значимых различий между здоровыми и больными подростками. Пилотажное исследование показывает своеобразие эмоциональной сферы девушек-подростков с диагнозом «нервная анорексия». Есть общие черты, определяющие восприятие эмоциогенных стимулов в визуальной и аудиальной модальностях, - это более выраженный по сравнению с нормой субъективный контроль эмоций (параметр «доминантность»). Также на пилотажном этапе не обнаружено различий в оценке силы эмоций по визуальным стимулам, при этом обнаружена большая уплощенность по сравнению с нормой для аудиальных стимулов. Подобная картина эмоционального восприятия аудиальных и зрительных стимулов подростками в норме развития и при нервной анорексии указывает на определенное своеобразие эмоциональной сферы (контроля и, отчасти, силы эмоций). Можно полагать, что, в отличие от нормы, больные нервной анорексией девушки-подростки считают, что они практически полностью контролируют свои эмоции.

Пилотажное исследование открывает возможности дальнейшей работы в изучении эмоциональной сферы как в плане расширения каждой из выборок и их объединения по применяемым методикам, так и в плане оценки клинических показателей у больных, учета возрастных особенностей (младшие и старшие подростки), введения других средств психодиагностики эмоций.

ЛИТЕРАТУРА

1.Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков. (клиника, диагностика, патогенез, те-

рапия). - Автореф … дисс.канд.мед.наук. - М, 2004.

2.Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: МГУ, 1986.

3.Марченко О.П. Кросс-культурное сравнение оценок звуков IADS / Материалы конференции «Когнитивная наука в Москве: новые исследования», 2013.

4.Bradley M.M., Lang P.J. The International Affective Picture System (IAPS) in the study of emotion and attention. / Handbook of Emotion Elicitation and Assessment. J.A. Coan and J.J.B. Allen (Eds.). New York: Cambridge University Press. 2007. P. 29-46.

5.Stevenson R. A., James T.W. Affective auditory stimuli: Characterization of the International Affective Digitized Sounds (IADS) by discrete emotional categories. — Behavior Research Methods, 2008, № 40 (1).

**В.С. Иванов**

## КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТА-ПСИХОЛОГА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

**Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

В статье рассматривается сущность и возможности компетентностного подхода по формированию психологического здоровья студентов-психологов для профессиональной деятельности в экстремальных условиях с учетом максимального использования возможностей образовательной среды высшего учебного заведения в условиях модернизации образования. Учитывая многоаспектность понятия «психологическое здоровье», необходимо выделение его основных компонентов, наиболее интересных в аспекте высшего профессионального образования и подготовки к деятельности в экстремальных условиях. Особо актуальной становится проблема обеспечения подразделений, работающих в условиях особого риска компетентными кадрами, имеющими хорошее психологическое здоровье и способными к эффективному психологическому обеспечение служебной деятельности в экстремальных условиях. Поэтому перед профессиональным образованием стоит важная задача - сформировать у будущих практических психологов личностно и профессионально значимые компетентности, определяющие их профессиональную готовность к работе. При этом в качестве показателей психологического здоровья личности выступает сформированность активной жизненной позиции, творческого подхода к решению профессиональных задач, потребности к самопознанию, стремления к самореализации не только в профессии, но и впостроении взаимоотношений с другими людьми.

Компетентностный подход в профессиональном образовании заключается в привитии и развитии у студентов набора ключевых компетенций, которые определяют его успешную адаптацию в обществе и профессиональную деятельность. В отличие от термина «квалификация», компетенции включают, помимо сугубо профессиональных знаний и умений, характеризующих квалификацию, такие качества, как инициатива, сотрудничество, способность к работе в группе, коммуникативные способности, умение учиться, оценивать, логически мыслить, отбирать и использовать информацию [5].

По мнению В.Н. Введенского, введение понятия «профессиональная компетентность» целесообразно, так как является интегративной характеристикой, объединяющей такие широко используемые понятия, как «профессионализм», «квалификация»,«профессиональные способности». По его мнению, «компетентность - это некая личностная характеристика, а компетенция - совокупность конкретных профессиональных или функциональных характеристик» [2].

Психологическое здоровье, как подчеркивает И.В. Дубровина, позволяет личности стать постепенно самодостаточной, когда она все больше ориентируется в своем поведении и отношениях не только на извне задаваемые нормы, но и на внутренние осознанные самоориентиры [3]. Сформированное психологическое здоровье предполагает интерес человека к жизни, проявление свободы мысли и инициативы, активности и самостоятельности, ответственности и способности к риску, увлеченности профессиональной деятельностью, веру в себя и уважение другого, разборчивость в средствах достижения цели, способность к сильным чувствам и переживаниям, осознание своей индивидуальности и радостное удивление по поводу своеобразия всех окружающих людей, творчество в самых разных сферах жизни и деятельности

И.А. Баева отмечает, что образовательная среда есть психолого-педагогическая реальность, содержащая специально организованные условия для формирования личности, а также возможности для развития, включенные в социальное и пространственно-предметное окружение, психологической сущностью которой является совокупность деятельностно-коммуникативных актов и взаимоотношений участников учебно-воспитательного процесс [1].

Формирование, сохранение, поддержание и развитие психологического здоровья студента-психолога в процессе обучения предполагает развитие следующих ключевых компетенций:

- способность осуществлять психологическое обеспечение служебной деятельности личного состава в экстремальных условиях;

- способность реализовывать психологические методики и технологии, ориентированные на охрану здоровья индивидов и групп;

- способность применять методы психологической поддержки сотрудников, военнослужащих и служащих в ходе выполнения задач служебной деятельности и психологической реабилитации лиц, получивших психические травмы, осуществлять комплекс мер по социально-психологической реадаптации сотрудников, военнослужащих и служащих, участвовавших в экстремальной деятельности и др.

ЛИТЕРАТУРА

1.Баева И.А. Психология безопасности: теоретическая основа практической помощи человеку в экстремальной ситуации // Журнал практического психолога. – 2008. – № 4. – С. 3–8.

2. Введенский В.Н. Моделирование профессиональной компетентности педагога // Педагогика. - 2003. - № 10. - С. 51-55.

3. Дубровина И.В. Практическая психология в лабиринтах современного образования: Монография. - М.: НОУ ВПО «МПСУ», 2014. - 464 с.

4. Иванов В.С, Компетентностный подход в подготовке социального педагога к профессиональной деятельности // Акмеология - 2013. - № 12. - С. 76-81.

**И.П. Иванова**

## ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

**Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева (Чебоксары).**

Несмотря на большое количество проведенных исследований, наличие неразрешенных вопросов и многочисленных научных дискуссий, проблема агрессии и агрессивного поведения остается острой и находится в центре внимания психологической науки. Выделяются различные факторы и причины, оказывающие влияние на проявление агрессивного поведения.

Психологическая характеристика подростков с агрессивным поведением различна. Для коррекции агрессивного поведения необходимо знание особенностей агрессивного поведения и сотрудничество учителя, психолога, родителей, а также психоневролога. Очевидно, что ребенок нуждается в правильном понимании его проблем, поддержке со стороны взрослых и наблюдении специалистов. Выделяются различные виды агрессивных реакций, которые требуют особого специфического подхода.

1.Агрессивное поведение характеризуется эгоцентричным стремлением подростка к лидерству и власти, вызывающим поведением, нарушением дисциплины. Иногда это реакция подростка на авторитарный стиль, процветающий в семье, либо компенсация нереализованной потребности в любви и признании.

2.Агрессия демонстративности, это попытки привлечь к себе внимание, причем любой ценой, включая агрессивные выходки. Агрессия демонстративности зачастую является следствием того, что в детстве ребенок ощущал дефицит любви и внимания.

3.Агрессия мести проявляется во враждебности, мстительности, подозрительности, недоверии. Это – способ восстановления справедливости, желание защитить себя от «врагов». Такое поведение может быть следствием того, что подросток растет в неблагополучной семье, где чувствует себя отверженным, или он не нравится другим людям, в том числе детям, из-за своей необычности. Дети, склонные к агрессии мести, как правило, не верят в доброту, но при этом нуждаются в ней.

4.Агрессия страха заставляет подростка быть готовым отразить нападение или другую опасность. Как правило, страхи носят преувеличенный характер, поэтому агрессивная реакция ребенка нередко бывает опережающей. Обычно у таких подростков повышенная агрессивность сочетается с трусливостью, поэтому коррекция поведения невозможна без работы со страхами.

5.Агрессия тревоги возникает, когда подростки, как правило, не осознают, в чем источник их тревоги. Они ощущают, что их «что-то гнетет», «что-то плохо», что-то «не так». Поэтому и агрессия направляется внутрь («на тревогу») и проявляется, например, в переедании, излишнем употреблении сладостей, а также в пустой трате времени у телевизора, компьютера, игровых автоматов (попытка обмануть или заглушить тревогу). Иногда агрессия направляется вовне в виде раздражения, ворчания, сплетен, передачи слухов, недовольстве «всеми и вся».

6.Агрессия вины всегда вызывает душевное страдание, и человек, желая избавиться от него, либо старается искупить вину поступком, либо направляет агрессию на источник страданий. Если это мать или отец и ребенок не может себе позволить агрессию по отношению к родителям, он направляет ее на младших или на другой, как правило, беззащитный объект. Таким объектом может стать даже учитель, особенно если школьник считает его «не опасным». Но чаще всего объектом нападения такого подростка становится самый слабый ученик в классе.

7.Агрессия может быть направлена и внутрь, на самого себя: я — плохой», «я виновен», «я должен быть наказан». Наказание принимает форму самообвинения или саморазрушающего поведения.

8.Агрессия низкой самооценки часто проявляется в виде повышенной обидчивости, вспыльчивости, ранимости. Агрессия низкой самооценки часто формируется в атмосфере излишней критичности, придирок, насмешек по отношению к подростку. Наиболее склонны к этому типу агрессии подростки, чувствительные к оценке других, особенно если она исходит от значимых для них людей. Смысл агрессии подростка таков: «Я ненавижу вас за то, что вы заставляете меня чувствовать себя ничтожеством».

9.Агрессия завышенной самооценки характеризует подростков как высокомерных, уверенных в своей значимости, избранности, «гениальности», но при этом они убеждены в том, что их не ценят, не понимают, к ним несправедливо относятся. Такие подростки могут быть чрезвычайно агрессивными, даже приходить в ярость в ситуации, когда их «гениальность» подвергается сомнению, они испытывают удовольствие, унижая тех, кто слабее. Этот вид агрессии труднее всего поддается коррекции. В ее основе лежат глубокие причины, такие как нарушение ранних отношений ребенка со значимыми людьми.

Большей частью эти реакции обусловлены семейными отношениями и изучение и коррекция детско-родительских отношений - важный аспект в работе школьного психолога. Ведь зачастую школьный психолог лучше родителей знает, с какими проблемами сталкивается их ребенок ежедневно.

Также в коррекции и профилактике агрессивного поведения важное место занимает активный и интересный досуг школьника. Очень хорошо влияют на детей всех возрастов занятия в спортивных секциях.

**Т.И. Иванова, И.В. Гранкина**

## ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА «БУЛЛИНГ» У ДЕТЕЙ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

**ГБО ВПО «Омский государственный медицинский университет», БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» (Омск).**

.

Буллинг – (от английского bully - хулиган, драчун, задира, грубиян, насильник) – притеснение, травля, дискриминация. В более широком смысле - это особый вид насилия, когда один человек (или группа) физически нападает или угрожает другому, более слабому физически и морально человеку (или группе лиц). От случайной драки буллинг отличается систематичностью и регулярностью повторов. Известно, что дети с психическими расстройствами в среде сверстников часто являются как инициаторами, так и объектами буллинг-преследования. В связи с чем **целью** настоящего исследования являлось изучение феномена буллинга среди детей с психическими расстройствами и психопатоподобными формами поведения.

Объектом исследования послужили 130 детей (105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%)) с симптомами отклоняющегося поведения. Изучая нозологическую принадлежность основного психического расстройства, установили, что достоверно чаще девиантные формы нарушенного поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F70, F71) (43,1%; n=56), практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими поражениями личности (F06.6 – 30,0%; n=39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20.8, F21.8 – 26,9%; n=35).

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с шизофренией, были изучены 35 клинических случаев (26,9% всей исследуемой группы) детей, проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как: шизотипическое расстройство (F21.8) – 22,8% (n=8), шизофрения детский тип (F20.80) – 77,2% (n=27). Средний возраст составил 10,11±1,96 лет. На момент обследования все дети данной группы не попадали в поле зрения правоохранительных органов и не употребляли психоактивных веществ (алкоголь, табак). Клинические особенности нарушения поведения носили характер протестного, агрессивного поведения. Среди исследуемой группы 45,7% (n=16) подвергались буллингу, на что они отвечали преимущественно актами вербальной агрессии с редкими вспышками актов физического насилия.

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью, были изучены 56 клинических случаев (43,1% всей исследуемой группы) детей, проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как: умственная отсталость легкой степени (F70.0) – 91,1% (n=51), умственная отсталость средней степени тяжести (F71.0) – 8,9% (n=5). Средний возраст составил 9,75±1,59 лет. На момент обследования 14,3% детей (n=8) данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, участие в коллективных актах насилия над взрослыми и детьми и индивидуальная агрессия по отношению к сверстникам). Эпизодически курили либо пробовали курить 24 (42,8%) ребенка, среди которых 7 детей (12,5%) курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо употребляли редко 43 ребенка (76,8%), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6% детей (n=2). Среди детей данной группы у 55,3% (n=32) детей являлись участниками группового буллинг-преследования сверстников с совершением актов группового насилия, при этом критически не оценивая свое поведение. Формирования лидирующего положения в процессе буллинга было не характерно для этой группы детей. Среди отставшей части детей этой группы 7,1% (n=) являлись объектами преследования.

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с органическими расстройствами, изучено 39 клинических случаев (30% от всей клинической выборки) детей, находящихся на госпитализации в детском психиатрическом стационаре. Среди них 15,4% девочек (n=6) и 84,6% (n=33) мальчиков, средний возраст которых составил 9,43+1,43 лет. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как органическое эмоционально лабильное расстройство (F06.6). На момент об-

следования 12,7% (n=5) детей данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, агрессия по отношению к сверстникам). Все дети исследуемой группы эпизодически курили либо пробовали курить, среди них 33% (n=13) детей курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо употребляли редко также все дети (100%), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6% детей (n=1). У 35,8% (n=14) обследованных детей проявлялись симптомы группового буллинга, сформированные по отношению к определенным детям в коллективе. Дети высмеивали, вербально и физически унижали определенную группу сверстников на протяжении длительного времени. В предподростковом возрасте присоединялись реакции оппозиции, компенсации, гиперкомпенсации, группирования, что усугубляло социальную дизадаптацию. Симптомы индивидуального буллинга перемещались в структуру групповой травли запугиваемых детей с присоединением криминальных форм унижения, у детей вымогались деньги или другие материальные блага, над ними регулярно совершались действия насильственного характера. Индивидуальное проявление буллинг-поведения отмечено у 12,8 % (n=5) детей данной группы. Оно характеризовалось преследование определенной группы детей младшего возраста с систематическими актами физического унижения детей. У 7,7% (n=3, все мальчики) данной группы симптомы буллинга сопровождались проявлениями сексуального насилия, совершенное несовершеннолетним над другими несовершеннолетними.

**Т.П. Иванченко**

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ

**БГПУ им. М. Акмуллы (Уфа).**

К психологам часто обращаются родители и учителя по поводу детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). В работе с гиперактивными детьми может успешно применяться гештальт-терапия, основанная на феноменологическом методе осознавания, в котором восприятие, чувство и действие отличаются от интерпретации исходно существующих точек зрения или позиций [2].

Дети с СДВГ находятся в состоянии постоянного напряжения, поскольку не справляются с предъявляемыми к ним требованиями: правильно реагировать на воспитательные воздействия, не конфликтовать с окружающими, быть эмоционально устойчивым. В процессе психотерапии, когда ребенок начинает соприкасаться со своими эмоциями и чувствами, гештальт-терапевт, применяя специальные техники, помогает ребенку лучше понять свой внутренний мир, более полно осознать свои стремления и желания. Целесообразно использование гештальт-терапии при работе с гневом и агрессией ребенка с СДВГ. Ребенок получает уникальную возможность «отыграть» негативные эмоции, осознать и почувствовать их деструктивный характер, а затем попробовать найти новые конструктивные паттерны поведения.

Одной из важных техник гештальт-терапии является ролевая игра, в которой воспроизводится диалог между клиентом и значимыми для него людьми. Данная техника может помочь детям с СДВГ эмоционально отреагировать на различные жизненные ситуации, лучше понять себя и окружающих людей.

Гиперактивные дети часто неспособны удерживать внимание на деталях, с трудом концентрируют внимание при выполнении заданий или во время игр. Они проявляют бесцельную двигательную активность, совершают беспокойные движения. Рисование, работа с клеем и бумагой, лепка и другие похожие виды деятельности, используемые в рамках гештальт-подхода, способствуют осознанию детьми своего тела и своего «Я». Осознание и понимание своих физиологических возможностей помогает гиперактивным детям более целенаправленно осуществлять контроль над чрезмерной двигательной активностью.

Благоприятный прогноз зависит не только от своевременной помощи ребенку, но и от психологической реабилитации его близких. Поэтому необходима семейная и родительская терапия. Столкнувшись впервые с проблемами своего гиперактивного ребенка, родители обычно испытывают целую гамму противоречивых чувств: недоверие, разочарование, чувство вины, ощущение несправедливости. Проблемой является наличие у родителей неадаптивных особенностей личности, тревожных расстройств, СДВГ. Необходимо снижение раздражительности и тревожности у родителей. Гештальт-терапия может помочь родителям справиться со своими эмоциями и чувствами, адаптироваться к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ. Дети с СДВГ часто нуждаются в упорядоченных взаимоотношениях с родителями и тесной эмоциональной связи с ними. Гештальт-терапевт может помочь родителям гиперактивного ребенка осознать неэффективные модели поведения и сделать выбор в пользу позитивной модели отношения к ребенку. Например, в процессе гештальт-терапии родители могут осознать, что сами втягивают ребенка в свои конфликты.

Дисфункциональные отношения могут стать причиной усиления симптоматики СДВГ. Применение семейной гештальт-терапии позволяет обеспечить взаимопонимание между членами семьи. Особенно эффективно использование семейной игровой гештальт-терапии при работе с семьями, в которых детей чрезмерно опекают, когда разногласия в семье велики, когда ситуация в семье приобретает хаотичный характер и участники перестают контролировать свои действия. Гештальт-терапевт предлагает

членам семьи поговорить друг с другом в его присутствии о том, что их волнует. Он наблюдает за семейным взаимодействием, отмечая не только какие-то выраженные проявления, но и — что порой значительно труднее заметить — «выраженные отсутствия», такие, например, как отсутствие взаимодействий в какой-либо семейной подсистеме. Его интересует при этом не содержание разговоров, а сам процесс контакта: кто с кем наиболее интенсивно взаимодействует, кто при этом слушает или не слушает, кто включается, кто с кем совсем не контактирует, когда убывает и прибывает энергия, где происходит торможение и так далее. Исходя из полученной таким образом информации, он создает психический образ «хорошей формы» семьи, на основании которого строит свои терапевтические интервенции. На первом этапе они должны служить осознаванию семьей своих положительных качеств — потенциала отыгрываемых ролей; на втором — осознаванию неотыгрываемых ролей, «упакованных» в симптоме; наконец, на третьем — получению семьей нового опыта коммуникации [1]. В процессе игры участники терапии отрабатывают навыки взаимодействия друг с другом, учатся конструктивным способам решения стоящих перед ними проблем.

Практика показала, что индивидуальная и семейная гештальт-терапия существенно улучшает и оздоравливает психологический климат всей семьи, разрешает конфликты между родителями и, в конце концов, реабилитирует ребенка с СДВГ. Она существенно уменьшает гиперактивность детей, улучшает внимание, снимает мышечные зажимы и повышенную тревожность, помогает управлять собственным поведением, эффективно выстраивать взаимоотношения с окружающими, позволяет моделировать ситуации успеха.

ЛИТЕРАТУРА

1.Зинкер Джозеф. В поисках хорошей формы. Гештальт-терапия с супружескими парами и семьями / Перевод А.Я. Логвинской. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000.

2.Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в Гештальт: теория и практика. – СПб.: Речь, 2004.

**Т.П. Иванченко, Д.Р. Валиева, Р.Р. Шафигуллина**

## КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

**БГПУ им. М. Акмуллы, ИРО РБ (Уфа).**

В обществе существуют условия, способствующие распространению аддиктивного поведения. В профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ) выделяют три вида: первичная, вторичная, третичная профилактики [3]. Первичная профилактика предусматривает комплекс мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ. Вторичная профилактика включает комплекс мероприятий, предупреждающих формирование болезней и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но еще не заболевших. Третичная профилактика, или реабилитация, направлена на реализацию мероприятий, способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного и возвращению его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно полезной деятельности.

Р.В. Овчарова отмечает, что основная цель психокоррекционной работы с подростками с аддиктивным поведением является создание оптимальных условий для тренировки механизмов совладания с патогенными воздействиями в соответствии с местом наименьшего сопротивления каждого типа акцентуации характера. Наиболее эффективная форма психологической коррекции заключается в проведении групповой формы работы. Групповая работа поможет решить следующие задачи: повышение самооценки; тренировка механизма совладания с патогенными воздействиями; увеличение чувства ответственности за свое поведение; поиск путей семейной реадаптации; расширение временной перспективы; разрушение инфантильной психологической защиты; предотвращение десоциализации подростков [2].

В настоящий момент в детских образовательных учреждениях обеспечение профилактической работы по проблеме аддиктивного поведения сводится в основном к чтению лекций, т. е. к сообщению информации о вреде, наносимом зависимым поведением и такими психоактивными веществами, как наркотики, алкоголь или табак. Несмотря на очевидную пользу такой информации при ее грамотной подаче, одна только просветительная работа не решит проблемы столь глобального характера. Необходима программа психологического сопровождения подростков.

Целью нашего экспериментального исследования была апробация программы психологического сопровождения подростков с аддиктивным поведением (на примере табачной аддикции).

Выборку составили воспитанники ГБУ Республиканский центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних и учащихся МОБУСОШ д. Савалеево Кармаскалинского района. Экспериментальная группа представлена воспитанниками ГБУ «Республиканский центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних» в количестве 20 человек. Все воспитанники состоят на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и были замечены в табакокурении и в распитии спиртных напитков. В контрольную группу вошли ученики МОБУСОШ д. Савалеево, состоящие на учете комиссии по делам несовершеннолетних, которые были замечены в табакокурении и в распитии спиртных напитков, в количестве 15 человек.

Использованы методики: 1) Опросник отношения подростков к табакокурению (В.А. Хриптович); 2) Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) (А.Н. Орел).

Экспериментальное исследование состояло из трех этапов: констатирующего, формирующего и контрольного.На констатирующем этапе исследования с подростками была проведена первичная диагностика. На формирующем этапе с экспериментальной группой были проведены коррекционно-развивающие занятия. На контрольном этапе исследования была проведена повторная диагностика экспериментальной и контрольной групп.

Констатирующий этап исследования показал отсутствие различий между экспериментальной и контрольной группами. Для проведения формирующего эксперимента нами была разработана программа психологического сопровождения на основе «Коррекции девиантного поведения» Г.И. Макартычевой [1] и внедрена в образовательную практику ГБУ «Республиканский центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних». Целью контрольного этапа исследования было выявление изменений, которые произошли с подростками.

Проведение констатирующего, формирующего и контрольного экспериментов, количественно-качественный анализ полученных результатов исследования позволили подтвердить выдвинутую нами гипотезу о том, что психологическое сопровождение аддиктивных подростков будет более эффективным, если составными компонентами программы сопровождения являются знания о ПАВ и последствиях их употребления, развитие мотивации на укрепление здоровья, формирование жизненных навыков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макартычева, Г.И. Коррекция девиантного поведения. Тренинги для подростков и их родителей. – СПб.: Речь, 2007. – 368 с.

2. Овчарова, Р.В. Практическая психология образования: учеб. пособие для студентов психологических факультетов университетов. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 448 с.

3. Сирота, Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте и профилактика его аддиктивного варианта [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация.– 2011. –URL: http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/46016_full.shtml (14.10.2016).

**С.П. Ивашев**

## ЭТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО ПСИХОТЕРАПИИ

**ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Волгоград).**

Практика врача детской психиатрической клиники сопряжена с запросом формирования терапевтического пространства, обладающего эффективным диагностическим и целительным потенциалом. Становление культурной среды контакта в диаде «психотерапевт-пациент» восходит к архетипическому основанию этических идей и моральных деяний, очерченных по определению Фридриха Ницше аполлоническим и диониссийским началом. Континуум от тихой созерцательной гавани уединения Марины Цветаевой до опьяняющего пафоса всеобщего движения Эжена Делакруа предопределяет ключевой ориентир в становлении ведущей деятельности детства и отрочества. Значимой ценностью этого движения является свобода как зарождение и воплощение собственной созидательной силы, исключительности авторского волеизъявления. Психотерапевтическое вмешательство модулирует мотивационную сферу пациента как в отношении артифициальных конструктивных новообразований, так и по параметру числа степеней свободы актуального диапазона поведенческих стратегий. Противоречие, вызванное, с одной стороны, необходимостью приведения поведения к канону требуемого состояния и потребностью в сохранения собственной аутентичности, с другой, - разрешается в координатах этического пространства. Решение проблемы лежит в плоскости системной парадигмы школы П.К. Анохина, позволяющей собственно взаимодействие врача и пациента переопределить в терминах взаимоСОдействия. Тем самым, если при взаимодействии граф связи выстраивается в соответствии с логикой «терапевт-пациент», то при взаимосодействии сеть обогащается линией регрессии целевой функции определяемой частным вкладом каждого из участников психотерапевтический сессии в получении совместного полезного приспособительного результата. Модель такого альянса может быть реализована в соответствии с представлениями Р. Гоулда средствами «включенного наблюдения».

В качестве арены, на которой происходит диадическая встреча, могут стать материалы проективной экспрессии пациента. Примером применения подобного рода методических подходов является семантический дифференциал временной трансспективы (Ивашев С.П., Лепехина С.В., Исупова Н.В., 2012) - модифицированный вариант экспертной психодиагностической системы «Семантический дифференциал времени» (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р., 2009) и опыт применения модифицированного теста Урсулы Аве-Лаллемант (2002) «Звезды и Волны», который, как оказалось, обладает конструктивным потенциалом (Ивашев С.П., Ерофеева В.В., 2016). Сложившаяся рутинная практика вызвала к жизни инновационную необходимость репрезентации темы исследуемой проекции как на уровне вербального представления, так и в форме рисунка, пиктограммы. Вектором, предопределившим дальнейшее движение актуального запроса стало осмысление разработанного И.В. Добряко-

вым, В.Н. Прохоровым, О.В. Прохоровой, (2016) методический прием, названный авторами ассоциативным ромбом. В соответствии с логикой диагностической процедуры для выяснения отношения к зачатию обследуемым мужчине и женщине предлагалось независимо друг от друга написать существительные, которые ассоциируются у них с заданным словом, а затем ассоциации, связанные с написанными словами. В результате ассоциативные цепочки выстраивались в форме ромба. Ценностью получаемой цепочки ассоциаций является аналитико-синтетическая дивергентная и конвергентная графологической организации, что позволяет исследовать связь начального слова, предлагаемого в качестве стимула и слова завершающего логический порядок.

Попытка применения ассоциативного ромба в психотерапевтической работе с детьми и подростками столкнулась с рядом ограничений, которые существенно сказывались на приемлемости качества получаемого результата. Так, например, условие, предписывающее использования слов существительных, нередко сталкивалось со встречными уточняющими вопросами. Даже если ответ психотерапевта и прояснял складывающееся затруднение для пациента, сам по себе он становился нежелательным обременением проводимой процедуры. Предложение испытуемому готовой графологической структуры ромба для заполнения, как оказалось, канонизировало мыслительные операции, ограничивая полетность свободных ассоциаций. В этой связи в соответствии с разрабатываемой модификацией «ассоциативного ромба» испытуемому предлагалось ответить на вопрос, сколько слов он знает всего, затем наблюдая как исследователь пошагово раскрывал «архитектуру ромба», пациент согласно инструкции поочередно извлекал из собственного тезауруса произвольную последовательность актуализированных слов и записывал их в предопределенном порядке. Следует особо обратить внимание на то, что паттерны ответов испытуемого определялись не столько «прокрустовым ложем» внешних управляющих условий, сколько оказывались «сенсибилизированы» актуальностью архитектуры собственных ценностей. Обогащение информативности проективной процедуры достигалось дополнительным предложением испытуемому нарисовать к каждому из порожденных экспрессией слов пиктограмму. Представление актуальной темы в проекции двух модальностей позволяло проявляться принципу дополнительности, комплементарности, открывавшему доступ к суперпозиции более широкого диапазона психологических феноменов. Складывающийся в ходе психотерапевтической сессии диадический парадокс, в соответствии с которым, по мнению А. Е. Зимбули (2008), для здравого, выверенного решения, с одной стороны, необходимы специальные, систематизированные знания, а, с другой, — это здравое, теоретически обоснованное решение должно принимать в расчет и мнение-интерес каждого непосвященного и непросвещенного. Таким посвящением становится этическое пространство, наполненное субъектностью проективной экспрессии с коллегиальностью погружения в содержание диадического дискурса. Словно мастер, ребенок созидает свой опус и как автор собственного творения аутентично раскрывается в диалоге с психотерапевтом.

**В.В. Истомин**

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ И СОПРОВОЖДЕНИИ ПОДРОСТКА В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

**ГАПОУ СО «Новоуральский технологический колледж» (Новоуральск).**

Сложность, динамичность и противоречивость современной жизни ставят личность подростка перед необходимостью поиска наиболее эффективных стратегий и способов из трудностей, конфликтов и всевозможных кризисов. От того, какими эти способы и стратегии окажутся, – конструктивными или деструктивными, способствующими адаптации или препятствующими ей, – зависит дальнейшее развитие личности молодого человека, его психологическое здоровье.

Проблема преодоления жизненных трудностей (совладающего поведения) на сегодняшний день является одной из актуальных, активно разрабатываемых в современной психологии. Многочисленные исследования позволяют выделить те качества личности, которые в большей степени определяют успешность преодоления трудных жизненных ситуаций:

1. Интернальный локус контроля (Дж. Роттер).
2. Интегративная личностная характеристика «hardiness» (смелый, дерзающий, стойкий), обеспечивающая наличие высоких резервов сопротивления стрессу (исследованиях S. Kobasa и его коллег).
3. Высокий уровень развития механизма когнитивного оценивания (Л.И. Анцыферова).

Взгляд специалиста, использующего модель трансактного анализа в работе по реабилитации и сопровождении подростка в трудной жизненной ситуации, позволяет легко и отчетливо увидеть в представленных выше личностных характеристиках позицию (состояние) «Взрослого».

С точки зрения ресурсов, позиция (состояние) «Взрослый» – это ответственность, компетентность, реалистичность восприятия реальности, гибкость, эмоциональная уравновешенность, чувство уверенности, «неуязвимость». это ответственность, компетентность, реалистичность, гибкость, мужество.

Цель трансактного анализа - достижение человеком независимости и автономии, принятие ответственности, владение собой, самостоятельное определение своей судьбы, включенность в настоящее. Все эти цели напрямую связаны с успешностью формирования и развития у подростка активной и ус-

тойчивой «Взрослой» позиции, «Взрослого» психологического состояния.

Использование в практической работе консультанта понятного для подростка языка ресурсного «Взрослого» (разделение ответственности, понятие «контракта» и др.) позволяет взаимодействовать с ним на равных, не «сваливаясь» в контрпродуктивную позицию «учитель-ученик». Использование идеи ресурсного «Взрослого» в реабилитации и сопровождении подростка в трудной жизненной ситуации реализуется в конкретных для подростка задачах:

- принятие на себя ответственности за собственные переживания, установки и поведение в трудной жизненной ситуации;
- формирование представлений (сознательных установок) о любой кризисной ситуации как возможности для развития, укрепления «Взрослой» позиции (переработка негативного жизненного опыта, как собственного ресурса);
- анализ неконструктивного разрешения предыдущих кризисных ситуаций;
- формирование представлений о своих способностях к совладанию на основе анализа реального успешного опыта преодоления;
- формирование и развитие позитивных копинг-стратегий совладающего поведения;
- формирование внутренней готовности принять помощь, поддержку извне и способности к критической оценке собственных возможностей.

Терапевтическая модель ресурсного «Взрослого» может успешно применяться в реабилитации и сопровождении подростка в трудной жизненной ситуации.

**О.А. Карабанова, Н.Н. Поскребышева, М.А. Боболева, К.Р. Грищенко, М.М. Джураева, М.В. Егорова, Н.Е. Ким, А.Д. Куренинова, А.А. Кученкова, М.Р. Лодочникова, Е.П. Максимова, К.Е. Маслова, П.А. Остапко, Е.В. Сухинова, А.В. Федорова, Я.Е. Черная**

## ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МУЛЬТИПЛИКАЦИОННЫХ ФИЛЬМОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОСМОТРА МУЛЬТИПЛИКАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ РОДИТЕЛЯМИ С ДЕТЬМИ

**МГУ им. М.В. Ломоносова, (Москва).**

Тезисы представляют результаты работы проектной группы в рамках Летней психологической школы МГУ им. М.В. Ломоносова в июле 2017 г. В рамках проектной работы был проведен анализ современного мультипликационного контента с выделением практических рекомендаций для родителей, педагогов и других специалистов, работающих с детьми. Главными результатами стали составление «рейтинга» современных мультфильмов для детей (выделение лучших и худших образцов в мульт-контенте), краткое пособие по эффективному просмотру мультипликационных материалов родителями с детьми. Анализ содержания мультфильмов производился с точки зрения наличия в них развивающего эффекта познавательной сферы, мотивационного компонента, ценностно-смыслового развития, а также благоприятного влияния на эмоциональную сферу. Основания для анализа мультипликационного материала охватывали критерии для оценки состояния информационной безопасности детей и подростков, включая соответствие информационной нагрузки возрастным и индивидуальным особенностям. Мультфильмы рассматривались с точки зрения развития мировосприятия детей и их психологического благополучия, с позиции потенциального влияния на ценностное, моральное, нравственно-этическое развитие.

Согласно Концепции информационной безопасности [1], анализ подразумевал рассмотрение мультфильмов с точки зрения возможностей для усвоения системы семейных ценностей и представлений о семье, расширения представлений о системе социальных и межличностных отношений и общения детей и подростков. В положительные примеры попали мультфильмы, способствующие развитию личности, Я-концепции, социальной и личностной идентичности, формированию толерантности личности, удовлетворяющие и стимулирующие развитие познавательных потребностей и интересов ребенка, когнитивное развитие, развитие творческих способностей. В список неблагоприятных для просмотра мультфильмов попал тот мультипликационный контент, который не соответствует выделенных критериям информационной безопасности, а напротив, несет в себе риски десоциализации, развития и закрепления девиантного и противоправного поведения, содержит сцены и действия, представляющие угрозу жизни или здоровью ребенка, в том числе - здоровью психологическому.

В результате анализа современных мультфильмов был составлен «Топ-лист» рекомендованного контента, в который вошел 21 мультфильм, рекомендованный к просмотру в определенном возрасте. В список вредоносных мультфильмов вошли 9 мультипликационных фильмов, не рекомендованных к просмотру или рекомендованных к просмотру с существенными ограничениями (по возрасту, по характеру обсуждения с ребенком и пр.).

В рамках опроса родителей детей разных возрастов в тематическом сообществе Живого журнала был также проведен опрос мнения родителей относительно «полезных» и «вредных» мультфильмов. Анализ 160 ответов респондентов тематического сообщества показал отсутствие у родителей четких ориентиров для оценки влияния мультфильма на ребенка. Так, многие родители сомневались в полезно-

сти или вредоносности мультипликационного контента, список «хороших» и «вредных» мультфильмов частично пересекается. Анализ наиболее часто упоминаемых положительных мультфильмов показал преобладание современных отечественных мультфильмов.

Основные рекомендации по эффективному просмотру мультфильмов связаны с совместным просмотром и обсуждением увиденного контента (как обсуждение содержания, так и обсуждение смысла просмотренного), необходимости разнообразия детского досуга (просмотр мультфильмов должен осуществляться наряду с другими видами активности, не заменяя их), необходимостью тщательного отбора мультипликационного контента для самостоятельного просмотра ребенком и строгого временного дозирования просмотра мультипликационных фильмов детьми.

При отборе мультипликационных фильмов для просмотра детьми или вместе с детьми важно основываться на объективных критериях. Такими основаниями могут стать возможность введение ребенка в мир культуры через мультипликационный контент, трансляция социальных ценностей, задач, смыслов, норм и правил, помощь в ориентации ребенка в системе социальных и межличностных ролей и отношений, формирование коммуникативной культуры, обеспечение ребенку переживания чувства принятия и безопасности. При этом полезный для ребенка мультипликационный контент может действовать в области развития мотивации, ценностно-смысловой сферы, эмоционального и познавательного развития.

**И.С. Карауш, Б.А. Дашиева, И.Е. Куприянова**

## ПОДПОРОГОВАЯ ДЕПРЕССИЯ У ПОДРОСТКОВ

**НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ (Томск).**

В последние годы широко обсуждаются вопросы выявления и клинической значимости подпороговых депрессий в подростковом возрасте (Georgiades K. et al., 2006; Klein D.N. et al., 2009; Jinnin R. et al., 2016; Wesselhöft R.T., 2016). Данным термином обозначается состояние с меньшим количеством депрессивных симптомов в сравнении с депрессивным эпизодом, но с такой же частотой коморбидных тревожных и поведенческих расстройств (Смулевич А.Б., 2012; Cuijpers P, Smit F, Willemse G., 2005; Carrellas N.W., 2017). Распространенность подпороговой депрессии колеблется от 5% до 29% (Carrellas N.W., 2017), она рассматривается как предиктор развития собственно депрессии (Klein D.N. et al., 2009; Balázs J. et al., 2013), сопровождается нарушением функционирования в социальной и семейной сферах и повышением суицидального риска. Симптомы подпороговой депрессии зачастую не распознаются ни подростками, ни их родителями, ни врачами. Имеющиеся эмоциональные нарушения объясняются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями, низкой мотивацией. При этом подростки с подпороговой депрессией остаются вне поля зрения специалистов при высокой потребности в адекватной медико-психологической помощи.

**Цель** исследования – выявление распространенности подпороговой депрессии у разных групп подростков.

**Материал –** 659 подростков 12-17 лет, из них – 139 учащихся городских общеобразовательных школ (55 человек – г. Новокузнецк, 84 человека – г. Томск), 297 учащихся сельских общеобразовательных школ (Томский район Томской области), 223 ученика специализированных коррекционных школ-интернатов для детей с нарушениями слуха и зрения (г. Томск), относящиеся к категории «дети с ограниченными возможностями здоровья» (дети с ОВЗ).

**Методы.** Помимо клинического метода, для изучения уровня риска депрессии и выявления возможных доклинических её проявлений была использована шкала депрессии М. Ковач – Children`s Depression Inventory, предназначенная для выявления уровня депрессии у детей и подростков 7–17 лет и широко используемая для выявления групп риска (Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б., 2011; Chartier G.M., Lassen M.K., 1994; Stanley B. et al., 2009; Bang Y.R., Park J.H., Kim S.H., 2015). Вероятность, глубина и значимость депрессивных симптомов оцениваются по пяти составляющим шкалы – «Негативное настроение», «Межличностные проблемы», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка».

Для обработки результатов исследования использована программа STATISTICA v.8.0. Показатели распространенности оценивались с помощью критерия $\chi 2$ с определением уровня значимости p.

**Результаты и обсуждение.** В целом уровень риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» составил 26,6%, высокий – 7,9%. У мальчиков риск развития депрессивных симптомов «выше среднего» составил 22,3%, у девочек – 28%. Выявлены значимые различия по группам девочек и мальчиков с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов – 14,5% и 1,7% соответственно ($p=0,00001$, $\chi 2=31,18$).

Подростки общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ имели значимо более высокие показатели по суммарному баллу шкалы депрессии ($p=0,014$, $\chi 2=5,99$) и шкалам «Негативное настроение» ($p=0,0008$, $\chi 2=11,20$) и «Ангедония» ($p=0,0007$, $\chi 2=11,50$) в группе с высоким уровнем риска депрессии. Также выявлены значимые различия по шкалам «Негативное настроение», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка» в группе с уровнем риска симптомов де-

прессии «выше среднего». Показатели шкалы «Межличностные проблемы» оказались высокими во всех группах учащихся.

Подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении как с сельскими подростками, так и с учащимися коррекционных школ. При этом различия с последней группой наиболее выражены – значимые различия выявлены по суммарному показателю и большинству составляющих шкалы депрессии в группах риска «выше среднего» и высокого риска. Сравнение городских и сельских подростков показало более выраженные различия в группе с высоким риском – по шкалам «Неэффективность» ($p=0,00001$, $\chi2=20,42$) и «Негативная самооценка» ($p=0,024$, $\chi2=5,08$).

Для подростков мужского пола в большей степени характерен уровень риска «выше среднего», при этом высокий уровень риска вообще не выявлен у сельских мальчиков, а у мальчиков с ОВЗ встречался лишь в единичном случае (0,8%), тогда как у городских – в 7,1% ($p=0,0018$, $\chi2=9,75$). У девочек с высоким уровнем риска показатели шкалы «Негативное настроение» значимо выше у городских ($p=0,039$, $\chi2=4,25$) в сравнении с сельскими; как и показатели шкалы «Неэффективность» – в сравнении с сельскими (0,00001, $\chi2=18,45$) и с девочками с ОВЗ ($p=0,002$, $\chi2=9,57$), а показатели шкалы «Ангедония» выше и у городских ($p=0,0022$, $\chi2=9,36$), и у сельских девочек ($p=0,0146$, $\chi2=5,97$) по сравнению с девочками с ОВЗ.

По результатам скринингового анкетирования сформированы группы с высоким (52 ученика) и средним уровнем риска (175 учеников). На клиническом уровне у детей и подростков нами не выявлены признаки большого депрессивного расстройства, у 29 подростков диагностировано расстройство адаптации (депрессивные реакции), у большинства из оставшихся учащихся (68 учеников) определялись отдельные признаки аффективных нарушений, существенно отражающихся на качестве функционирования. Преобладающими симптомами являлись периодическое снижение настроения, раздражительность, негативная оценка себя и событий своей жизни, пессимистический настрой на собственное будущее. Дополнительными симптомами этих состояний рассматривались проблемы межличностного взаимодействия, снижение академической успеваемости, элементы рискового поведения. Подростки из выделенной группы расценены нами как лица с подпороговой депрессией (10,3%), из них 15,8% - городских, 10,8%, – сельских и 6,3% – подростки с ОВЗ. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения – родителей и педагогов.

**Заключение.** Выявленный высокий уровень риска депрессии у подростков требует организации комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности. Программы должны базироваться на мультидисциплинарном подходе, включать различные превентивные мероприятия с учетом выявленных особенностей в уровнях риска развития депрессии у мальчиков и девочек, а также в группах учащихся общеобразовательных и коррекционных школ.

**В.Н. Касаткин, Е.В. Миронова**

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**ФГБУ ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ, ЛРНЦ «Русское поле» (Москва).**

Применение современных высокотехнологичных методов лечения злокачественных новообразований у детей привело к значительному увеличению выживаемости среди этой когорты пациентов. Однако высокая токсичность специальных методов химиолучевого лечения (особенно включающих в себя краниальное облучение, использование интратекального введения химиопрепаратов и высокодозной химиотерапии) ведет к высокому проценту инвалидизации таких пациентов в периоде ремиссии, нарушению социализации и ухудшению качества их жизни. Ярким примером тому являются пациенты с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и медуллобластомой. У данных групп пациентов, находящихся в состоянии ремиссии, диагностируются отдаленные осложнения химиолучевого лечения и оперативных вмешательств в виде нарушения функции жизненно важных органов и систем организма, обострение интеркуррентных и сопутствующих заболеваний, психологическая и социальная дизадаптация. В структуре этих состояний и заболеваний в различные сроки после окончания специального лечения (до 20 лет) представлен практически весь спектр соматической и нейропсихической патологии детского возраста. Когнитивный дефицит, школьная неуспешность, эмоциональная лабильность, высокая тревожность, чувство вины, низкая самооценка, агрессия и аутоагрессия – вот далеко не полный перечень социально-психологических, эмоциональных и личностных проблем, обусловливающих социальную дизадаптацию этих детей. Нарушения моторных, когнитивных функций, в том числе внимания, рабочей памяти, пространственного восприятия диктуют необходимость создания системы комплексной медико-психологической реабилитации больного ребенка.

И если коррекции отдельно взятых двигательных нарушений в рамках стандартной реабилитации традиционно уделяется наибольшее внимание, то органически связанным с ними высшим управляющим функциям внимания уделяется недостаточно или не уделяется вовсе, хотя в литературе продемон-

стрирована глубокая связь когнитивных процессов и управляющих функций, которые вместе формируют единую структуру ментального и моторного взаимодействия.

Исполнительные функции (ИФ) можно рассматривать как взаимосвязанную группу когнитивных навыков, ответственных за целевое поведение, которая включает в себя в себя как высшие, так и низшие функции. К высшим относятся ингибирование, переключаемость, когнитивная гибкость, планирование, рабочая память и решение проблем. Нижний уровень ИФ - это скорость процессинга и когнитивная эффективность/беглость, которые обслуживают высшие ИФ. Снижение процессинга, которое наблюдается у данной когорты пациентов, приводит к снижению исполнительных функций, снижению ловкости, ухудшению восприятия информации, снижению темпа речи, и в совокупности к снижению успеваемости в школе. Оценка результатов воздействия краниальной лучевой терапии у больных ОЛЛ показала, что негативное влияние химиотерапии на когнитивное функционирование может быть менее выраженным, чем влияние лучевой терапии [1]. Терапия с помощью облучения оказывает прямое либо опосредованное разрушительное влияние на мозг, вызывая дисбаланс белого и серого вещества в ходе последующего развития центральной нервной системы [2]. Поскольку белое вещество (миелин) обеспечивает передачу сигнала по аксонам, вероятно, скорость передачи нервного импульса снижается в связи с поражением белого вещества или нарушением развития в этой области, что ухудшает качество и снижает скорость переработки информации. Краниальная лучевая терапия при ОЛЛ оказывает негативное влияние на IQ (снижении IQ в среднем на 10 баллов) в течение длительного периода после лечения [3].

Для проведения реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания, с целью тренировки рабочей памяти, функции программирования и контроля, внимания, улучшения координации глаз-рука применяют iPad, сенсорные экраны. Тренировка исполнительных функций осуществляется с помощью тренинга на Стабилане, Дайновижн, Фитлайт, Нейротрекер, Кигнисенс.

Нарушения в двигательной сфере, включающие снижение моторики, способствуют ухудшению показателей зрительно- моторной координации и рабочей памяти у детей, выздоровевших от онкологических заболеваний. Поэтому крайне необходимо междисциплинарное взаимодействие специалистов с целью коррекции нейрокогнитивных и двигательных нарушений. В связи с этим практика реабилитации в области детской онкологии и онкогематологии остро нуждается в новых методах, которые позволят увеличить эффективность и повысят разнообразие подходов к коррекции моторных и когнитивных функций у детей, перенесших лечение по поводу злокачественных новообразований различной этиологии, а также дадут возможность их детализации и объективного измерения у данной когорты пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Moleski M. Neuropsychological, neuroanatomical, and neurophysiological consequences of CNS chemotherapy for acute lymphoblastic leukemia. Arch Clin Neuropsychol. 2000;15:603-30.

2. Mulkern RV, Vajapeyam S, Robertson RL, Caruso PA, Rivkin MJ, Maier SE. Biexponential apparent diffusion coefficient parametrization in adult vs newborn brain. Magn Reson Imaging. 2001 Jun;19(5):659-68.

3. Temming P, Jenney ME. The neurodevelopmental sequelae of childhood leukaemia and its treatment. Arch Dis Child. 2010 Nov;95(11):936-40. doi: 10.1136/adc.2008.153809.

**А.А. Катекина**

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИКУЛЬТУРНОЙ ИНОЯЗЫЧНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

В поисках путей обновления технологий формирования поликультурной иноязычной компетенции будущего специалиста ученые приходят к выводу, что «из задач реального развития личности будущего специалиста высшая школа решает две простейшие: передачу опыта знаний и опыта навыков. Две же другие – передачу творческого опыта и опыта эмоционально-ценностного отношения к профессии – вуз не решает» [1, с. 104]. Исследователи подчеркивают, что «жизненные вопросы, поставленные реальной практикой, активизируют научный поиск, а бесценная педагогическая копилка может предложить выверенные рецепты трансляции регионального опыта» [4, с. 11].

Практика свидетельствует, что нередки случаи, когда изучение иностранных языков вызывает страх, боязнь непреодоления возможных трудностей, что, безусловно, сказывается на социально-психологическом здоровье, одним из компонентов которого является мотивация на его изучение.

Таким образом, актуализируется поиск новых технологий изучения иностранного языка. В том числе и связанных с использованием элементов театральной педагогики. Это, прежде всего, технологии искусства и метод театральных проектов, выступающие условием для снятия линейности в обучении иностранному языку и тем самым способствующие сокращению разрыва между рациональным и эмоциональным компонентами в обучении. Наша практика подтвердила эффективность использования данного метода наряду с учебником на уроке английского в работе со студентами высшей школы. Полученные результаты оказались выше с точки зрения сохранения языка, уверенности и мотивации.

Кроме того, обучающиеся получают навыки работать в одной команде, что способствует уверенности не только использования разговорной речи, но и говорению в целом. Содержание занятий с использованием забавных пародий, юмора и интермедий мы также рассматриваем как один из способов создания активной обучающей среды.

Метод театральных проектов отличается от других методов обучения возможностью внутреннего раскрепощения и приобретения чувства уверенности. Театральный проект в отличие от театральной постановки на сцене позволяет избежать различия между исполнителями и аудиторией ввиду субъектной деятельности всех присутствующих. Любой может получить роль, которая ему подойдет. В каждой группе есть различные категории студентов – одни любят выступать публично, другие студенты-интроверты, они предпочитают наблюдать. С учетом этого педагог может организовать соответствующие задания для каждого студента.

Наша практика подтверждает, что театральный проект позволяет обучающимся включить свои знания, личный опыт, эмоции в процесс обучения, в чем состоит преимущество этого метода перед другими. «Театральные проекты решают задачу выстраивания индивидуальных профессионально-личностных траекторий студентов в процессе иноязычной подготовки» [2, с. 104].

Еще одно преимущество метода театральных проектов заключается в том, что театрализованное представление – возможность войти в другой мир, попадая в различные жизненные ситуации. Он позволяет уйти от нашего повседневного «я» и примерить на себя иную роль. Отечественные психологи неоднократно подчеркивают необходимость определить, как именно индивид воспринимает реальность и как готовится взаимодействовать с ней [3]. Это возможность спрятаться за «маской», что дает человеку свободу выразить свои чувства без тревоги. Аналогичной точки зрения придерживаются зарубежные ученые Кокетт и Фокс: «Маска» - прекрасная возможность для застенчивых людей. Это помогает им выполнять перечисленные выше действия и, очевидно, помогает им улучшить свои разговорные навыки» [5, с. 10].

Как показала практика проведения итоговых тестов, использование пародий и других элементов театрализации позволяет добиться лучших результатов, чем традиционная форма преподавания. Кроме этого, театр может научить жизненным навыкам, таким как сотрудничество с другими людьми, публичное выступление, творческая работа и уверенность в себе. Этот метод обучения обогащает человека гораздо больше и за короткий промежуток времени. Студенты мотивированы, наслаждаются занятиями и преуспевают в развитии иноязычной коммуникативной компетенции.

Таким образом, театральные проекты снижают психологический языковой барьер, положительно влияют на социально-психологическое здоровье, так как дают равноправное развитие как эмоциональных, так и рациональных возможностей личности в условиях иноязычного общения.

ЛИТЕРАТУРА

1.Астафьева О.Н. Sociální a kulturní změny v ruské společnosti: zdroje a charakteristik Rusko v 21. století: Politika. Ekonomika. Kultura / Ludmila Iličeva, Vladimír Komarovskij, Vladimír Prorok a kol. Praha: Professional Publishing, Praha, 2013. - P.231-234.

2.Катекина А.А. Технологии театральной педагогики в формировании поликультурной иноязычной коммуникативной компетенции специалиста // Казанский педагогический журнал. -- 2015. - № 6. - С. 102-104.

3.Моров А.В. Формирование лидерских качеств в социально-психологической среде образовательного учреждения // Современная психология: теория и практика. Материалы XII международной научно-практической конференции. – М., 2014. – С. 147–153.

4.Морова Н.С. Социальная педагогика и социальная политика в условиях экономического кризиса // Социальная педагогика в России. – 2009. – № 2. – С. 9-12.

5.Cockett, S. and G. Fox. Keep Talking! Krakow: Wydawnictwo Naukowe , 1999.

**С.В. Катенко, В.В. Чубаровский**

## ВЛИЯНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ К УЧАСТИЮ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

**НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, ФГАУ «ННПЦЗД», ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва).**

**Целью** настоящего исследования явилось изучение особенностей мотивации к участию в учебном процессе у студентов младших курсов ВУЗа, имеющих донозологические формы психических нарушений (невротические реакции). В процессе проводимого обследования студентов единой группой специалистов с целью получения клинико-эпидемиологических данных о пограничных психических расстройствах у учащихся раннего юношеского возраста (18-21 год), число обследованных - 540 студентов - было проведено пилотное исследование, в котором приняли участие две группы студентов по 25 человек в каждой, усредненных по гендерному составу (всего 50 студентов). Применялись **методы** исследования: клинический, психометрические методики (MMPI), эпидемиологический, социологический. Клинический этап проводился единой группой специалистов по единой систематике и методике, соот-

несенной с V классом МКБ-10. Фиксировались как синдромально очерченные, так и донозологические предболезненные формы, определяемые понятиями «реакции».

В первую группу вошли студенты, у которых не было выявлено каких-либо психических нарушений. Вторая группа была сформирована из студентов, у которых были выявлены донозологические проявления в виде состояний, квалифицированных как невротические реакции. Всем студентам предлагалось в рамках обучения по обязательной дисциплине с предусмотренным получением зачета в итоге, но не относившейся к сугубо профильным, два варианта (на выбор) выполнения учебного задания. Первый вариант привычный – написание реферата по предложенному перечню тем. Второй вариант предполагал проведение исследовательской работы (новый, творческий характер деятельности). Оба задания были сопоставимы по сложности и затратам времени. Перед проведением пилотного исследования всем участвовавшим в нем студентам было проведено тестирование с применением опросника диагностики стилевых особенностей осознанной саморегуляции учебной деятельности «Стиль саморегуляции студентов – ССС-1994».

**Результаты и обсуждение.** В первой группе студентов соотношение выбора «написание реферата/исследовательская работа» распределилось как 64,0% (16 чел.) против 36,0% (9 чел.). Во второй группе распределение было 88,0% (22 чел.) против 12,0% (3 чел.) соответственно. По данным, полученным в результате тестирования с применением опросника «ССС-1994» было показано, что в первой группе студентов имел место более высокий общий уровень саморегуляции учебной деятельности, чем во второй. Приведенные выше данные позволяют говорить о том, что студенты, у которых были диагностированы предболезненные психические нарушения в виде невротических реакций, в большей степени склонны к привычным видам учебной деятельности, нежели к новым, предполагающим большую долю их творческого участия в образовательном процессе. Также, по сравнению с первой группой обследованных студентов, у них выявлялся более низкий уровень психической саморегуляции процесса учебной деятельности.

Таким образом, выявленные особенности у студентов с невротическими реакциями могут оказывать влияние на снижение мотивации к участию в образовательном процессе с использованием новых, предполагающих творческий подход к обучению приемов и методик.

Недооценка психического состояния студентов в ВУЗе может приводить не только к снижению успешности в обучении, но и к прогрессированию психических нарушений и переходу их в синдромально очерченные состояния. Напротив, ранняя диагностика донозологических форм психических нарушений у студентов, учет их особенностей проявлений, диагностика и учет индивидуального стиля психической саморегуляции учебного процесса как стиля саморегуляции поведения, позволят выстраивать психопрофилактические и педагогические стратегии помощи этому контингенту обучающихся, что в свою очередь позволит повысить как уровень их психического здоровья, так и уровень мотивации к обучению, в том числе и с применением инновационных, предполагающих творческое участие в учебном процессе обучающихся студентов технологий.

**Н.К. Кириллина**

## ПСИХОТЕРАПИЯ ЭЛЕ КТИВНОГО МУТИЗМА

**Институт гармоничного развития и адаптации («ИГРА») (Москва).**

Проблема терапии элективного мутизма (ЭМ) по-прежнему остается сложной в современной психиатрии. Это связано с тем, что ЭМ – относительно редкое заболевание, встречающееся в основном в дошкольном и раннем школьном возрасте, при котором ребенок, владеющий навыками речи и понимающий речь других людей, отказывается разговаривать с определенными людьми (чаще незнакомцами) в определенных ситуациях (чаще вне дома) [1, 2]. Но в большей степени это связано с тем, что терапия детей с ЭМ длительна (в среднем около двух лет) и недостаточно разработана, особенно в отечественной литературе.

Следующие выводы сделаны на основании практической работы с более чем 50 детьми с ЭМ в течение 15 лет на базе Института гармоничного развития и адаптации («ИГРА») и кафедры детской и подростковой психиатрии РМАНПО.

Ведущим методом лечения ЭМ является игровая терапия (ИТ), так как взаимодействие с терапевтом во время игры позволяет ребенку справляться с психологическими проблемами, послужившими причиной ЭМ.

Основными психологическими проблемами, выявленными у детей с ЭМ, отмечены следующие: неуверенность, ригидность, нарушение привязанности по тревожному типу, страх совершить ошибку, страх быть в центре внимания, заниженная самооценка, проблемы с осознаванием и проявлением агрессивных чувств, двигательные нарушения в виде скованности, трудностей тактильного и глазного контакта, базового доверия к миру. Именно эти проблемы ставятся целью психотерапии в первую очередь.

Программа, методы и темп терапии подбираются индивидуально в каждом конкретном случае. Тем не менее, можно выделить основные принципы психотерапии ЭМ:

1.Установление контакта начинается с первой встречи с семьей, и в течение дальнейшей работы с

ребенком с ЭМ необходим баланс, с одной стороны, особой чуткости и внимательности и, с другой стороны, настойчивости и следованию плану лечения.

2.В работе с детьми с ЭМ были интегрированы методы *недирективной игровой терапии, центрированной на ребенке,* разработанной Г. Лэндретом [3, 6] и *игровая терапия по методу В. Оклендер* [4, 5].

3.План лечения ориентируется на следующие этапы невербальной и вербальной коммуникации: способность расслабиться в присутствии терапевта и интерес к тому, что происходит в комнате → активное участие в игре → невербальная коммуникация → невербальные звуки (смех, звуки окружающей среды и т. п.) → шепотная речь на ухо → односложная речь → фразовая речь → разговор в присутствии других лиц и в других ситуациях → генерализация общения [7] .

4.Обязательная работа с семьей, цель которой - информирование и поддержка родителей, изменение их взаимодействия с ребенком в направлении снижения гиперопеки, сепарации, создания мотивации к общению, повышения уверенности ребенка, помощи ребенку в организации общения с окружающими.

5.В работе используются разнообразные дополнительные средства: использование аудио- и видеозаписей, средств арт-терапии, специальных игрушек, включение в терапию других лиц, с которыми у ребенка уже установлено речевое общение (сиблингов, друзей, родителей) и новых лиц (других детей с ЭМ), животных, позитивное подкрепление и др.

6.Индивидуальная работа дополняется в некоторых случаях групповой, а также включением в работу школьных специалистов (психологов, учителей), логопедов и нейропсихологов.

7.Фармакотерапия антидепрессантами (золофт) является вспомогательным способом лечения и показана в случаях с выраженными двигательными и вегетативными нарушениями только в сочетании с психотерапией.

ЛИТЕРАТУРА

1.Ю.С. Шевченко, Н.К. Кириллина, И.В. Добридень, Ю.П. Бойко. Избирательная немота – элективный мутизм (клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция). - М.: Иноктаво, 2005. – 304 с.

2.Ю.С. Шевченко, Н.К. Кириллина, Н.П. Захаров. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция. – СПб.: Речь, 2007. - 336 р.

3.Г. Лэндрет. Новые направления в игровой терапии. Проблемы, процессы и специальные популяции. – М.: Когито-центр, 2007. - 479 с.

4.В. Оклендер. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. - М.: Класс, 2005. - 158 с.

5. В. Оклендер. Скрытые сокровища. Путеводитель по внутреннему миру ребенк». – М.: Когито-Центр, 2012. - 271 с.

6. M. Giordano, G. Landreth, L. Jones. A Practical Handbook for Building the Play Therapy Relationship. The Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2005, 223 p.

7. M. Johnson, A. Wintgens. The Selective Mutism Resource Manual. Speechmark Publishing Ltd., 2001, 300 p.

**Л.А. Князева**

## ДУХОВНО ПРОБУЖДАЮЩИЕ ПСИХОЛОГО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРАКТИКИ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОТРУДНИЧЕСТВЕ С КАТОЛИЧЕСКИМ МОНАСТЫРЕМ

**Семейно-психологический центр «Любовь+» (Ачинск, Красноярский край).**

Настоящий доклад освящает опыт сотрудничества психолога с служителями католической церкви в психолого-педагогическом сопровождении родителей, детей и подростков из неблагополучных семей (где имеют место алкогольная зависимость родителей, неполные семьи, семейные конфликты, суицид близких родственников). В современном мире компьютерных технологий и индустриализации, когда в воспитании и обучении детей основное внимание уделяют получению знаний, соревновательности между собой, успешности в социальной жизни, в большом дефиците находится духовное развитие подрастающего поколения, формирование морально-нравственных ценностей.

Автор под духовными практиками понимает саму жизнь взрослого человека и детей, когда они в повседневных делах, взаимодействии и общении проявляют честность, достоинство и благородство. Когда взрослые помогают ребенку осознать такие чувства, как совесть, стыд… Когда побуждают детей проявлять такие качества, как честность, благородство, справедливость и дают обратную связь.

Зачастую и в благополучных полных семьях возникают проблемы в воспитании детей. Родители заботятся о материальном достатке в семье, развитии интеллекта ребенка и лидерских качеств, не уделяя времени совместному досугу, семейным заботам, неформальному общению. В результате в дефиците находятся морально-нравственные и духовные ценности, так как они формируются не на словах и указаниях взрослого, а при непосредственном взаимодействии, когда родители учат ребенка на своем собственном примере. При недостатке такого общения и опыта у детей часто формируется потребительское отношение к взрослым, и взывание к стыду и совести в подростковом возрасте часто не дает нужных результатов. Дети нередко употребляют такие слова, как «спасибо», «пожалуйста», «здравствуйте» автоматически, не

осознавая глубинный смысл и значение их в данный момент - их так научили говорить в определенные моменты, не обращая внимания на те чувства, из которых Человек обычно употребляет эти слова. Важно учить детей не автоматическому следованию ритуалам и традициям, а осознанному употреблению слов, улавливанию смысла сказанного и услышанного не только умом, но и сердцем.

Что говорить о неблагополучных семьях, где в дефиците часто не только морально-нравственные и духовные ценности, но и часто элементарные проявления любви и заботы взрослых к детям, друг к другу.

Монахини католического монастыря более 10 лет работают с неблагополучными семьями, с родителями и детьми. Более 7 лет по их приглашению в монастыре работает автор. Несколько семей находятся на сопровождении более 7 лет (детям сейчас по 14-17лет). Работа проводилась с родителями: семинары-тренинги с психологом 1-2 раза в месяц, посвященные проблемам воспитания, детско-родительским отношениям. Монахини проводили встречи сосредоточения в монастыре 1–2 раза в месяц

Детей собирали на выходные и в каникулы в монастыре. С ними занимались монахини (далее сестры), психолог и логопед. Наибольшую ценность для детей представлял естественный опыт духовной жизни в монастыре, чего они не могли получить в семьях. Это неформальное общение, игры, совместные дела, любовь и забота монахинь к детям. Их стремление понять дефициты детей в семье и попытаться компенсировать. Духовные практики в течение всего дня: молитва перед трапезой и благодарственная молитва после, когда дети слова благодарности подкрепляли делами -помогали убрать в столовой и помыть посуду. Сестры же акцентировали их внимание на чувствах по результату труда (радость от того, что оказал помощь и благодарил). Изучение Закона Божия и основных заповедей, связывая их с непосредственной жизнью и бытом, с примерами опыта жизни детей.

Совместными усилиями психолог и монахини тренировали детей в преодолении трудностей, своей лени, в служении сверстникам и взрослым. Для того чтобы мотивировать детей, совместно с ними были разработаны правила Бытия в монастыре с поощрениями и наказаниями. Духовно пробуждающими и тренирующими ответственность стали практики «платы–искупления» (когда подросток не просто извиняется за проступок, а делает что-то полезное для того человека, которого огорчил или обидел). Каждый ребенок прочитал их и выразил свое согласие подписью. Каждый тренинг и встреча в монастыре завершаются подведением итогов выполнения правил Бытия.

Психолог проводил циклы семинаров-тренингов по темам: «Знакомство с чувствами. Осознание чувств. Проживание чувств»; «Развитие навыков общения. Эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками»; «Две стратегии Бытия: Духовно-Творческая и Тварно-Биологическая». В 2017г.автор начал работу с подростками по теме «Основы сексуальных отношений и счастливого супружества». Мы считаем своей основной задачей разъяснение мифов и реального положения вещей по предложенной теме. В дискуссиях, семинарах-тренингах прояснение важных аспектов основ счастливой семейной жизни, с учетом положительного и отрицательного опыта родительской семьи.

Духовные практики – это сама жизнь духовная изо дня в день! Ежедневные дела и заботы в коих проявляет Человек честность, а отсюда и рождаются честь и благородство, формируются духовно-нравственные ценности. Так, дети от 4–5 лет и подростки в созданных условиях учатся осознавать грехи и признаваться в них, искупать делами, тренируются в преодолении трудностей и соблазнов, в выборе из духовно-творческой стратегии Бытия, тем самым пробуждая свое Духовное начало. А если приходится делать выбор, то помнит о двух своих началах: тварном (животном) и духовном и может задать себе вопрос: Кто Я сейчас? Из чего я выбираю? И честно, прежде всего, самому себе ответить на него.

Справедливость к себе и окружающим, стремление его осознать грехи и признаться в своих грехах. Тогда он не будет проецировать свои грехи на окружающих, будет справедлив к ним. Он не дает себе поблажек и возможностей сбегать от трудностей, идет вперед преодолевая их.

**Л.А. Князева**

## СТУДИЯ СЕМЕЙНОЙ ПЕДАГОГИКИ «ОСОБЫЙ РЕБЕНОК» КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ

**МБДОУ «Д/с № 8» (Ачинск, Красноярский край).**

В последние годы резко выросло количество детей, которые с раннего возраста отстают в развитии познавательной деятельности и речи. По статистическим данным, в 2010-2011 гг. в Красноярском крае родилось детей с родовыми травмами и недозрелостью головного мозга более 80%. Проведенное в апреле–мае 2015 г. психолого-педагогическое обследование детей в МБДОУ «Д/с № 8» в возрасте 3–4 лет на уровень актуального развития познавательной деятельности выявило из 180 воспитанников значительное количество детей с отставанием в развитии: в конце сентября 2015 г. на ПМПК были направлены 12 воспитанников, в марте 2016 г. - еще 10 детей, 4 ребенка пришли в ДОО со статусом ОВЗ. Такая ситуация встревожила специалистов и воспитателей. Встал вопрос о методах и формах коррекционно-развивающей работы, которые будут наиболее эффективны для развития познавательной сферы воспитанников со статусом ОВЗ.

Автор предложила практики психомоторной и нейропсихологической коррекции из «Метода замещающего онтогенеза», которые в младшем и среднем дошкольном возрасте способствуют формиро-

ванию образа тела, пробуждению «спящих» отделов головного мозга, что способствует концентрации внимания, развитию познавательной деятельности детей и коррекции поведения. Также важны и другие коррекционно-развивающие приемы на развитие памяти, внимания, мышления и речи. Но здесь нужна систематичность занятий, выполнение определенных упражнений дома в выходные, праздничные дни и отпуска, поэтому важно сотрудничество с родителями и воспитателями.

Многие родители – это молодые люди, которые привели в детский сад своих первенцев. У них недостаточно опыта и знаний в воспитании и развитии детей, многие проблемы они не замечают. С появлением у ребенка статуса ОВЗ, появляется много вопросов, на которые они не всегда самостоятельно могут найти ответы. Для оказания помощи родителям педагогом-психологом был разработан проект «Студия семейной педагогики «Особый ребенок», который в сентябре 2015 г. был представлен на городской ярмарке социальных проектов, где занял 1 место и далее начал реализовываться в условиях ДОО.

В студии семейной педагогики «Особый ребенок» оказывается комплексная психолого-педагогическая помощь родителям и воспитателям квалифицированными специалистами: педагогом-психологом, логопедом, инструктором по физической культуре, музыкальным руководителем, которые обучают родителей и воспитателей приемам самостоятельной развивающей работы с детьми.

**Цель проекта:** Психолого-педагогическое сопровождение семей воспитанников с ОВЗ через сотрудничество педагогов и родителей.

**Задачи проекта:**

- Активизировать и обогащать педагогические знания и умения родителей через обучение коррекционно-развивающим приемам и практикам.
- Организовать систему взаимодействия специалистов и обучение воспитателей коррекционно-развивающим приемам и практикам.
- Повышать психолого-педагогическую культуру родителей и педагогов.
- Создавать положительную эмоциональную среду общения между детьми, родителями и педагогами.

Работа с родителями ведется в нескольких направлениях:

1.Индивидуальные консультации родителей и обучение их коррекционно-развивающим приемам, необходимым именно для их ребенка (1 раз в 2 недели, педагог-психолог, логопед).

2.Групповые семинары-тренинги для родителей детей с ОВЗ, которые направлены на разъяснение причин отставания ребенка в развитии, выработку совместной стратегии в комплексной коррекционно-развивающей работе и обучение родителей необходимым приемам и практикам (1 раз в месяц).

3.Регулярные рекомендации воспитателям по коррекционно-развивающим занятиям с детьми с ОВЗ с учетом их особенностей и динамики развития (1 раз в 2 недели). Мотивация на сотрудничество с родителями.

Важным этапом в работе студии является обучение воспитателей коррекционно-развивающим приемам психомоторной и нейропсихологической коррекции для самостоятельной работы с детьми с ОВЗ. Для этого проводятся специалистами на базе ДОО обучающие семинары–практикумы 1 раз в месяц.

В современном обществе нередко и воспитатели, и родители других детей не готовы к взаимодействию с ребенком с ОВЗ. Поэтому одна из первоочередных задач - формирование у воспитателей толерантного отношения к воспитанникам с ОВЗ. Часто именно недостаток знаний и информации о таких детях вызывает тревогу и нежелание с ними работать.

Важна обратная связь родителям о качестве и эффективности взаимного сотрудничества. Педагог-психолог, логопед и воспитатели регулярно беседуют с родителями, рассказывают об успехах и достижениях ребенка, подчеркивают значимость личного вклада родителей, оказывают эмоциональную поддержку, что еще больше мотивирует родителей на сотрудничество.

Данная модель работы показала высокую эффективность. В настоящее время в МБДОУ «Д/с № 8» из 180 воспитанников 23 детей со статусом ребенок с ОВЗ. По результатам повторной диагностики у 78% детей наблюдается положительная динамика. Как правило, это дети, родители которых активные участники студии семейной педагогики «Особый ребенок».

**Е.В. Кожадей, С.В. Гречаный**

## ИФАНТИЦИДНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии, (Санкт-Петербург).**

В настоящее время понятие «инфантицид» (детоубийство грудных детей) объединяет в себе случаи убийства новорожденных и младенцев, в том числе близкими взрослыми и/или родителями (явный инфантицид), и поведение, несущее риск для жизни и здоровья ребенка (скрытый инфантицид). Последнее включает в себя: случаи отказа от ребенка с последующим его оставлением в ситуации, чреватой угрозой для жизни; отсутствие должного ухода (например, отказ кормить), приводящего к фатальным последствиям; несвоевременное оказание помощи, в том числе отказ от обращения за медицинской помощью; провокацию несчастных случаев и др. Дети младше 1 года в 2 раза чаще становятся жертвами убийств и в 3-4 раза чаще подвергаются риску причинения вреда своему здоровью по сравнению с другими возрастными группами. В настоящее время показано, что коэффициент виктимизации новорож-

денных и младенцев наиболее велик среди других возрастных групп населения и составляет 6,3 на 100 тыс. Инфантицид чаще совершают девушки-подростки или женщины молодого возраста в возрасте от 19,1 до 22 лет. При исследовании женщин, совершивших инфантицид, было показано, что часть из них уже были лишены опеки над старшими детьми и те проживали отдельно от матерей.

В литературе описываются следующие мотивы детоубийства:

1. «Альтруистический» мотив. Мать считает, что, убивая своего ребенка, она спасает его от жестокостей окружающей жизни («убийство во благо ребенка»). Данный мотив, по-видимому, присутствует в части случаев расширенного суицида у депрессивных больных;

2. Аффективный мотив. Детоубийство в состоянии аффекта. Сюда относится и часть случаев детоубийства в т. н. «исключительных состояниях» – сборной группы эпизодических кратковременных психических расстройств, объединяющих в себя патологический аффект, реакции короткого замыкания, сумеречные состояния сознания и др.

3. Психотический мотив. Относятся случаи убийства ребенка в момент приступа острого или хронического психотического расстройства.

4. Вследствие жестокого обращение с ребенком. Убийство является крайней степенью жестокого обращения с ребенком, часто сочетается с неосторожным отношением, а также нежеланием защитить ребенка от посторонней физической опасности.

5. Вследствие того, что ребенок препятствует реализации жизненных целей и интересов родителей, а также вследствие трудных супружеских отношений (например, убийство ребенка как месть его отцу). Сюда же относятся случаи сознательного оставления ребенка в опасности и/или неудовлетворение его жизненно важных потребностей (тепло, пища и др.).

К угрозе инфантицида может привести феномен «отрицания беременности», психологический защитный механизм игнорирования беременности, отказа ее признавать, несмотря на очевидные физические признаки. При этом женщина продолжает вести привычный образ жизни, в том числе рискованный для здоровья плода, игнорируя настоящее свое положение.

У женщин, совершивших инфантицид, наиболее часто выявляются такие расстройства, как депрессия, в том числе послеродовая, параноидный синдром различной этиологии, шизофрения, органические и эпилептические психозы, а также высокий уровень невротических переживаний, связанных с психотравмирующими событиями детства.

Судебно-психиатрический аспект инфантицида связан с тщательным проведением экспертизы психического состояния женщины в момент совершения преступления для решения вопроса либо об уголовной ответственности, либо о принудительном лечении.

Считается, что для предотвращения инфантицидов необходимо следить за психическим состоянием женщин во время беременности и в послеродовый период с целью активного выявления актуальных психопатологических переживаний. Это достигается, прежде всего, путем тщательного выявления группы риска по инфантициду. Показано, что своевременно не выявленные пренатальные психические расстройства у женщин увеличивают риск развития послеродовых психопатологических переживаний.

При исследовании пациенток с послеродовой непсихотической депрессией с помощью аудиозаписи были ретроспективно проанализированы их переживания во время беременности [Barr J., 2008]. Выявлено, что уже в пренатальном периоде у них отмечались мысли как о самоубийстве, так и о детоубийстве, о чем они обычно умалчивали. Автор делает вывод о том, что мысли об инфантициде должны активно выявляться при клинической психиатрической беседе подобно тому, как выявляются суицидные мысли. Кроме того, врачи-психиатры должны выявлять связанные с новорожденным контрастные навязчивые переживания.

Для профилактики инфантицидов в настоящее время во многих странах мира существует система «бэби-боксов», специальных «ящиков», в которых женщина может оставить новорожденного, не сообщая сведений о себе. Более того, в некоторых странах, например, во Франции, женщины могут рожать анонимно.

Комплексное решение проблемы инфантицида связано с реализацией программ помощи беременным женщинам и женщинам, находящимся в послеродовом периоде, в ходе которых проводится постоянный скрининг их психического состояния.

**А.А. Козина, Е.В. Филиппова**

## СВЯЗЬ ВИКТИМНОСТИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОТНОШЕНИЯХ С РОДИТЕЛЯМИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**ГБОУ ВПО МГППУ (Москва).**

Проблема виктимности подростков в последние годы привлекает внимание многих исследователей, как отечественных, так и зарубежных (М.А. Одинцова, О.О. Андроникова, Д.В. Ривман, Л.В. Франк, В.А. Туляков, В.С. Минская, В.И. Полубинский, Д. Олвеус, Д. Лэйн, Г. Гентиг, Г.Ф. Элленбергер и др.). Интерес к этой проблеме обусловлен возрастающей психологической небезопасностью, агрессивностью школьной среды, распространением таких явлений, как моббинг и буллинг. Понимание причин выбора подростками своих одноклассников в качестве жертв (что в них провоцирует агрессию, что отличает от других) необходимо для того, чтобы определить направление и методы профилактиче-

ской и коррекционной работы с детьми, являющимися как объектами агрессии, так и агрессорами [1; 2].

Мы предположили, что виктимность младших подростков связана с особенностями детско-родительских отношений и уровнем социального интеллекта. В исследовании принимали участие 104 подростка 12-13 лет, 66 мальчиков и 38 девочек. С помощью методики О. Андронниковой: «Склонность к виктимному поведению» (модифицированный вариант) подростки были разделены на 2 группы – группа виктимных (25 человек) и невиктимных подростков (79 человек). Для изучения связи виктимности с детско-родительскими отношениями и социальным интеллектом были использованы методики: «Взаимодействие родитель-ребенок» (Марковская И.М.), шкала для исследования детской «Я-концепции» Е. Пирс, Д. Харрис), тест «Социальный интеллект» (Дж. Гилфорд), процедуры «Социометрия» и «Аутосоциометрия» (Дж. Морено), а также «Многофакторная шкала виктимизации» (Х. Майнард, С. Джозеф). Обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы SPSS, использовались критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования подтвердили связь виктимности с характером детско-родительских отношений. Оказалось, что виктимные подростки по сравнению с невиктимными воспринимают своих матерей как более требовательных, строгих, эмоционально дистанцированных и отвергающих, а отцов как непоследовательных и эмоционально дистанцированных от них (различия статистически значимы). Виктимные подростки более негативно относятся к себе по сравнению с невиктимными, они ниже оценивают свою внешность и физическую привлекательность для сверстников, менее уверены в себе, в меньшей степени удовлетворены своей жизненной ситуацией и положением в семье, они более тревожны, чем невиктимные подростки (особенно это выражено у девочек). Кроме того, в группе виктимных подростков между мальчиками и девочками были найдены различия в представлениях об отце. Так, виктимные девочки воспринимают отца как более требовательного, чем виктимные мальчики, в то же время они более удовлетворены отношениями с ним. Сравнение внутри группы девочек показало, что виктимные девочки более тревожны и неуверены в себе, чем невиктимные. Виктимные мальчики более негативно воспринимают школьную ситуацию, чем невиктимные, у них ниже удовлетворенность жизнью. Виктимные подростки значимо чаще отвергаются сверстниками, чем невиктимные. В то же время не выявлено различий между виктимными и невиктимными подростками по показателям социального интеллекта и аутосоциометрии. Это дает основание предположить, что виктимность связана не столько с социальным интеллектом, сколько с отсутствием социальных навыков, необходимых для того, чтобы адекватно выразить отношение к другим.

Было показано также, что в наибольшей степени способствуют актуализации виктимности следующие модели поведения, свидетельствующие о склонности к агрессивному поведению; самоповреждающему и саморазрушающему поведению; зависимому и беспомощному поведению; некритичному поведению.

Таким образом, можно говорить о том, что виктимность подростков связана с их личностными качествами (тревожность, неуверенность в себе, низкий уровень самоотношения) и с характером восприятия детско-родительских отношений (строгость матери и отвержение ею ребенка, несогласие матери в различных ситуациях с подростком, эмоциональная дистанция и непоследовательность отца в воспитании, неудовлетворенность подростка своим положением в семье и отношениями с родителями в целом). Важно, что, несмотря на выявленные особенности в отношении виктимных подростков к отцу и к матери, эти отношения объединяет одна общая черта – эмоциональная дистанцированность обоих родителей от детей. Это говорит о том, что профилактика и коррекция виктимности у детей предполагают прежде всего работу с их родителями и детско-родительскими отношениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Batsche G. M., Knoff H. M. Bullies and their victims: Understanding a pervasive problem in the schools // School psychology review. – 1994. – T. 23. – S. 165.

2. Lam S. F. et al. Will victims become aggressors or vice versa? A cross-lagged analysis of school aggression // Journal of abnormal child psychology. – 2017. – S. 1-13.

**В.Л. Кокоренко**

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗОВ УСПЕХА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Для современной молодежи успех является значимой ценностью в их системе жизненных ориентиров. Модели успеха, атрибуты определенного стиля жизни успешных людей активно транслируются средствами массовой информации (в свою очередь влияя на формирование представлений об успехе), множество психологических и социальных исследований изучают факторы, способствующие и препятствующие достижению успеха [1]. Предполагается, что в современной системе высшего профессионального образования могут и должны работать успешные профессионалы своего дела – врачи разных специально-

стей, педагоги (профессорско-преподавательский состав), имеющие опыт успеха в профессии и в жизни, так как «научить» успеху, воспитать человека успешного может только тот, кто успешен сам.

Студентам медико-профилактического факультета в рамках психологического исследования научного направления кафедры [2] было предложено выполнить два проективных рисунка: «Мое профессиональное будущее» и «Я на волне успеха». Рисунок на тему успеха был дополнен методикой «Незаконченные предложения», которая выявляла индивидуальные представления об успехе и успешных людях, критерии для оценки успешности, понимание факторов, способствующих и препятствующих достижению успеха и соотнесение их с собой.

При анализе рисунков студентов в первую очередь обращает на себя внимание тот факт, что для многих картина профессионального будущего является не определенной и не простроенной даже на уровне образов мечты (некоторые даже писали, что не могут ничего нарисовать, так как не знают и сами хотели бы понять – какое оно, их профессиональное будущее). Во многих рисунках отражались внешние формализованные и/или статусные атрибуты их профессионального будущего с отсутствием самого автора: стол с пробирками в лаборатории, чашка Петри, здание больницы или министерства с табличкой «Работа», стол с папками документов с обозначением «Министр здравоохранения» или «Главный санитарный врач», дверь в кабинет с надписью «Главный врач».

Важно отметить, что рисунки на тему «Мое профессиональное будущее» значимо отличались отсутствием положительных эмоций от рисунков на тему «Я на волне успеха» (в которых практически все студенты помещали себя в сюжет хотя бы схематично). Типичными в рисунках на тему успеха были: деньги (в образах долларовых купюр, мешков с золотом и т. д.); материальные атрибуты успеха (машины, дом); семья и близкие автора; сюжеты, связанные с отдыхом, который может себе позволить успешный человек (пляж, остров, пальмы, море); образы, отражающие внутренние состояния человека (радость, азарт, счастье, гордость, энергетический и эмоциональный подъем «…я летаю», «…меня переполняет»), по мнению авторов, сопровождающие успех (серфингист на гребне волны; аплодирующий докладчику зал; призер, стоящий на первом месте; рукопожатие при вручении нобелевской премии и др.). Рисунки некоторых студентов производят впечатление «собранного конструктора» - в них отсутствует целостность и сюжет, а рисунок представляет собой «перечисление» отдельных составляющих: счастливая семья, материальное благополучие (с избытком), хорошая работа, достойный дом, отдых, о котором можно только мечтать.

В методике «Незаконченные предложения», давая определение «Успех – это…» подавляющее большинство студентов отметило «достижение поставленных целей» с тенденцией в сторону нереалистичного преувеличения («всех», «жизненных, профессиональных и личных», «всего, чего хочешь»), часто без осмысления различий «цели» и «желания». Ответы студентов показывают, что для них чаще всего «успешный человек» отождествляется со «счастливым человеком», что в реальности не всегда совпадает.

Завершая предложение «Чтобы достичь успеха, мне нужно…», многие отвечали «иметь мотивацию (хотеть успеха); поставить цель и идти к ней; быть более целеустремленным; верить в себя; терпение; много трудиться, работать; учиться, много знать и уметь; развиваться; иметь крепкое здоровье; иметь связи; иметь деньги». Весьма примечательным является тот факт, что предложение «Препятствием для достижения успеха может быть…» подавляющее большинство опрошенных завершало коротко и четко, одним словом – «лень», несомненно, в определенной степени относя это и к себе. Еще в ряде ответов на этот вопрос фигурировали «отсутствие нужных связей», «отсутствие денег», «конкуренция», «отсутствие поддержки», «некоторые черты характера», «проблемы со здоровьем».

В конце исследования мы просили назвать конкретных людей, которые лично для каждого являются примерами успеха. Студенты приводили имена известных людей, увы, чаще не имеющих отношение к медицине: Генри Форд, Дейл Карнеги, Билл Гейтс, Владимир Путин, Криштиану Роналду, Дональд Трамп, Наталья Водянова и др. Тем не менее, некоторыми студентами назывались имена выдающихся врачей, ученых и общественных деятелей, а также в качестве примеров успешных людей были отмечены отдельные преподаватели университета, собственные родители или другие члены семьи.

Таким образом, исключительно важной представляется целенаправленная работа со студентами по осознанию ими базовых ценностей и смыслов медицинской деятельности, формированию у студентов имиджа современного успешного врача, а также стимулирование процессов профессиональной идентификации, без которой невозможно полноценное становление профессионала, его развитие и успех.

ЛИТЕРАТУРА

1.Кокоренко В. Л. Психология успеха//«Психологическое обеспечение педагогического процесса в образовательном учреждении: проблемы, ресурсы, инновации». Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, Издательство Политехнического университета, 2011. – с. 165-171

2.Никольская И.М., Добряков И.В., Маргошина И.Ю., Кокоренко В.Л. Методологический аппарат исследования качества жизни студентов медицинского вуза/Ученые записки Санкт-петербургского государственного института психологии и социальной работы, 2015, выпуск 1, том 23.-С. 92-101

**Л.М. Колпакова**

## ТРУДНОСТИ КАК МАРКЕР АДАПТАЦИОННОГО РЕСУРСА: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

**Казанский (Приволжский) федеральный университет Институт фундаментальной медицины и биологии (Казань).**

Исследование здоровья является одним из актуальных психологических направлений, что было подтверждено еще в 2010 г. в городе Клуж-Напока (Румыния) как некий факт на XXIV Европейской конференции по психологии здоровья [1]. Особое внимание было уделено проблемам здоровья студентов. В современной литературе здоровье рассматривается как динамический процесс, как многоплановый, многомерный феномен на индивидуальном (биологическом), социально-психологическом и социальном уровнях [2]. На психологическом уровне здоровье понимается как психическое целое в рамках личностного контекста рассмотрения проблемы.

*Методы исследования:* анкетный метод субъективного оценивания трудностей с применением метода шкалирования полученных данных; шкала (опросник) изучения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина.

*Результаты и их обсуждение.* Материалы получены в результате обследования студентов Казанского Поволжского Федерального университета (КПФУ). Прежде всего проверялась гипотеза о том, насколько различаются студенты по состоянию здоровья, обучающиеся на разных специальностях. В обследовании участвовали студенты Казанского федерального университета (N =7975). Анализ полученных данных обнаружил 4-уровневые показатели оценки состояния здоровья студентов. Далее, методом случайной стратегии выбора была создана экспериментальная выборка (N=162) с повторным исследованием субъективных оценок состояния здоровья.

Двойное обследование показало, что характерная особенность состояния здоровья студентов разных специальностей институтов К(П)ФУ определяется 4-уровневыми переменными показателей с более-менее надежными результатами.

Таблица 1.

| Кач-во / Кол-во | Хорошее здоровье | Удовлетворительное здоровье | Плохое здоровье | Очень плохое здоровье |
|---|---|---|---|---|
| N=7,975 чел. | 46,9% | 47,7% | 4,6% | 0,8% |
| N=150 чел. | 43,8%; | 49,2%; | 6,9% | 0.1% |

Поскольку мы не знаем причинных признаков распределения, полученных по 4-уровневым показателям, то следующим шагом была поставлена задача ответить на вопрос, «есть ли у вас трудности, которые могут повлиять на состояние здоровья?». Ответы студентов на этот вопрос позволили выделить трудности со значением высокой значимости для студентов, которые можно отнести к факторам риска. Нами были выделены три типа блока трудностей в зависимости от их значимости для профессиональной и личностной реализации студентов:

Таблица 2.

Распределение по блокам групп рискогенных трудностей для здоровья студентов

| №/ % | Учебная деятельность | Эмоциональные отношения | Личные |
|---|---|---|---|
| **1.68%** – Трудности с питанием трудности приспособиться к изменяющимся условиям | **1. 55,03%** – Испытываю **2. 40,3%**–Часто испытываю негативное настроение - другим полом, родителями, с безразличие, раздражение группой, отсутствие друзей, пессимизм одиночество | **1. 37,98 %**–Проблемы с учебой **2. 35,7%** – Взаимоотношения (с **3. 35,7%** – Не всегда умею **4. 22,5% –** Здоровье **5. 5,43%** – Вообще не умею **6. 13,2% –** Затрудняются | |
| **2. 62%** – Недосыпание **3. 27%** – Недопонимание учебного материала заставить себя успокоиться проблемы в напряженной ситуации и быть независимым от нее чтобы принять нужное | | | |
| **4. 20%** – Мало свободного времени, постоянно в будущем испытываешь усталость | | | |
| **5. 5%** – Неудовлетворенность выбором профессии себя успокоить в проблем нет напряженной ситуации | | | |
| **6.11,6%–** Затрудняются ответить | | | **3. 21,7%** – Материальные **6. 6,2 %** – Затрудняются |

1-й блок - смысловой контекст выборов трудностей студентами связан с отношением приспособления к среде, где проходит учебная деятельность, выполнение которой является условием для достижения поставленных целей самореализации.

2-й блок: имеет непосредственную значимость для профессиональной деятельности и социальной успешности и выступает адаптационным ресурсом в трудной жизненной ситуации.

3-й блок – связан с отношениями, предполагающими социальные ограничения. Психологический аспект переживаний трудностей, включенный в третий блок, предполагает формирующийся процесс установления более зрелых социальных отношений, адаптации к новым условиям жизнедеятельности, выступая адаптационным ресурсом здоровья, обеспечивающий условия личной и профессиональной успешности.

*Вывод.* Исходя из полученных данных вытекает, что трудности носят весьма общий характер для студентов изучаемой популяции. В то же время выявленные трудности, с одной стороны, могут относиться к группе риска для здоровья студентов, а с другой, являться маркерами адаптивного ресурса здоровья студентов, что требует дальнейшего описания результатов исследования.

В данных тезисах представлена только небольшая часть из общего проекта исследования в рамках биопсихосоциальной модели. Возникающие по ходу исследования вопросы здоровья в рамках биологии, социологии так или иначе связаны с личностным контекстом психологического уровня, в рамках которого человек рассматривается как целое.

ЛИТЕРАТУРА

1.Психологический журнал, 2011, том 32, № 2, с. 116-124

2.Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М.: Академия. 2001. 352 с.

**И.И. Комарова, В.М. Ганузин, Е.Н. Романычева**

## ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

**ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, ГУЗ ЯО Детская поликлиника № 3 (Ярославль).**

Вопрос развития в каждом регионе инфраструктуры, целью которой является защита прав детей и подростков, обеспечение социально-педагогической и медико-психологической помощи несовершеннолетним, имеющим проблемы в развитии, обучении, поведении, социальной адаптации сохраняет актуальность и сегодня. Особенно это актуально для детей, проживающих в семьях, находящихся в социально опасном положении.

Организационной моделью осуществления профилактики заболеваний, обусловленных жизнедеятельностью детей и подростков в семьях, находящихся в социально опасном положении, служит отделение медико-социальной помощи, входящее в структуру детской поликлиники с 2008 г. В штате отделения: заведующий отделением – педиатр, подростковый педиатр, медицинский психолог, два логопеда, дефектолог, медсестра. При необходимости для диагностики и реабилитации привлекаются и другие специалисты поликлиники, работники социальной службы и юристы. Контингент, с которым работают сотрудники отделения: дети из социально-неблагополучных семей; несовершеннолетние, совершившие правонарушения, требующие оказания медицинской и психологической помощи; приемные семьи; дети, находящиеся под опекой; подростки 15-18лет. Отделение медико-социальной помощи функционирует на основе преемственности и взаимосвязи с другими подразделениями поликлиники, а также с отделом по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделом по социальной поддержке населения, органами опеки и попечительства, органами внутренних дел, образовательными учреждениями, учреждениями социального обслуживания.

Одной из основных задач сотрудников отделения является раннее выявление семей из группы социального риска. Эта функция, прежде всего, возложена на участковую службу. Участковый педиатр при обследовании семьи первично оценивает риск для каждого ребенка. Информация доводится до сотрудников отделения медико-социальной помощи, и готовится сообщение для рассмотрения на координационном совещании группы по работе с семьями и детьми, нуждающимися в государственной поддержке, которое проходит в департаменте еженедельно. При угрозе жизни ребенка информация незамедлительно направляется в органы внутренних дел, органы опеки и попечительства, комиссию по делам несовершеннолетних. Ежегодно такая информация подается на 36-59 семей. При поступлении сообщения из поликлиники организуется комиссионный выход специалистов по месту жительства семьи: из отдела по делам несовершеннолетних и защите их прав, из отдела социальной защиты населения, при необходимости – специалисты отдела опеки и попечительства и медицинский работник и психологи. Информация о семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, рассматривается на очередном координационном совещании, где определяются виды необходимой помощи и орган, ответственный за работу с данной семьей.

На все семьи, взятые на учет, составляется межведомственный план сопровождения семьи с деть-

ми, нуждающейся в государственной поддержке. Сотрудники отделения медико-социальной помощи организуют работу с этими семьями в рамках реализации межведомственных планов.

На приеме в отделении детям и подросткам проводится профилактический осмотр (при участии узких специалистов поликлиники), дается комплексная оценка состояния здоровья, составляется план реабилитации (медицинский, психологический, социальный, правовой и др.), с родителями проводятся профилактические беседы и даются рекомендации, организуется взаимодействие, при необходимости – со специалистами органов и учреждений системы профилактики.

В отделении проходят реабилитацию подростки, привлекающиеся к административной ответственности, а также – по направлению комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Администрация поликлиники сотрудничает с преподавателями медицинского университета. На базе отделения сотрудниками кафедры поликлинической педиатрии проводится врачебная профессиональная консультация с подростками из этих семей. Во время консультации подросткам помогают выбрать учебное заведение, где они могут получить рекомендуемые профессии с учетом состояния их психического и физического здоровья. Кроме того студенты старших курсов педиатрического факультета под руководством преподавателя участвуют в волонтерской деятельности по оказанию помощи детям из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

В отделении проводится индивидуальная, групповая и коллективная медико-психологическая и санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или, так называемых, «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т. п.).

Итогом работы отделения медико-социальной помощи с 2011 по 2016 гг. явилось уменьшение количества семей, находящихся в социально опасном положении, со 102 до 64. А количество детей в этих семьях - со 155 до 102.

Таким образом, отделение медико-социальной помощи детской поликлиники № 3 г. Ярославля активно участвует в реализации межведомственных медико-психологических и социальных программ, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья детей и подростков из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию и находящихся в группе социального риска.

**Е.В. Корень**

## КЛАССИФИКАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПРИНЯТИЯ МКБ-11

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФМИЦПН им. В.П. Сербского (Москва).**

Проблемы классификации относятся к числу центральных вопросов в психиатрии, объединяющих ее теорию и практику и определяющих перспективы развития данной медицинской специальности. Принятие МКБ-10 характеризовало собой радикальное изменение подходов к классификации как отражение глобальных тенденций в мировой психиатрии, связанных как с кризисом медицинской модели психического расстройства с одновременным усилением внимания общества к проблемам психического здоровья, так и с признанием недостаточности современной доказательной базы для создания этиопатогенетически ориентированной классификации психических расстройств. На примере эволюционирования МКБ последних пересмотров можно проследить постепенное вытеснение этиологического принципа из международной классификации с тенденцией использовать диагностические рубрики лишь в качестве функциональных наименований.

Ориентированное на категориальную диагностику определение клинической картины становится не столько средством выявления причин развития психических нарушений, сколько целью самого диагностического процесса, который направлен, прежде всего, на решение практических задач, в первую очередь за счет воспроизводимости диагноза в ущерб его валидности, что существенно «разрыхляет» возможности нацеленной терапии и прогноза. Это напрямую касается и детской психиатрии, являющейся неотъемлемой, но вполне самостоятельной частью общей психиатрии.

Несмотря на заявленную разработчиками «атеоретичность» и «статистическую направленность», МКБ-10 вместе с ДСМ-4 оказала колоссальное влияние на клиническую практику. С момента их принятия повсеместно в разы увеличилась диагностика РАС, СДВГ и биполярных расстройств в детском возрасте, одновременно возрос риск психиатризации и медикализации возрастных проблем у детей. При том что до 80% больных с психическими расстройствами лечится в условиях первичной сети.

В настоящее время подходит к завершению работа над новой версией МКБ. Поскольку проведенный широкий обзор литературы показал, что открытия в нейронауках и генетике не дают ясного ответа, как определить отдельные психические расстройства и их место в классификации, один из важнейших приоритетов ВОЗ состоит в стремлении улучшить клиническую применимость МКБ-11 на индивидуальном и популяционном уровне. С учетом существенных категориальных и концептуальных различий между

классификациями комитетом по гармонизации ВОЗ была поставлена задача рабочим группам МКБ-11 учитывать подходы и определения DSM-5 при разработке общей классификационной «метаструктуры».

В итоге была удалена отдельная группа расстройств, возникающих преимущественно в детском возрасте, вызывающая обоснованную критику в связи избыточным количеством диагностических рубрик, часть из которых представляла собой лишь малодиагностируемые в изолированном виде наборы симптомов и тем самым приводила к инфляции особо значимого для МКБ принципа коморбидности. Группа нарушений психического развития (neurodevelopmental disorders), куда вошли расстройства интеллектуального развития (бывшая умственная отсталость), РАС, задержки речевого развития, двигательные задержки, тики, СДВГ и стереотипные двигательные расстройства, помещена в начало классификации. Отдельно выделена преобразованная группа «Деструктивное поведение и диссоциальные расстройства». Все расстройства, представленные в МКБ-11, рассматриваются с учетом возрастных особенностей (т. е. в онтогенетическом контексте); в клинических указаниях описываются их проявления у детей и подростков. Следует также обратить внимание на отсутствие в текущем драфте МКБ-11 группы органических психических расстройств, что серьезно подрывает развиваемую в отечественной детской психиатрии концепцию так называемых резидуально-органических нарушений, поскольку появившаяся усеченная группа нейрокогнитивных расстройств предполагает период нормального функционирования до появления когнитивного дефицита.

В МКБ-11 при постановке диагноза предполагается реализация прототипически ориентированного синдромологического подхода (syndrome-focused dimensional system), ограниченного «поперечным» срезом наличествующего в данный момент психопатологического состояния, но дополненного описанием культуральных особенностей, границей с нормой (диагностический порог) и другими состояниями, классификатором/подтипом (например, кататония), а при ряде расстройств - дименсиональной оценкой. В качестве преимуществ такого подхода разработчики МКБ-11 указывают на возможность создания более точных диагностических алгоритмов, лучшую воспроизводимость и возможность лучшей дифференциации через количественную презентацию синдромальных профилей.

Отдельного упоминания заслуживает получившее поддержку экспертов объединение некоторых расстройств (например, РАС и ОКР) в спектры, так как не удалось собрать надежных данных, доказывающих необходимость дальнейшего разделения данных расстройств.

Таким образом в перспективе принятия МКБ-11 можно говорить о смещении в прагматическую сторону баланса между строгой научной валидностью и клинической применимостью классификации с целью обеспечения специалистов в области охраны психического здоровья детей и подростков наиболее эффективными в настоящее время инструментами для выявления детей, которые нуждаются в психиатрической помощи, и для выбора методов лечения, которые будут наиболее действенными для уменьшения бремени психических и поведенческих расстройств.

**О.А. Котельникова**

## ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ПРОТИВОПРАВНЫМ ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Владивостокского филиала Дальневосточного юридического института МВД России (Владивосток).**

Противоправное поведение несовершеннолетних вызывает повышенное внимание со стороны общества. В первую очередь это связано с тем, что молодое поколение является естественным резервом социального развития, а нарушения уголовного закона лицами юного возраста свидетельствуют о существующих недостатках в системе мер воспитания, условий для включения молодежи в жизнедеятельность общества. Необходимость изучения девиантного, в частности противоправного, поведения несовершеннолетних объясняется многими причинами.

Во-первых, важностью и масштабностью задач по охране жизни и здоровья подрастающего поколения и формированием в этой связи государственной политики по защите прав и законных интересов, детей и подростков как самостоятельного направления деятельности государственных органов и общества в целом.

Во-вторых, особенностями в генезисе и мотивации совершаемых несовершеннолетними преступлений, обусловленными спецификой их воспитания и жизнедеятельности, особенностями личностных, социально-групповых, психологических и иных характеристик.

В-третьих, тесно связанной с этими особенностями спецификой уровня и структуры преступности, ее причин и динамики, преступлений, совершаемых несовершеннолетними, удельный вес которых достигает 9%-10%.

Обращение к характеристике личности несовершеннолетних с девиантным поведением, а именно совершивших преступления, предполагает выделение характерных для таких подростков качеств. В связи с этим принципиальное значение имеет вопрос о роли общевозрастных особенностей в правонарушающем поведении несовершеннолетних. Как известно, старшему подростковому и юношескому

возрасту присущи неполнота сформированности собственных нравственных установок, недостаток жизненного опыта, повышенная эмоциональность, внушаемость, зависимость поведения от оценок ближайшего окружения. Как указывает А.И. Долгова, определяющую роль в девиантном поведении играет формирующаяся система ценностей личности, собственная социальная практика, образцы поведения, усвоенные в семье и ближайшем окружении.

Как показывает анализ статистических данных, среди несовершеннолетних, совершающих преступления, устойчиво преобладают лица 16-17-летнего возраста (70%) и мужского пола (92%). Доля лиц женского пола сравнительно невысока (8%). Однако выборочные исследования показывают, что в последние годы наблюдается увеличение доли девушек, при этом личностные характеристики правонарушительниц имеют существенную специфику. По сравнению с совершившими преступления юношами они, как правило, более скрытны, замкнуты, серьезно травмированы предшествующими жизненными обстоятельствами, при этом чаще изобретательно лживы, эгоистичны.

Одновременно следует отметить, что наивысшей преступной активностью характеризуется группа неработающих и не учащихся, так, по данным статистки ими совершается более 45% преступлений. Особое внимание следует обратить на подростков из семей, находящихся в социально опасном состоянии. Удельный вес таких подростков в социуме несовершеннолетних преступников составляет около 30%, 14% составляют подростки, относящиеся к категории безнадзорных, 7% к категории беспризорных.

Помимо обобщенных данных о личности, полученных методом уголовной статистики, в характеристике несовершеннолетних правонарушителей используется и иная информация, отвечающая требованиям полноты, достоверности и своевременности. Так, психические качества личности выявляются в основном методами психодиагностического тестирования, обобщенные данные которого используются в криминологической характеристике.

Анализ соответствующей литературы показал, что психиатрическая подсистема личности несовершеннолетнего преступника характеризуется следующими, наиболее часто встречающимися качествами: социальная неадаптированность; низкий уровень интеллектуального развития, инфантилизм; следствием чего являются ослабление чувства стыда, несдержанность, грубость, лживость, агрессивность, мстительность; слабая связь с семьей, учебным или рудовым коллективом; игнорирование общепринятых правовых и нравственных норм (нигилизм); ущербность полового воспитания, выражающаяся в половой распущенности, проституции и иных негативных проявлениях; отсутствие интереса к труду и учебе, отсутствие жизненных целей; смещение психической ориентации в сторону наживы и сиюминутных удовольствий; утилитарное отношение к жизни; ориентация на ценности досуговой микросреды, которая доминирует в социально-ролевых позициях несовершеннолетних; переоценка понятий долга, совести, смелости исходя из групповых интересов; наличие негативных интересов и псевдопотребностей: алкоголизм, наркомания, азартные игры, бесцельное времяпровождение, демонстрация пренебрежения к общепринятым нормам и ценностям; среди подростков, в отношении которых назначались психиатрические и психологические экспертизы, у 55% выявлены аномалии психики, не исключающие вменяемости (отставание в развитии, различные формы психопатии и т. п.).

В целом же специфика изучения девиантного поведения несовершеннолетних может быть рассмотрена как обусловленная комплексом взаимосвязанных факторов, относящихся к возрастным, социальным, психологическим особенностям несовершеннолетних как особой социальной группы, своеобразию их социального статуса. Наиболее раннее выявление особенностей отклоняющегося поведения подростков в значительной степени позволяет не допустить формирования у этих лиц стойкой направленности на совершение в дальнейшем каких-либо преступлений. Выявление особенностей нравственно-психологической характеристики несовершеннолетних, имеющих девиантное противоправное поведение, позволяет определить направление, систему и содержание мер профилактики противоправного поведения несовершеннолетних.

**О.Ю. Кочерова[1], Е.Н. Антышева[2], В.В. Чубаровский[3]**

## РИСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

**[1]ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», [2]ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» (Иваново), [3]НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» (Москва).**

Массовая практика передачи детей в замещающие семьи имеет наряду с позитивными сторонами и ряд негативных последствий. Это связано с участившимися случаями проявления различных форм насилия и жестокости в отношении приемных детей. Не справившись со взятой на себя ответственностью и новыми обязанностями, значительное количество приемных родителей возвращают их в интернатные учреждения. Поэтому очень важно знать в какие социально-психологические условия попадает приемный ребенок, особенно ребенок раннего возраста, тщательно отбирать претендентов в замещающие родители, осуществлять психологическую подготовку и продолжать наблюдение за семьей после создания новой семьи.

Цель исследования – на основании изучения динамики состояния здоровья детей раннего возраста в замещающих семьях выделить факторы риска неблагоприятной адаптации для разработки научно обоснованных рекомендаций по их коррекции.

Материалы и методы. Объектом лонгитудинального исследования явились 65 детей раннего возраста в период передачи и через год воспитания в замещающей семье (ЗС) и 104 их приемных родителей. Исследование проводилось путем клинического обследования детей, анализа медицинской документации, опроса замещающих родителей с использованием разработанной структурированной клинико-статистической карты. Личностные особенности родителей изучали по методике МИНИ-СМИЛ (Л.Н. Собчик, 2002). Относительный риск (ОР) различных факторов рассчитывался в программе OpenEpi с определением 95%-го доверительного интервала (95% ДИ).

Результаты исследования. При анализе данных выявлена высокая отягощенность биологического анамнеза детей-сирот, воспитывающихся в приемных семьях, по психическим расстройствам и болезням зависимости (95,2%). Возраст биологических матерей и отцов на момент рождения ребенка чаще был 18-25 лет (51,5% и 36,4%) или 26-40 лет (35,9% и 64,5% соответственно), 10,5% матерей не достигли возраста 18 лет. 86,4% детей были рождены вне брака, 66,7% воспитывались в неполных семьях. Около трети матерей проживало с родителями (31,3%), другие - в коммунальной квартире (12,5%), снимали жилье (12,5%), некоторые не имели постоянного места жительства (18,8%). Подавляющее большинство детей – социальные сироты: 46,7% родителей лишены родительских прав, 35% отказались от ребенка сразу после рождения, 8,3% находились в местах лишения свободы. Перинатальный контакт с внутриутробной инфекцией наблюдался у 56,1% детей (гепатит В и С – 14,6%, Вич-инфекция – 12,2%). Разные степени недоношенности имели 54,5% детей, задержку внутриутробного развития – 35,5%, перинатальное поражение центральной нервной системы было диагностировано у всех детей.

Ребенок чаще всего передавался на воспитание в полную замещающую семью (62,3%), реже - только приемной матери (37,7%). Возраст приемных матери и отца чаще был в диапазоне 41-55 лет (47,5% и 50%) или 26-40 лет (41% и 39,5% соответственно), старше 56 лет были 11,5% матерей и 10,5% отцов. Замещающие семьи чаще имели квартиры (75,5%) или частные дома с удобствами (19,8%) и невысокие материальные доходы. У 52,5% доход на одного члена семьи был на уровне прожиточного уровня, у 31,1% - ниже, только у 16,4% - выше прожиточного уровня. Примерно половина семей до принятия ребенка не имела своих детей. Другая половина воспитывала родных (71%) или приемных детей (29%); 90% семей воспитывали 1-2 ребенка, 10% - были многодетными. Прошли подготовку в центре приемных родителей 77%.

На основании изучения состояния здоровья детей, в первый год воспитания в приемной семье по динамике физического и нервно-психического развития, острой заболеваемости, соматической и психической патологии, групп здоровья, формирования привязанности у детей выделены три типа течения адаптации: благоприятный, условно благоприятный и неблагоприятный. При анализе данных биологического и социального анамнеза, психологических характеристик приемных родителей выявлены факторы риска неблагоприятной адаптации детей раннего возраста в приемной семье.

Наиболее значимыми факторами риска неблагоприятной адаптации являлись: 3-5 группы здоровья (ОР 7,54; ДИ 1,15-49,54), отсутствие компенсации перинатального поражения центральной нервной системы (ОР 3,94; ДИ 1,08–14,3), отставание нервно-психического развития на 3–4 эпикризных срока (ОР 2,74; ДИ 1,24–6,04), замкнутость, аутизация (ОР 1,91; ДИ 1,11-3,28) и низкая длина тела (ОР 1,87; ДИ 1,03-3,37) у ребенка при передаче в замещающую семью, а также лишение биологических родителей родительских прав, т. е. психотравмирующий опыт ребенка в кровной семье (ОР 2,59; ДИ 1,26-5,31). Факторами риска неблагоприятной адаптации ребенка со стороны приемной семьи были: не гармоничные мотивы принятия ребенка в семью (ОР 3,94; ДИ 1,08-14,3), доход на члена семьи ниже прожиточного минимума (ОР 1,83; ДИ 1,1–3,06), воспитание в неполной семье (ОР 1,83; ДИ 1,1–3,06), недостаточное время, уделяемое ребенку приемной матерью (менее 3 часов в день) (ОР 2,05; ДИ 1,26 –3,35), и заострение у нее гипертимных черт характера (ОР 2,25; ДИ 1,34-3,77) и импульсивности (ОР 2,03; ДИ 1,11-3,71).

Выводы: высокие риски неблагоприятной адаптации детей раннего возраста в замещающей семье обусловлены неблагоприятным состоянием их здоровья при передаче на воспитание, условиями проживания в биологической и приемной семье, личностными особенностями опекуна. Эти факторы необходимо учитывать при передаче ребенка в семью и разработке программы его сопровождения.

**Н.Е. Кравченко[1], О.А. Суетина[1], О.В. Сачук[2]**

## НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**ФГБНУ «НЦПЗ»[1]; НИИ ДОГ ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина»[2] (Москва).**

В современной педиатрической онкологии используется высокодозная химиотерапия наряду с хирургическими и лучевыми методами воздействия в комплексном лечении опухолей, что позволяет достигнуть выраженного положительного эффекта. При этом одним из частых побочных нежелательных явлений при применении химиопрепаратов оказывается расстройство функций желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея, воспаление слизистых оболочек – мукозит). Эти осложнения наблюдались нами у 75%-85% пациентов, проходивших стационарное химиотерапевтическое лечение по поводу онкогематологических заболеваний и солидных опухолей разной локализации в Институте детской он-

кологии и гематологии «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Особенно часто нарушения функций ЖКТ имели место при высокодозной химиотерапии, введении препаратов с высокой степенью эметогенности (цисплатина, цитозара), а также антрациклинов, дактиномицина, метотрексата. Тошнота и рвота возникали либо остро – в течение первых суток назначения химиопрепаратов и быстро купировались антиэметиками, либо же были отсроченными, сохраняясь даже после окончания химиотерапевтического курса и трудно поддавались лечению. Клинические проявления мукозита, характеризовавшегося развитием стоматита, эзофагита, энтероколита или проктита, ассоциировались с выраженным болевым синдромом, отмечавшимся в процессе еды и дефекации. Тошнота, рвота и особенно боль провоцировали изменение пищевого поведения детей (избирательное питание, плохой аппетит, сдерживание позывов к дефекации), зачастую – с полным отказом от еды из-за страха возобновления тягостных ощущений. В большинстве случаев после купирования побочных эффектов химиотерапии пищевое поведение несовершеннолетних пациентов нормализовалось.

Однако иногда приходилось наблюдать более продолжительную и «зафиксировавшуюся» психогенную реакцию с длительными, не обусловленными физическим неблагополучием подташниванием, слюнотечением и отказом от еды даже после устранения видимых признаков осложнений химиотерапии. Триггером психогенного состояния в подобных эпизодах являлись тягостные и болевые ощущения, вызванные физиологическими причинами – нежелательными явлениями со стороны функций желудочно-кишечного тракта в процессе химиотерапии. В дальнейшем психогенная реакция как бы «отрывалась» от соматического недуга, развиваясь в соответствии с законами динамики психогении. Выявлялись нарушения сна, тревожность, сниженное настроение, капризность, плаксивость, иногда – регрессивные феномены. При этом стержневым психологическим содержанием реактивного образования оказывался страх приема пищи, который не всегда ясно осознавался детьми. Они отказывались не только есть, но и пробовать ранее им нравившиеся продукты, а иногда – даже глотать скопившуюся слюну. Основными причинами нежелания есть дети называли непреходящее подташнивание, ощущение инородного тела в горле, невозможность глотать, боли при дефекации, а порой затруднялись объяснить мотивы своего поведения. Онкологам при развитии таких состояний приходилось исключать возможные в онкологической практике тяжелые осложнения противоопухолевой терапии (бульбарный синдром, динамическую непроходимость) и переводить маленьких пациентов на парентеральное питание либо вводить кишечный зонд, на что дети, несмотря на неприятность этих процедур, спокойно соглашались. Тревожные симптомы, страхи, тошнота усиливались при виде еды, разговорах о ней; попытки уговорить ребенка поесть или хотя бы попробовать пищу вызывали бурные истеро-протестные реакции с криком, плачем, агрессией. Лишь в связи с подобным поведением маленьких пациентов онкологи прибегали к помощи психиатров. В таких случаях после квалификации данных состояний как психогенно обусловленных и при последующем назначении небольших, часто субклинических доз противотревожных, мягких нейролептических и антидепрессивных препаратов (гидроксизина, сульпирида, алимемазина, сертралина), разрешенных к применению у детей, наблюдалась быстрая редукция психогенного состояния и нормализация пищевого поведения.

Подобные психогенные расстройства пищевого поведения наиболее часто наблюдались у маленьких детей дошкольного возраста с характерологическими особенностями (сочетание тревожности и истеро-демонстративных черт), предрасполагающими к формированию истеро-фобических реакций. Маленькие дети по сравнению со взрослыми особенно чувствительны к боли (Wintgens A. et al., 1997), поэтому боль выступает у них как фактор тяжелого психоэмоционального стресса, а негативный опыт может усиливать в дальнейшем ответ ребенка на болевые стимулы, заставляя избегать повторяющиеся «опасные» ситуации (Клипинина Н.В., 2009). В двух-трехлетнем возрасте, когда происходит бурное развитие познавательных способностей и формирование логического мышления с выстраиванием причинно-следственных связей, дети уже могут реконструировать причину при наличии одного лишь следствия и уметь предвидеть следствие по видимой причине. Таким образом, психогенные расстройства подобного типа можно рассматривать в рамках нозогений, развивающихся в раннем детском возрасте, с характерным для таких состояний избегающим поведением.

**О.Е. Крахмалева, Е.Ю. Емельянова. Т.И. Иванова**

## ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ: ЛОНГИТЮДНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова», ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» (Омск).**

Омская область субъект Российской Федерации на юго-западе Сибири, входит в состав Сибирского федерального округа. Численность населения составляет 1 миллион 400 тысяч, среди который 387 тысяч детей и подростков. Бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова» является некоммерческой организацией, осуществляющей оказание специализированной медицинской помощи на территории Омской области.

Необходимости создания детско-подростковой службы в г. Омске возникла в 1920 г., когда на за-

седании Губ.здрава г. Омска было вынесено постановление «О назначении доктора Кулакова (психиатра) в комиссию по делам несовершеннолетних», и к 1948 г. в психиатрической больнице имелось 25 детских коек. Причиной выделения детской психиатрии послужило то обстоятельство, что начали все более и более проявляться специфические особенности психопатологии детского возраста. А в 1934 г. Г.Е. Сухаревой были сформулированы положения о детской психиатрической службе, но обособление детско-подростковой психиатрии в специальный раздел, отдельно от взрослой психиатрии, произошло лишь в 60-х годах XX столетии. Впервые в 1972 г. в больнице открывается детское отделение на 65 коек, а в 1979 г. в структуре больницы организуется одно из первых в Советском Союзе подростковое отделение. С 1985 г. в структуре психиатрической больницы – единственного специализированного учреждения данного профиля в области – функционирует амбулаторно-стационарный детско-подростковый комплекс, расположенный вне основной территории стационара. Однако на тот момент проведение необходимого специализированного лечения было ориентировано на пребывания детей в стационарных условиях. В то время в участковой службе работают 4 подростковых и 13 детских психиатров, посещаемость участковых врачей составляет более 20000 детей и 5000 подростков, стационарную помощь получают 1490 детей. В нозологической структуре контингента лидирующие позиции занимают непсихотические психические расстройства и умственная отсталость как у детей, так и у подростков

Начало 90 гг. характеризуется изменением в экономической и политической структуре государства, отрицанием существующих организационных структур и как следствие, стигматизацией психиатрической службы. В это время сохраняется структура детского психиатрического комплекса, состоящая из 2 х стационарных отделений, однако резко снижается обращаемость за специализированной детской психиатрической помощью, а так же количество амбулаторных врачей службы, что находит свое отражение в снижении первичной заболеваемости психическими расстройствами у детей и подростков и в увеличении числа детей-инвалидов по психическому расстройству. Что не удивительно, на тот период времени в нозологической структуре психических нарушений превалирует умственная отсталость во всех возрастных группах.

Следующее десятилетие характеризуется ярко выраженной социально-политической нестабильностью, обнищанием широких масс населения, безработицей, отсутствием финансирования здравоохранения. В этот же период времени вступает в силу закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Учитывая потребности населения и нежелание пациентов получать стационарную психиатрическую помощь, в структуре детского психиатрического комплекса открывается дневной стационар на 50 мест. Предпосылками расширения внебольничной помощи явился рост числа посещения амбулаторных психиатров. Изменение структуры службы нашло свое отражение в первичной заболеваемости: возникает рост выявляемости психические расстройств у детей и продолжается ее снижение в подростковой группе населения.

С начала 2000 гг. сохраняется прежняя организационная структура. Продолжает снижаться численность детского населения, соответственно уменьшается количество участковых детских психиатров. Отмечается незначительное снижение обращения детей за специализированной помощью с одновременным увеличением потребности оной у подростков. Растет первичная выявляемость психических расстройств детско-подросткового населения одновременно с увеличением контингентов. В структуре психических расстройств детей лидирующие позиции занимают непсихотические расстройства. Указанные тенденции актуализируют поиск новых форм внебольничной помощи детям и подросткам. На базе детско-подросткового комплекса выполняется ряд диссертационных исследований, касаемых как отдельных нозологических форм, так и организации службы.

Существующие реалии обосновывают необходимость и эффективность создания новых внебольничных форм психиатрического сервиса, и на базе существующего комплекса в 2008 г. открывается отделение интенсивного лечения в сообществе для детей.

На настоящее время структура детской психиатрической службы Омской области представлена следующим образом. Диспансерное отделение для детей и подростков, причем врачи диспансерного отделения принимают пациентов на территории участковых педиатрических лечебных учреждений. Кроме психиатров прием ведут детские психотерапевты, психологи, логопеды. Работает кабинет сельского приема. Два стационарных отделения для детей (70 коек) и подростков (75 коек). Два амбулаторных отделения: психиатрический дневной стационар (50 мест), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков от 0 до 17 лет (45 мест)

**Л.Ф. Кремнева, Г.В. Козловская, М.В. Иванов**

## К ВОПРОСУ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОЙ И РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ (ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ)

**Научный центр психического здоровья (Москва).**

Современный этап состояния детского психического здоровья характеризуется тенденцией к росту патологии в детской популяции, начиная с первых лет жизни детей. Вследствие этого актуален вопрос предупреждения (профилактики, в том числе первичной) психических нарушений и охраны психического здоровья в целом, начиная с антенатального периода развития ребенка. Более чем тридцатилетний опыт работы в области психического здоровья с детьми раннего возраста и их родителями, особенно с

матерями детей с периода беременности, позволил сформулировать основные положения психопрофилактической работы.

Для углубленного анализа было отобрано 500 детей первых лет жизни и наблюдаемых с периода беременности этими детьми матерей. Дети и матери обследованы психологически и клинически: педиатром, психологом, психиатром и неврологом, а в период беременности матери – гинекологом. Отобранная группа детей разделилась на три подгруппы: здоровые дети составили 30%, группу риска - 45%; 25% обследованных детей составили группу психической патологии (в том числе пограничные состояния - 20 % и психотические – 5%). Проводимые исследования, а также изучение отечественных и зарубежных основоположников психологии и психиатрии раннего возраста ( Д. Чемберлен, Р. Келли, Е,И. Кириченко, И.В. Добряков, Г.Г. Филиппова, Р.Ж. Мухамедрахимов и др.) позволили сформулировать основные положения ранней психопрофилактической работы. В их числе следующие - первой и одной из основных задач ранней психопрофилактики является формирование позитивного материнского отношения к внутриутробному ребенку, общего положительного эмоционального настроя. Это во многом определяет, как будут протекать роды, этап младенчества и раннего детства, то есть течение всего перинатального периода (до трех лет), когда еще не сформировано самосознание ребенка. Известно, что мать и ребенок являются единой системой - системой «мать-дитя» и от ее гармоничности и благополучия зависит психическое здоровье младенца. Во время беременности происходят изменения психоэмоционального состояния женщины, появление ранимости, внушаемости, тревоги, страхов, а также, что особенно важно, происходит осознание женщиной своей материнской роли. Поэтому велика значимость психологической и психотерапевтической гармонизации психического состояния матери со стороны как близких, так и специалистов.

Вторым компонентом ранней психопрофилактической работы является выведение ценности будущего ребенка на первые позиции в иерархии морально-этических ценностных установок женщины. Известно, что с момента возникновения беременности в коре головного мозга матери формируется очаг повышенной возбудимости, так называемая гестационная доминанта. От ее особенностей, активности, функциональности во многом зависит характер отношения матери к ребенку.

Третьим фактором ранней психопрофилактики является комплексная медико-психологическая помощь в формировании психологической готовности женщины к материнству, которая обеспечивается «внутренней материнской позицией». При анализе эмоционального отношения матери к ситуации ожидания ребенка только в 55% случаев было обнаружено позитивное отношение к будущему материнству. В остальных наблюдениях, после рождения ребенка возникал конфликт в контексте детско–родительских отношений. Последнее нашло отражение и в эмоциональном состоянии матери. Послеродовая депрессия, а также другие пограничного уровня психические отклонения были прослежены в 25% наблюдаемых случаев, в 2% это были обострения имеющихся психических заболеваний матери. Конфликт детско-материнских отношений отразился и в поведении матери по отношению к ребенку (обусловленное принятие, проявления недовольства, элементы отвержения и т. д.).

Неготовность к материнству напрямую связана и с увеличением частоты пренатальной патологии (гестоза, угрозы прерывания беременности, более тяжелого протекания родов, снижения адаптационных возможностей новорожденных). По результатам проведенных исследований, на сегодняшний день до 60% беременностей протекают с осложнениями (в наших наблюдениях их число составило 74%).

Кроме того, по данным официальной статистики, 85% детей к году имеют отклонения морфологических структур мозга, в виде резидуальной перинатальной энцефалопатии (ПЭП), что сопровождается теми или иными отклонениями в психическом здоровье ребенка. В нашем исследовании эти отклонения по группам составили соответственно 5% - норма, 35% - группа риска, 60% - группа патологии. Причиной ПЭП могут быть осложнения беременности и родов. Понятно, какое важное значение в психопрофилактической работе имеют мероприятия, направленные на медицинское предотвращение осложнений течения беременности и родов в сочетании с психологической работой по формированию готовности к материнству, что легло в основу четвертой составляющей психопрофилактики в раннем детском возрасте.

Следующим значимым психопрофилактическим фактором является коррекция нарушений воспитания. Недостаток воспитательных воздействий или искаженное воспитание в раннем детстве порождают феномен психической депривации и связанных с ней психических нарушений у ребенка. Например, ранний отказ от соски, ранние «ходунки», длительное ношение памперсов приводят к сложностям произнесения некоторых звуков, пространственным нарушениям в более старшем возрасте, моторной неловкости и задержке формирования гигиенических навыков и т. п. Кроме того, ошибки воспитания, использование новых технологий (часто непроверенных) ведут к различным психопатологическим отклонениям в поведении ребенка. Поэтому еще одним немаловажным фактором психопрофилактической работы является повышение компетентности родителей и прародителей, принимающих участие в общении с ребенком, в воспитании и коррекции отклонений в его поведении (единство требований, установление значимых авторитетов взрослых, совместные с ребенком игровые взаимодействия). Психотерапевтические технологии были традиционными: рациональная психотерапия, психотерапия материнской любовью (Драпкин Б.З., 2005), музыкотерапия, арт-терапия.

Таким образом, пять указанных основных направлений психопрофилактической и психотерапев-

тической работы во время беременности, а затем и после родов, способствуют формированию оптимального варианта гестационной доминанты, а также позитивной внутренней материнской позиции, помогают протеканию беременности без осложнений, физиологическому родоразрешению, рождению здорового ребенка, предотвращают возникновение послеродовых невротических и психических расстройств как у матери так и у ребенка, способствуют становлению гармоничных диадических отношений в системе «мать-дитя», уменьшают риск формирования патологических форм привязанности и нарушений воспитания, что способствует в последующем предупреждению возникновения отклонений в психическом здоровье ребенка.

**О.С. Куликова, А.П. Белишова**

## НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

**ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» (Оренбург).**

Формирование личности глухих и слабослышащих детей и подростков происходит в условиях затрудненного межличностного общения и ограниченных возможностей усвоения социального опыта. В подростковом возрасте важным фактором личностного развития глухих и слабослышащих детей становится часто болезненное осознание ими своего дефекта и фрустрированность потребности в общении. В этих условиях высока вероятность нарушений социальной адаптации, что проявляется, в частности, агрессивными реакциями в ситуациях межличностного общения.

***Целью*** проведенного нами исследования было изучение особенностей межличностного общения слабослышащих и глухих подростков.

***Организация и методы исследования***. Всего было обследовано 40 подростков - воспитанников ГКОУ «Специальная (коррекционная) школа-интернат № 1» г. Оренбурга (28 подростков – глухие, 22 подростка – слабослышащие). Возраст обследованных – от 12 до 17 лет (средний возраст – 14,8 лет). Половой состав выборки: 28 мальчиков, 12 девочек. Были использованы экспериментально-психологический и статистический методы исследования. Экспериментально-психологический метод заключался в применении психодиагностической методики «Фильм-тест» Рене-Жиля в адаптации И.Н. Гильяшевой и Н.Д. Игнатьевой (Гильяшева И.П., Игнатьева Н.Д., 1994). На этапе математико-статистического анализа результатов исследования психодиагностические показатели, распределение которых соответствовало нормальному закону, были включены в процедуры однофакторного дисперсионного анализа и корреляционного анализа (использовался коэффициент r-Пирсона). Применялся также критерий $\varphi^*$ - угловое преображение Фишера в сочетании с критерием $\lambda$ Колмогорова-Смирнова.

***Результаты исследования***. Корреляционный анализ показал, что между измеренными психологическими характеристиками существует ряд статистически значимых взаимосвязей. Так, положительные корреляционные связи выявлены между значениями шкал «отношение к матери» и «степень стремления к общению с детьми в больших группах» ($r=0,354$; $p<0,05$), «отношение к братьям и сестрам» и «отношение к бабушке и дедушке» ($r=0,320$; $p<0,05$), «отношение к учителю (воспитателю)» и «степень любознательности» ($r=0,567$; $p<0,05$). Отрицательная корреляционная связь отмечена для шкал «отношение к братьям и сестрам» и «степень отгороженности от других» ($r=-0,469$; $p<0,05$).

По данным однофакторного дисперсионного анализа, девочки характеризуются достоверно большей выраженностью стремления к общению со сверстниками в больших группах (среднее арифметическое составляет: $M=3,167$ в подгруппе девочек и $M=1,731$ в подгруппе мальчиков; $p<0,01$).

На следующем этапе анализа результатов исследования определялся характер реакций на фрустрацию (шкала 12 «реакция на фрустрацию или социальная адекватность поведения»). Методика «Фильм-тест» Рене-Жиля позволяет диагностировать 3 вида фрустрационных реакций: активно-агрессивные, пассивно-страдательные и нейтральные (Гильяшева И.П., Игнатьева Н.Д., 1994). По данным качественного анализа, преобладание активно-агрессивных реакций (4 и более соответствующих ответа из 7 возможных) отмечено у 18 подростков (42,8% от общего объема выборки), среди которых 7 девочек и 11 мальчиков. Девочки дали 43 ответа, оцененных как «активно-агрессивная реакция на фрустрацию» (51,19% от максимально возможного количества реакций этого типа для исследованной подгруппы девочек ($n=12$)), 7 ответов, отнесенных к пассивно-страдательным реакциям (8,33%), и 12 ответов, представляющих собой нейтральную реакцию на фрустрацию (14,29%). В подгруппе мальчиков количество активно-агрессивных реакций – 79 (40,31% от максимально возможного количества реакций этого типа для исследованной подгруппы мальчиков ($n=28$)), число пассивно-страдательных реакций - 7 (3,57%), а нейтральных – 110 (56,12%). Для сопоставления подгрупп мальчиков и девочек по количеству различных типов реакций на фрустрацию использовался критерий $\varphi^*$ - угловое преображение Фишера в сочетании с критерием $\lambda$ Колмогорова-Смирнова. В результате было показано, что по количеству активно-агрессивных реакций сравниваемые подгруппы статистически достоверно не отличаются друг от друга. Различия между мальчиками и девочками по количеству пассивно-страдательных реакций находятся на уровне тенденции ($p=0,062$), при этом к такому типу реакций больше склонны девочки. Количество от-

ветов, оцененных как нейтральная реакция на фрустрацию, статистически достоверно больше в подгруппе мальчиков ($p<0,05$).

***Обсуждение результатов.*** По данным корреляционного анализа, чем более позитивный характер имеют взаимоотношения с сиблингами, тем больше выражено положительное эмоциональное отношение к бабушкам и дедушкам и тем в меньшей степени проявляется тенденция к отгороженности от сверстников. Позитивное отношение к учителю связано с более высокими познавательными интересами. Кроме этого, у подростков с нарушениями слуха позитивные эмоционально-личностные отношения к матери сочетаются с высоким стремлением к общению в больших группах сверстников. При этом к такому общению в большей степени склонны девочки-подростки (по сравнению с мальчиками). Тем не менее, во фрустрирующих ситуациях межличностного взаимодействия девочки склонны к относительно менее адаптивным пассивно-страдательным реакциям, представляющим собой возврат к примитивным формам поведения (плакать, обидеться, жаловаться, «надуться»), в то время как у мальчиков чаще встречается нейтральное реагирование, отражающее способность контролировать импульсивные реакции (примеры нейтральных реакций: не сказать ничего, не сделать ничего, пожать плечами, сделать замечание).

**Е.А. Куминская, Н.В. Кисельникова, С.В. Маркова**

## ФАКТОРЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ПОДРОСТКОВ К РИСКОВАННОМУ ПОВЕДЕНИЮ[2]

**ФГБНУ «Психологический институт РАО» (Москва).**

Рискованное поведение подростков объемлет разнообразные виды и формы осознанной произвольной активности, осуществление которых сопряжено свысоким риском заболеваемости и смертности в подростковом возрасте (табакокурение, употребление алкоголя, психоактивных и наркотических веществ, агрессивно-насильственное поведение, незащищенный секс, экстремальные способы проведения досуга, бесправное вождение автомобиля и т. д.). Разработка путей профилактики склонности к риску должна осуществляться на основе исследования факторов, на нее влияющих – как провоцирующим, так и протективным образом, и данных о методах, доказывающих эффективную регуляцию этих факторов.

R. Jessor и S.L. Jessor (1977) в своей теории проблемного поведения предполагают, что поведение риска является частью нормального развития подростка и выполняет определенную функцию, выступая инструментом достижения принятия и уважения группой сверстников, автономии от родительской семьи, совладания с тревожностью, фрустрацией и страхом неудач, демонстрации самому себе и значимым другим собственной идентичности, подтверждения зрелости и перехода к взрослости.

С другой стороны, склонность к использованию такого инструмента, даже если он нормативен, проявляется далеко не у всех подростков, а значит можно говорить о переменных (факторах), опосредующих связь возрастных особенностей и поведения риска. Исследователи выделяют как ситуационные, так и личностные факторы. К первым главным образом относится референтное окружение подростка и выраженность ценности риска у его сверстников, а также характеристики семейной ситуации (стабильность, наличие поддерживающих отношений с родителями и пр.). Среди личностных факторов отмечаются личностные аномалии, проблемы идентичности, внутриличностные конфликты, убеждения и установки подростков (Сыроквашина, Дозорцева, 2016), а также чувствительность к социальным вознаграждениям (Eckstrand et al., 2017), неконструктивные копинги, импульсивность, нейротизм и открытость опыту. Экстраверсия и сознательность могут рассматриваться как протективные факторы, особенно у мальчиков (Blüml et al., 2013).

В немногочисленных эмпирических работах была выявлена защитная роль смысла жизни. В подростковом возрасте смысл жизни негативно связан с психосоматическими симптомами и рискованным поведением. Напротив, ощущение высокой осмысленности жизни положительно коррелирует с психологическим благополучием и другими позитивными индикаторами оптимального психологического функционирования и даже с более частым поведением, направленным на поддержание здоровья (Kendall, 2014; Eun-hye Ch. et al., 2014). Показано, что именно смыслы и ценности выступают тем «ядерным» фактором, который вносит ключевой вклад в проявление рискованного поведения, а подростковый возраст является чувствительнымпериодом для решения экзистенциальных задач формирования представлений о смысле жизни и целях жизни, их поиска и составления жизненных планов.

Однако принимаемые в настоящее время в образовательных учреждениях профилактические меры, как правило, не учитывают полидетерминированность рискованного поведения и характеризуются фрагментарностью (реализуются отдельные программы по коррекции самооценки, по формированию здорового образа жизни, разрешению внутриличностных конфликтов, работе с социальным окружением и пр.). Данные способы коррекции не могут гарантировать устойчивый результат, поскольку не затрагивают главные компоненты: смыслы, ценности, идентичность. В качестве основного направления коррекции рискованного поведения должны выступать базовая ценность жизни и система конкретных

[2]Исследование выполнено при поддержке РФФИ, грант №16-26-01003

смысложизненных ориентаций каждого подростка.

Также при построении системы профилактики рискованного поведения немаловажной является опора на нормы «доказательной профилактики» (evidence-basedprevention) (Цветкова, Антонова, 2017), которые подразумевают учет данных исследований в этой области и включение таких стратегий работы, которые доказанно трансформируют факторы, влияющие на установки и поведение, оценку эффективности программ. Примером программы, которая выстроена с опорой на эти принципы, выступает программа, реализуемая в рамках научно-образовательного проекта «Смысл жизни и судьба: как построить собственное будущее» на базе Психологического института РАО.

ЛИТЕРАТУРА

1.Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. – С. 8-24.

2.Цветкова Л.А., Антонова Н.А. Система социально-психологического мониторинга – основа снижения поведения риска в образовательной среде / Интегративный подход к познанию психологии человека: В.Н. Панферов, В.В. Знаков, Е.Ю. Коржова и др. / Под научной ред. Е.Ю. Коржовой. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2017. – С. 280-292.

3.Blüml V., Kapusta N.D., Doering S. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population // PLoS ONE. 2013. Vol. 8(10).

4.Eckstrand K.L., Choukas-Bradley S., Mohanty A., Cross M., Allen N.B., Silk J.S., Jones N.P., Forbes E.E., Heightened Activity in Social Reward Networks is Associated with Adolescents' Risky Sexual Behaviors // Developmental Cognitive Neuroscience. 2017.

5.Eun-hye Ch., Dong-gwi L., Ji H.L., Byeng H.B., Sang M.J. Meaning in Life and School Adjustment: Testing the Mediating Effects of Problem-Focused Coping and Self-Acceptance // Social and Behavioral Sciences. 2014. 114. P. 777-781.

6.Jessor R., Jessor S. L. Problem behavior and psychological development: A longitudinal study of youth. NewYork: AcademicPress, 1977.

7.Kendall C.B. Purpose in Life Springer Science. A Critical Component of Optimal Youth Development. Business Media Dordrecht. 2014.

**Т.А. Куприянова, Е.В. Корень**

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФМИЦПН им. В.П. Сербского (Москва).**

**Актуальность.** Сочетание симптомов гиперкинетического расстройства - ГР (СДВГ по ДСМ-5) с нарушениями поведения в детском возрасте (в 35%-65% случаев) представляет собой серьезную клиническую проблему, находящуюся в фокусе внимания исследователей, в том числе и специалистов практического здравоохранения. С учетом клинической значимости более выраженных и стойких проявлений гиперактивности и нарушения внимания по сравнению с детьми с типичными проявлениями СДВГ и более выраженным негативным влиянием на адаптацию и уровень социального функционирования больных, в МКБ-10 в раздел гиперкинетических расстройств была впервые введена смешанная рубрика «гиперкинетическое расстройство поведения» (ГРП), в которой комбинация симптомов должна одновременно удовлетворять имеющимся критериям для диагностики ГР и расстройства поведения. До настоящего времени не получил однозначного решения вопрос, является ли такое сочетание симптомов особым подтипом СДВГ с более тяжелым течением и прогнозом или его следует рассматривать с позиций коморбидности. В практическом плане эта смешанная диагностическая категория, по сравнению с детьми с «чистыми» вариантами СДВГ характеризуется существенными трудностями курации. Как правило, несмотря на низкую доказательность, рекомендуется сочетанное применение препаратов для лечения СДВГ с антипсихотиками, что повышает риск развития побочных явлений, а также может способствовать развитию «поведенческой токсичности», негативно влияющей на качество жизни больных. В данном контексте особую практическую значимость приобретает поиск путей повышения эффективности лечения, включая использование стратегий аугментации, не только в плане контроля симптомов, но и повышения уровня социального функционирования в целом. В качестве одного из вариантов стратегии аугментации в лечении детей с ГРП может рассматриваться гопантеновая кислота (пантогам) - ноотропный препарат, важным преимуществом которого является наличие официальных показаний для применения в России как препарата для лечения ГР.

**Цель**: оценка краткосрочной эффективности аугментации гопантеновой кислотой (пантогам) при лечении ГРП у детей при недостаточной эффективности предыдущей терапии атомоксетином.

**Материалы и методы.** В открытое пилотное нерандомизированное исследование было включено 24 ребенка (16 мальчиков и 8 девочек) 6-11 лет (средний возраст 9,2±2,8) с ГРП (F90.1 по МКБ-10), 18 из которых находились на амбулаторном лечении, 6 - в стационаре. Средняя длительность заболевания

- 3,1±1,8 года. Критериями включения в исследование являлись диагноз ГРП по МКБ-10, возраст, недостаточный эффект от предыдущей терапии атомоксетином в адекватных возрастных дозировках в течение не менее трех месяцев, отсутствие хронических соматических и неврологических расстройств, наличие информированного согласия ребенка и его родителей. Для динамической оценки эффективности проводимой терапии на начальном этапе, через 1 и через 2 месяца использовался ряд шкал и опросников: шкала «СДВГ-критерии МКБ-10», «Шкала оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10», детская шкала оценки общего функционирования CGAS,. общего клинического впечатления CGI и шкала для оценки качества жизни - CHIP-CE, которая позволяет оценить эффективность проводимого лечения и разделена на 5 доменов: Удовлетворенность (Satisfaction), Комфорт (Comfort), Сопротивляемость (Resilience), Избегание риска (Risk avoidance) и Достижения (Achievement).

До включения в исследование все дети получали препарат атомоксетин (страттера) в возрастных дозировках в течение не менее 3 месяцев. Наметившаяся положительная динамика в симптомах ГР сочеталась с незначительной редукцией собственно поведенческих нарушений, что способствовало сохранению дизадаптации и низкого уровня социального функционирования пациентов.

При включении в исследование всем участникам была присоединена (аугментирована) гопантеновая кислота (пантогам) в возрастных дозах в течение одного месяца.

**Результаты и обсуждение.** Позитивные изменения в психическом состоянии и социальном функционировании детей наметились уже ко второй неделе после аугментации гопантеновой кислоты к продолжающейся терапии атомоксетином и имели тенденцию к расширению и закреплению через 2 месяца. Улучшения касались не только уменьшения клинических проявлений ГРП, но и повышения уровня социального функционирования и качества жизни детей. По шкале «СДВГ-критерии МКБ-10» выраженность клинических проявлений при начальной оценке составляла в среднем 24±3,6 балла, к концу второго месяца – 15±2,9 баллов. Уровень социального функционирования по CGAS при начальной оценке составил 41,2±3,2, к концу второго месяца - 54,7±2,8, по шкале CGI - 3,8±1,09 (расстройства умеренной выраженности), и 1,9±0,15, соответственно, значительное улучшение было отмечено почти у 70% детей, менее выраженное - у 25% детей, без изменений - 5% детей (более старшие дети, находившиеся в стационаре, резистентные к терапии, с коморбидными расстройствами). По шкале CHIP-CE наиболее выраженные положительные изменения отмечались в доменах: Достижения (Школьная Успеваемость) - с 23,6±4,2 до 34,7±3,8, Избегание риска – с 26,8±2,9 до 37,8±5,1. Менее выраженные, но также положительные изменения отмечены и в других доменах. При динамическом наблюдении пациентов через 3 месяца после присоединения к терапии атомоксетином гопантеновой кислоты состояние оставалось стабильным как в школе, так и дома.

Таким образом, показана позитивная терапевтическая динамика как собственно симптомов СДВГ, так и поведенческих нарушений при присоединении к атомоксетину препарата гопантеновой кислоты. Качественные изменения, касаются не только достижения контроля над симптомами, но и повышения уровня социального функционирования и качества жизни детей, что позволяет считать успешной выбранную терапевтическую стратегию аугментации, способствующую улучшению результатов лечения детей с определенными клиническими вариантами ГРП.

**А.В. Курганович**

## ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

**ГБУЗ «ДГП № 125 ДЗМ» (Москва).**

В данной работе продемонстрирован практический опыт использования игрового формата при обучении детей с сахарным диабетом 1 типа и их родителей. Известный факт, что успех в компенсации СД 1 типа (СД 1) складывается из следующих важных составляющих: подбор рациональной инсулинотерапии, анализ данных гликемии при проведении адекватного самоконтроля, правильная оценка содержания углеводов/хлебных единиц в пище, регулярные физические нагрузки и принятие верных решений при их проведении. На плечи эндокринолога ложится задача обучения пациентов по каждой из этих составляющих. В нашей стране разработаны и внедрены структурированные программы обучения больных СД 1 типа.

Известно, что обучение будет эффективным только в случае активного восприятия этой информации, внутреннего принятия врачебных рекомендаций пациентом и дальнейшего претворения их в жизнь. Но последнего достичь удается далеко не всегда, поскольку простое снабжение информацией еще не означает изменение поведения обучаемого. Учитывая этот факт, мы пришли к идее использования при обучении такой эффективной педагогической технологии, как эдьютеймент (от англ: education – обучение и entertainment – развлечение). Методика эдьютеймента имеет в своей основе намеренное соединение какого-либо социального заказа с развлекательным механизмом. Фактически это коллективная игра, которая, делая объект изучения интересным, способствует активности участников. Благодаря переживанию имитированных ситуаций она создает мотивацию на дальнейшее получение знаний

и их использование в реальной жизни.

Для любого ребенка не существует более конструктивного времяпрепровождения, чем игра. В подростковой среде и для «внутреннего ребенка» каждого взрослого именно игра способствует раскрепощению, открытости, преодолению психологических барьеров и, как следствие, более глубинному осознанию изучаемых тем. Эдъютеймент также способствует решению проблемы дефицита личностного общения как внутри семьи, так и в обществе в целом. Актуальными аспектами методики для нас явились свободная творческая деятельность, лишь направляемая обучателем, получение удовольствия от процесса, создание эмоционального накала, имитация практических ситуаций при диабете.

Нами создана и внедрена методика обучения, основанная на инсценировании решения предлагаемых практических задач, связанных с реальной жизнью с СД 1. Мы назвали ее ДиаКвест. Важным была оптимистичная и юмористическая подача материала, приветствовались творческий подход и импровизация.

Принципами проведения ДиаКвеста «Реши и сыграй» были следующие: командные соревнования по решению практических задач по диабету, дифференцированных по возрасту; решение должно быть коллективным и затем инсценированным; наличие в каждой команде куратора, лишь направляющего процесс; создание духа соревнования, эмоционального накала, доброжелательной атмосферы – способствующие открытости игроков; взаимная оценка команд. ДиаКвест проводился на базе загородного отеля в течение 2 дней и в 2 этапа – интеллектуального и спортивного. Участниками мероприятия стали семьи, являющиеся членами Регионального отделения ОООИ «РДА» по г. Москве, в каждой из которых есть ребенок с СД 1. Всего участвовали 16 семей. Для проведения интеллектуальной части ДиаКвеста все участники были разделены на команды по возрасту. Первая команда под названием «Позитивчики» состояла из детей до 8 лет и должна была решить и инсценировать задачу про правильные действия в школе в случае неполадок с инсулиновой помпой. Вторая команда – «Профи» - это подростки на инсулиновых помпах. Перед ними стояла задача объяснить любознательной и капризной сверстнице, что такое помпа, зачем она нужна, ее преимущества и недостатки. Третья команда «Абстракционисты» должна была создать абстрактную схему возможной компенсации СД 1 и, конечно, продемонстрировать ее в виде сценки. В эту команду нами были включены подростки, преимущественно мальчики. Четвертая команда родителей под названием «Коммуникаторы» решала проблемы общения в семье и в обществе, связанные с СД 1. Каждая команда после подготовки демонстрировала свои инсценированные решения задач. При этом остальные команды имели право задавать вопросы, дополнять, а затем оценивали выступление по 5-ти балльной системе. Причем оценки ставились по таким критериям, как сплоченность членов команды, артистизм и знания по СД 1. Во второй день проводились спортивные состязания в виде веселой эстафеты.

В результате проведения ДиаКвеста были получены следующие результаты: удалось обратить внимание участников на поставленные задачи по СД 1, привлечь их к активному участию в решении; сам процесс решения, а особенно показ в виде сценок, доставил удовольствие всем участникам; мы смогли вызвать явный интерес детей и взрослых и добиться полного включения в процесс обучения. Таким образом, мы можем рассчитывать на создание устойчивой мотивации на применение полученных знаний в жизни.

Проводя интеллектуальную часть ДиаКвеста, мы пришли к следующим выводам: дети до 8 лет имеют достаточный объем знаний, но не всегда способны применить их на практике и нуждаются в четких алгоритмах; коллективное и интерактивное решение задач мотивирует подростков к контролю над своим диабетом; родители самостоятельно предложили решение многих болевых проблем с сахарным диабетом в социуме; дети более заинтересованно слушали выступление родителей, чем своих сверстников.

Такая форма обучения кажется нам наиболее перспективной, планируется внедрение ДиаКвеста как формы обучения в постоянную практику с последующей оценкой ее эффективности.

**Ю.Е. Куртанова, А.Е. Бычкова**

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

**МГППУ, кафедра специальной психологии и реабилитологии (Москва).**

Наличие хронического соматического заболевания оказывает огромное влияние на жизнедеятельность больного ребенка и его семьи, сохраняющееся на протяжении многих лет или всей жизни. В последние несколько десятилетий появилось множество научных работ российских и зарубежных ученых, посвященных влиянию хронического соматического заболевания на личностное развитие больного ребенка.

Наше исследование посвящено выявлению личностных особенностей подростков с хронической почечной недостаточности разной степени тяжести.

**Актуальность** проблемы исследования обусловлена практической необходимостью знать и учитывать при работе с подростками с хронической почечной недостаточностью его личностные особенности, чтобы правильно выстраивать психологическую работу с больными пациентами и их семьями. Выявленные особенности личностных характеристик подростков с хронической почечной недостаточно-

стью позволят разработать систему психологической реабилитации и психологической коррекции в зависимости от степени тяжести заболевания.

**Цель исследования** - изучить личностные особенности подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести.

**Гипотеза исследования –** отмечаются различные личностные характеристики у подростков с нарушением почечного функционирования при разной степени тяжести заболевания.

**Методы исследования:**

Методики экспериментального исследования:

1.Методика «Я – в трех проекциях» Гудинаф–Харриса (в интерпретации Е.Б. Фанталовой),

2.Методика «Q–сортировка» В. Стефенсона,

3.Шкалы «Самоприятие» и «Эмоциональная комфортность» методики диагностики социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда (в адаптации А.К. Осницкого),

4.Рисунок несуществующего животного М.З. Дукаревич,

5.Тест незаконченных предложений.

Методы математической статистики (U-критерий Манна-Уитни) для анализа полученных результатов.

Данное исследование проводилось в период с 2015 по 2017 гг. в три этапа:

Первый этап – поисково-теоретический. Мы проводили анализ литературы по проблеме исследования, осуществляли выбор методик исследования, отвечающих целям, задачам и гипотезе исследования.

Второй этап – практический. Осуществлялся посредством сбора эмпирического материала.

Третий этап – заключительно-обобщающий. Мы провели качественный и количественный анализ полученных эмпирических данных, интерпретацию полученных результатов.

Исследование проводилось на базе Научно-исследовательского клинического института педиатрии Ю.Е. Вельтищева, ФГБУ «Российской детской клинической больницы», отделение пересадки почки, и учебного корпуса № 3 ГБОУ Гимназии № 1569 Созвездие Южного Административного Округа г. Москвы.

В исследовании принял участие 41 подросток в возрасте 12–17 лет. Все подростки были поделены на три группы в зависимости от состояния здоровья:

1.Практически здоровые, то есть подростки, не имеющие хронической почечной недостаточности (15 человек).

2.Подростки с нарушением почечного функционирования средней степени тяжести (11 человек).

3.Подростки с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии заболевания (15 человек).

На основе теоретического анализа и эмпирического исследования были сделаны следующие **выводы**:

1.Наличие соматического расстройства изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Подростки, страдающие хронической почечной недостаточностью разной степени тяжести, проявляют своеобразие в личностном развитии.

2.В качестве отличительных личностных характеристик подростков с нарушением почечного функционирования средней степени тяжести можно отметить следующие: повышенный уровень агрессии, высокий страх перед агрессией, повышенный уровень тревожности. Основными потребностями являются собственное здоровье и здоровье близких, профессиональная самореализация и успешность в учебе. Идеальное «Я» подростки данной группы строят в зависимости от мнения окружающих. Особенная характеристика идеального «Я» - стремление к самоизменению личностных качеств, внешности и эмоционального состояния.

3.В качестве отличительных личностных характеристик подростков с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии заболевания можно отметить следующие: низкий уровень агрессии, наличие защитных форм агрессии, повышенный уровень тревожности, демонстративность и астеничность. Основной потребностью является здоровье. Свое идеальное «Я» подростки данной группы строят независимо от мнения окружающих. В идеальном «Я» уделяется большое внимание изменению физического «Я».

Проведенное исследование подтвердило гипотезу о том, что существует специфика личностного развития подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести.

**Ф.Ю. Лахвич, О.С. Головнёва**

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К УСЫНОВЛЕНИЮ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ ВОСПИТАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО РЕБЕНКА

**Белорусский государственный университет (Минск).**

Адаптация к усыновлению – процесс гораздо более сложный и протяженный во времени, чем это традиционно предполагается. Принять ребенка в семью и полюбить его всем сердцем – это важно, но кроме любви и принятия перед всеми членами семьи возникают специфические (связанные именно с особенной историей появления ребенка в семье) вопросы и задачи, решить которые в одночасье невозможно. А значит – психологическое содержание жизни усыновительской семьи, ее адаптации к усыновлению требует глубокого изучения и анализа.

Попытка такого изучения была предпринята в рамках эмпирического исследования адаптации

детей и родителей в 264 белорусских семьях усыновителей, проведенного в 2013 г. в рамках Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь. В исследовании использовались как специально разработанная анкета для усыновителей, так и комплекс психодиагнгстических методик для детей и родителей. Нами выявлены не только общие закономерности адаптационного процесса, но и обнаружена зависимость его протекания от типа семьи на момент усыновления. Одним из значимых факторов, влияющим на успешность адаптации, оказался фактор наличия или отсутствия опыта воспитания детей у кандидатов в усыновители.

В нашем исследовании выделены следующие типы семей усыновителей, отличающиеся по параметру детности на момент усыновления: бездетные семьи, не имеющие опыта воспитания детей (65%); с опытом воспитания только биологических детей (15%); с опытом воспитания только приемных (усыновленных, опекаемых) – замещающие семьи (11%); с опытом воспитания и биологических, и приемных детей (5%); с опытом потери ребенка (4%).

В результате анализа эмпирических данных между группами семей, бездетных на момент усыновления, и тех, кто уже имел опыт воспитания детей, были выявлены существенные различия. В общем виде можно констатировать, что несмотря на имеющиеся знания и опыт в вопросах воспитания детей вообще в процессе как первичной, так и вторичной адаптации к усыновлению у «детных» родителей имеется ряд факторов риска.

Под *первичной адаптацией* мы понимаем период, длящийся два-три года после усыновления и связанный с процессом взаимоприспособления, привыкания семьи и ребенка друг к другу, формированием привязанности, перестройкой моделей функционирования в новых условиях. *Вторичная адаптация* связана с процессами идентификации семьи, осознанием и принятием всеми членами семьи своего специфического статуса по сравнению с нормативными (обычными) семьями, интеграцией, «встраи-ванием» опыта усыновления в общую структуру личности, внутрисемейных и более широких социаль-ных отношений.

Анализ протекания **первичной адаптации** в семьях с биологическим ребенком (детьми) на момент усыновления выявил наибольшие сложности у данных семей по сравнению с бездетными семьями и семьями с опытом замещающей семейной заботы на момент усыновления. Так, первичная адаптация семьи в целом ($V$=0,215; p=0,016), личная адаптация отцов ($V$=0,259; p=0,009) и усыновленного ребенка($V$=0,199; p=0,040) протекают в рассматриваемых семьях медленнее, чем в остальных группах семей. Мать (t=2,179; p=0,034) и другие родственники ($U_{эмп}$=2323, 5; p=0,000) в них сложнее принимают ребенка, нежели в ранее бездетных семьях. Кроме этого, в таких семьях значимо чаще, чем в других, отмечается первоначальное ухудшение эмоционального состояния у родителей ($\varphi_{эмп}$=3,62; p<0,01), а также увеличение числа конфликтов после усыновления ($\varphi_{эмп}$=1,70; p<0,05).

Имеется специфика и в процессе **вторичной адаптации** семей к усыновлению. В целом, судя по ответам родителей из семей усыновителей с биологическими детьми, можно сказать, что внутрисемейные отношения в них складываются хорошо. Однако отцам, имеющим биологических детей, все же сложнее установить доверительные отношения с усыновленными детьми ($V$=0,197; p=0,014). Только в группе семей с опытом воспитания биологического ребенка присутствовали ответы отцов о том, что с усыновленным ребенком, скорее, не были установлены доверительные отношения (8,3%). В семьях с биологическими детьми на момент усыновления по сравнению с бездетными семьями выявлены более низкие показатели по параметру совместной деятельности с матерью ($U_{эмп}$=12,0; p=0,043). Оценивая себя в качестве усыновителя, именно матери-усыновительницы с биологическим ребенком дают самые низкие оценки, наиболее критично воспринимают себя в этой социальной роли ($V$=0,507; p=0,000).

Еще одним важным параметром, определяющим характер вторичной адаптции к усыновлению, является отношение родителей-усыновителей к предшествующему усыновлению опыту ребенка, его биологическим корням и готовность к открытому разговору об этом. С одной стороны, «детные» усыновители в большей степени настроены на открытый разговор с ребенком на тему усыновления ($\varphi_{эмп}$=2,74; p<0,01). Если среди семей с биологическими детьми 50% скрывают от ребенка факт его усыновления, то среди бездетных на момент усыновления склонных к сохранению тайны гораздо больше (79% женщин и 82% мужчин). При этом среди усыновителей с опытом воспитания биологического ребенка значимо чаще, чем среди усыновителей, имеющих опыт замещающей семейной заботы, встречается резкое негативное отношение к биологическим родителям ребенка ($\varphi_{эмп}$ =1,84; p<0,05).

По результатам углубленной психологической диагностики детско-родительских взаимоотношений мы увидели, что в подгруппах усыновителей, имеющих опыт воспитания детей, и тех, кто такого опыта на момент усыновления не имел, значимые различия во взаимодействии между родителем и усыновленным ребенком отсутствуют.

Следовательно, *опыт воспитания своих детей нельзя считать ресурсом для воспитания усыновленного, а по ряду параметров этот опыт, напротив, создает риски дизадаптационных процессов.*

Таким образом, как объективные данные нашего исследования, так и субъективный практический опыт говорят о том, что усыновители, имеющие своих биологических детей, – группа особого внимания для сопровождающих специалистов на всех этапах адаптации.

**О.Б. Левковская[1,2], Ю.С. Шевченко[2]**

## НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ (НСП) У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ

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

Значительный рост несуицидальных самоповреждений в общей, неклинической популяции старших подростков является важной социальной проблемой, требующей поиска концептуальных междисциплинарных моделей психотерапии с интеграцией клинического и психологического подходов, включающих как собственно лечебные, так и психопрофилактические аспекты.

**Актуальность:** психотерапевтическая работа с подростками является одной из самых сложных и комплексных в психотерапии. Особенностью каждого клинического случая в детско-подростковой психиатрической клинике является сочетание общих - онтогенетических (А), частных – клинико-психопатологических (Б) и единичных – индивидуально-личностных (В) компонентов проявлений психического расстройства у конкретного пациента, которые должны учитываться при разработке эффективных комплексных лечебных подходов.

**Цель исследования:** выделение психотерапевтических мишеней в лечении девочек-подростков с НСП на основе их комплексного клинико-психологического обследования.

**Материал и методы:** на протяжении нескольких лет нами были обследованы 65 случаев НСП у девочек-подростков (12-17 лет), проходивших лечение в клинике НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой (ранее ДПБ № 6) Москвы, включавшее индивидуальную и групповую психотерапию по методу Терапии творческим самовыражением (Бурно М.Е.), далее ТТС. Все они обследованы с помощью анамнестических, клинико-психопатологических, патопсихологических, нейропсихологических и психологических (личностно-диагностических и проективных) методик. В качестве базовой психотерапевтической технологии использовалась программа ТТС, адаптированная нами к работе с девочками-подростками с учетом их возрастных и гендерных особенностей.

**Результаты и обсуждение:** в соответствии с тремя обозначенными выше группами компонентов комплексной психотерапии (А, Б, В), составляющих индивидуальный клинический случай, у обследованных пациентов удалось выделить следующие группы психотерапевтических мишеней:

А) «позитивные»мишени, связанные с особенностями подросткового онтогенеза/дизонтогенеза, предполагающие гармонизацию психического развития за счет позитивного регресса к несовершенно пройденным сенситивным периодам и элевирующего сопровождения подростков к психологическим «зонам ближайшего развития» (по Л.С. Выготскому). Конкретными точками приложения данного (общего) уровня «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии» (Шевченко Ю.С., 2012) являются: недосформированность таких высших психических функций, как самосознание, моральное сознание, целеполагание, иерархия ценностей, недостаточное владение безопасными формами самовыражения, способами совладания со стрессом и некоторые др. Групповые формы ТТС в своем ортодоксальном варианте наиболее полно соответствуют выделенным мишеням.

Б) «негативные»мишени, которые связаны с особенностями клинических и клинико-психологических проявлений психопатологии в подростковом возрасте. Эта группа мишеней делает желательными избавление/уменьшение интенсивности таких проявлений, как: аффективные расстройства, дисморфофобические переживания, расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия), ауто- и гетероагрессивное поведение, рискованное поведение, эгоцентризм, алекситимия, а также изменение типа характерологических и патохарактерологических реакций (например, переориентация с реакций отказа на более адаптивные хобби-реакции и реакции эмансипации) и некоторые др. Для воздействия на эту группу мишеней больше подходят индивидуальные формы ТТС в сочетании с другими видами клинической психотерапии (бихевиорально-когнитивные, суггестивные, интегративные).

В) мишени, связанные с индивидуальными конституционально-анамнестическими особенностями, включают инфантильно-искаженное неконструктивно ригидное отношение индивида к конституционально-характерологическим особенностям (своим и чужим), к своему расстройству (внутренняя картина болезни и здоровья), к дисфункциональным семейным взаимоотношениям, к социальной изоляции и др. Эта группа мишеней предполагает как избавление от дизадаптивных, так и формирование других, адаптивных убеждений и соответствующих им поведенческих паттернов. Здесь предпочтительным представляются варианты ТТС, дополненные арт-психотерапевтическими исемейными моделями.

НСП у обследованных нами подростков имели полиэтиологическую природу, представляя собой эквифинальный феномен клинического многообразия. Перечисленные психотерапевтические мишени были представлены у наших пациентов в разных комбинациях. При этом группа позитивных мишеней (общие компоненты А) была облигатной для всех подростков, что позволяет использовать возможности метода ТТС в его адаптированном к подростковому возрасту варианте на всех этапах психотерапии (амбулаторном, госпитальном, постгоспитальном) в качестве первичной и вторичной психопрофилактической меры. Использование данного метода у подростков связано с помощью в развитии и доформировании высшей пси-

хической функции – самосознания, с самопознанием и самореализацией; с помощью в решении мировоззренческих, экзистенциальных проблем, приобщающих к культурной эволюции; с созданием условий для формирования потребности в творчестве, а также сублимации нижележащих базовых потребностей; с обогащением индивидуального опыта, ростом компетентности, что делает подростка самоуважающим и принятым социумом. Приобретенный опыт коллективного взаимодействия повышает жизнестойкость за счет совершенствования приспособительно-овладевающих механизмов адаптации к миру, к себе и обществу.

Онтогенетически-ориентированная программа ТТС может рассматриваться как сквозной психотерапевтический метод при работе с подростками, дополняемый в зависимости от представленности частных и единичных компонентов (группы Б и В) этапными психотерапевтическими интервенциями, направленными на соответствующие группы психотерапевтических мишеней (когнитивно-поведенческими, диалектико-поведенческими, арт-терапевтическими, семейными и др.).

**О.Б. Левковская[1,2], Ю.С. Шевченко[2], Л.Ю. Данилова[2], В.В. Грачев[2]**

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ (НСП) У ПОДРОСТКОВ

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

**Актуальность:** согласно многочисленным международным исследованиям в последние два десятилетия наблюдается значительный рост несуицидальных самоповреждений. Включение несуицидальных самоповреждений в качестве нового самостоятельного синдрома в статистическое руководство DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) в рубрику состояний, требующих дальнейших исследований, побуждает к изучению различных аспектов данного поведения.

**Цель исследования:** изучить феноменологические клинико-психопатологические и психологическиеаспекты НСП у подростков.

**Материал и методы:** исследовали 155 подростков, 140 девочек и 15 мальчиков в возрасте 12-17 лет с НСП, госпитализированных или наблюдавшихся амбулаторно в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (ранее ДПБ № 6) г. Москвы. В работе использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический методы обследования.

**Результаты и заключение:** исследование подтвердило, чтобольшинство пациентов, совершивших несуицидальные самоповреждения, были девочками (90%).Среди впервые госпитализированных пациентов большинство (75%) составили подростки в возрасте 13-15 лет (средний возраст пациентов 14,8 лет). Преобладающей формой расстройства являлись самопорезы - 141 наблюдение (91,0%). Подростки осуществляли поверхностные самопорезы кожи тела – предплечий и плеч, бедер, голеней, реже живота и груди. При этом у 111 пациентов (71,6%) самопорезы встречались изолированно, как моноформа НСП. У 30 человек (19,4%) самопорезы сочетались с другими формами аутоагрессивных действий: самобитьем – 4 случая (2,6%); самоприжиганиями – 7 случаев (4,5%), и у 19 пациентов (12,3%) наблюдались множественные сочетанные самоповреждения с облигатными самопорезами в разных комбинациях с другими самоповреждениями. Подавляющее большинство пациентов наносило самопорезы с целью облегчения своего аффективного состояния, избавления от негативных переживаний (89%). На втором месте по частоте стояло желание наказать себя - 67%. Среди других, наиболее значимых целей можно отметить попытку справиться с симптомами соматопсихической и аутопсихической деперсонализации (43%).

Самоприжигания встречались у 14 подростков (9,0%). Самобитье как НСП у интеллектуально сохранных подростков встречалось редко – 13 случаев (8,4%). В 5 случаях (3,2%) НСП были представлены расцарапыванием иглой кожных покровов (2 случая); интенсивными расчесами кожи рук, шеи, щипками (2 случая); препятствием заживлению ран (в т. ч. после операции аппендэктомии) с их расковыриванием и засыпанием песком (1 случай). Данные формы не сочетались с другими основными формами самоповреждений (с самопорезами, самоприжиганием, самобитьем), сохраняя единообразие способов самоповреждений и их изолированную локализацию. У 19 подростков (12,3%) самопорезы сочетались с самобитьем, самоприжиганием, интенсивными расчесами, расцарапыванием поверхности кожи, щипками, препятствием заживлению и расковыриванием раневых поверхностей, шрамированием, уколами иглами, онихофагией, самокусанием, трихотилломанией, вышиванием по коже крестом (в разных сочетаниях данных форм). Следует подчеркнуть наличие самопорезов во всех 19 случаях как облигатной формы НСП. У 43 пациентов (27,7%) выявлялось как НСП, так и собственно суицидальные попытки.

Эпизодам НСП непосредственно предшествовали субъективно трудные для подростка конфликтные ситуации с родителями, опекунами, друзьями и т. д., которые приводили к состоянию повышенного эмоционального напряжения. Анализ ситуаций стрессирующего и/или психотравмирующего характера, выступавших в качестве триггера, запускавшего НСП, показал, что в большинстве случаев их объективная тяжесть (часто незначительная, вполне житейская) не соответствовала высокой субъективной значимости для

подростка этих обстоятельств и событий. Это позволяет говорить об их кататимно-психогенном характере. Отличительной особенностью НСП являлось в наших наблюдениях ожидаемое наступление улучшения душевного состояния (143 пациента; 92%), следовавшее непосредственно за данными действиями и сохранявшееся в течение определенного времени.Характер возникновения и этапность развития НСП в целом соответствовали закономерностям формирования патологических привычных действий как продуктивно-дизонтогенетических образований (по В.В.Ковалеву) и их возможной последующей трансформации в собственно психопатологические синдромы (сверхценное поведение, навязчивые или неодолимые влечения).

Изучение динамики развития НСП показало, что у тех пациентов (6 наблюдений - 3,9%), у которых не наступалоулучшение эмоционального состояния от производимых действий, наблюдался достаточно быстрый самопроизвольный обрыв эпизодов самоповреждений.

Таким образом, наше исследование показало, что НСП в подростковом возрасте имеет гендерные корреляции и чаще возникает у подростков женского пола. Самоповреждения могут быть как компонентом суицидального поведения, так и сочетаться с ним в качестве относительно автономного феномена, не связанного с намерением умереть, а также представлять собой относительно самостоятельную поведенческую модель, существующую вне суицидального контекста. Первичный саморегулирующий (эмоцио-моделирующий) смысл НСП определяет тенденцию к его генерализации и приобретению характера универсального ответа на неспецифический стресс.

**Л.В. Лежнина**

## СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

Современное человечество находится в шаге от создания искусственного интеллекта, который ряд современников называет самым большим риском для цивилизации. Так, в июле 2017 г. основатель и руководитель компаний «SpaceX» и «Tesla» Илон Маск заявил, что передовой искусственный интеллект и повсеместное внедрение роботов могут оказаться для человека опаснее, чем ДТП, авиакатастрофы, наркотики или плохая пища. Сомневаясь в гармоничном сосуществовании людей в симбиозе с кибер-интеллектом, он призвал правительства сдерживать компании в погоне за все более совершенным искусственным интеллектом на основе государственного регулирования, что, на наш взгляд, малоперспективно.

В этой ситуации необходимо сосредоточить усилия антропологов, физиологов, психологов, педагогов на сохранении и развитии тех недостижимых для роботов и машин качеств, которые делают человека личностью. В первую очередь, речь идет о способности чувствовать и понимать людей, действовать или поступать мудро в отношении других, то есть о социальном интеллекте.

С самого начала исследования социального интеллекта (СИ) в трудах зарубежных психологов в начале XX века (Д. Векслер, Дж. Гилфорд, Н. Кэнтор, Г. Олпорт, Э. Торндайк, Р. Селман и др.) к его определению не существовало единого подхода. Дж. Гилфорд, создатель первого теста для измерения СИ, рассматривал его как систему интеллектуальных способностей, направленных на познание поведения, в первую очередь на основе невербальной информации.

В отечественной психологии понятие СИ также не является новым. М.И. Бобнева (1979) подчеркивала, что развитие личности предполагает формирование способностей и свойств, обеспечивающих ее социальную адекватность. Одним из этих свойств является СИ как способность улавливать сложные отношения и зависимости в социальной сфере, формирующаяся в социальных взаимодействиях человека. Ю.Н. Емельянов (1985) определил СИ как устойчивую, основанную на специфике мыслительных процессов, аффективного реагирования и социального опыта, способность понимать самого себя, других людей, их взаимоотношения и прогнозировать межличностные события. И.В. Герасимов (2017) рассматривает СИ в контексте ситуационной эффективности и понимает под ним систему реализации способности человека действовать эффективно в каждой конкретной жизненной ситуации, а именно - четко оценивать ситуацию и находить оптимальное для нее решение.

Большинство исследователей подчеркивает, что уровень общего интеллектуального развития не связан однозначно с уровнем СИ. Более того, существует риск обесценивания интеллектуальной развитости человека его социальной слепотой и неадекватностью установок и поведения. Это особенно важно понимать сейчас, когда родители и педагоги концентрируются на общеинтеллектуальном развитии детей буквально с первых лет жизни, грозя сформировать поколения «биологических интеллектуальных роботов».

С целью изучения СИ современной молодежи нами было организовано эмпирическое исследование, в котором приняли участие 135 студентов ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет», обучающихся на психолого-педагогическом направлении подготовки. Сбор данных проводился с помощью методики исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда, позволяющей выявить способности понимать и прогнозировать поведение людей, распознавать их намерения и эмоциональные состояния.

Анализ парциальных характеристик СИ опрошенных студентов показывает, что лучше всего у них развита чувствительность к невербальной экспрессии (у 86% на среднем уровне и выше), что обеспечивает понимание других людей (субтест 2). У 80% респондентов также на среднем уровне развития и выше

представлена способность понимать речевую экспрессию в контексте конкретной ситуации и взаимоотношений (субтест 3). Почти так же (78%) представлена способность предвидеть поведение (субтест 1).

Однако, почти половина студентов испытывают трудности в распознавании и анализе ситуаций межличностного взаимодействия, т. е. в отыскивании причин определенного поведения, их понимании и прогнозировании – 48% на уровне ниже среднего и низком (субтест 4).

Композитная оценка социального интеллекта показывает, что у более чем половины студентов (52% будущих педагогов и психологов) социальная адаптированность, способность адекватного понимания и прогнозирования поведения людей, установления с ними оптимального взаимодействия развиты на уровне ниже среднего и даже низком.

Таким образом, очевидна необходимость разработки и реализации программ, развивающих личность как субъект и продукт социальных отношений на недостижимом для искусственного интеллекта уровне.

**Е.Е. Лекарева**

## ТУРИСТСКО-КРАЕВЕДЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ[3]

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва).**

По поручению Минобрнауки России ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» провел мониторинг региональных практик привлечения детей, в том числе состоящих на различных видах учета в органах и учреждениях системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, в организации дополнительного образования детей, а также организации их досуга.

По итогам обобщения информации, поступившей из всех субъектов Российской Федерации, организованная занятость несовершеннолетних и выстроенная система социализации, воспитания и профилактики правонарушений являются важнейшими инструментами по предотвращению негативных проявлений в детской и подростковой среде. В абсолютном большинстве регионов России в настоящее время успешно осуществляют свою работу детские объединения и организации туристско-краеведческой направленности.

Для привлечения к занятиям туризмом и краеведением, познанию родного края и России, исследовательской деятельности, здоровому образу жизни, организации содержательного досуга и общения, реабилитации и профилактики асоциального поведения несовершеннолетних деятельность данных объединений реализуется через большое разнообразие форм работы. Это туристско-краеведческие походы, слеты, соревнования и фестивали туризма, краеведения и спортивного ориентирования, экологии и этнографии, летние профильные палаточные лагеря, в том числе «Робинзонады» и «Школы выживания», экскурсии, практические занятия на местности по школьным предметам, краеведческие конкурсы, военно-патриотические экспедиции, историко-спортивные квесты, фотовыставки, туристско-краеведческие и экологические игры, тематические уроки и классные часы и др. Многолетний успешный опыт в реализации программ дополнительного образования туристско-краеведческой направленности накоплен в Алтайском, Красноярском, Пермском краях, республиках Башкортостан, Дагестан, Карелия, Белгородской, Брянской, Волгоградской, Калужской, Кемеровской, Курской, Ленинградской, Московской, Пензенской, Псковской, Рязанской, Самарской, Тульской, Ярославской областях, Москве, Санкт-Петербурге и ряде других регионов.

Специалисты, работающие в дополнительном образовании туристско-краеведческой направленности, отмечают большую его эффективность в профилактике правонарушений в детской и подростковой среде. Как результат, в регионах проводится работа по обеспечению доступности обучающимся секций туристско-краеведческой направленности, особенно в тех территориях, где имеются наибольшие проблемы с правонарушениями несовершеннолетних и проявлениями деструктивного поведения. В воспитательных колониях и СУВУ для несовершеннолетних правонарушителей в целях социализации и реабилитации воспитанников успешно реализуются образовательные программы туристского профиля.

Анализ материалов мониторинга показал, что критериями положительных практик привлечения несовершеннолетних, в том числе состоящих на различных видах учета в органах и учреждениях системы профилактики, в организации дополнительного образования детей являются следующие: увеличение охвата детей от 5 до 18 лет, осваивающих дополнительные общеобразовательные программы, в организациях ДОД; снижение количества несовершеннолетних, состоящих на различных видах учета в органах и учреждениях системы профилактики; положительная динамика в поведении, повышение учебной мотивации; устойчивое укрепление физического, психологического и духовного здоровья несовершеннолетних; продолжение занятий выбранным профилем дополнительного образования после обучения в школе, выбор профессии с учетом данных интересов и предпочтений.

[3] Публикация подготовлена в рамках государственного задания ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» на 2017 год, № 27.9166.2017/5.1.

**А.А. Лерман**

## ГЕНДЕРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ МОЛОДЫХ МУЖЧИН

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

Становление и развитие молодого человека, независимо от того, кто это – мужчина или женщина, невозможно вне развития общества. Именно оно направляет формирование личности по определенному руслу, наделяя представителей конкретного пола своеобразными характеристиками. Одной из таких для современных молодых мужчин является маскулинность – понятие, обозначающее социально сконструированные ожидания, касающиеся поведения, представлений, переживаний, стиля социального взаимодействия, соответствующего молодым мужчинам, представленные в определенной культуре и субкультуре в определенное время. Маскулинность (мужественность) представляет собой комплекс аттитюдов, характеристик поведения, возможностей и ожиданий, детерминирующих социальную практику той или иной группы, объединенной по признаку пола. Другими словами, маскулинность - это то, что добавлено к анатомии для получения мужской гендерной роли, но в современных условиях.

В своих работах Ш. Берд выделяет социально конструируемый характер маскулинности, при этом отмечает, что в некоторых кругах она по-прежнему трактуется как биологически детерминированный набор личностных характеристик и особенностей поведения. Рассматривая теоретический анализ маскулинности, Ш. Берд выделяет подходы к трактовке маскулинности и фемининности, соотношения мужского и женского в рамках биологического детерминизма в психоаналитических теориях, психологических теориях идентичности и ролевых теориях. На наш взгляд, определение маскулинности, предложенное Ш. Берд, охватывает все предложенные исследователями характеристики. Маскулинность определяется как «понятие, обозначающее социально сконструированные ожидания, касающиеся поведения, представлений, переживаний, стиля социального взаимодействия, соответствующего мужчинам, представленные в определенной культуре и субкультуре в определенное время» [1, 31].

Исследования отцовства и маскулинности в последнее время часто пересекаются. В научной среде проявляют интерес в изучении различных аспектов отцовства. Внимание исследователей к данной проблематике не случайно. На протяжении последних десятилетий в российском обществе произошли существенные изменения, которые неизбежно привели к трансформациям гендерного порядка и семейных ценностей. Наиболее проблемными, по мнению исследователей, являются: снижение рождаемости, увеличение разводов, рост количества внебрачных рождений, увеличение числа детей, воспитывающихся одним родителем, и др. Мнения по этому вопросу разделились, однако, несмотря на это, большинство исследователей ориентируется на возможность изменения ситуации в случае обращения к изучению отцовства. По мнению В.Н. Прокофьева, интерес к исследованию может быть связан с попыткой преодоления так называемого «кризиса отцовства», желанием «вернуть мужчину в семью», «восстановить авторитет отца» [6, с. 218].

Интерес к отцовству проявляется в связи с длительным отсутствием работ, анализирующих роль мужчины в семье. Однако в обществе произошли изменения, которые сформировали новые требования к семье и выдвинули вопросы воспитания в новых условиях на первый план.

Нельзя не согласиться, что «российская психология несколько отстает от зарубежной в области изучения социально-психологических сценариев будущего. Очевидно, что понимание общей динамики общественного развития должно сопровождаться и научными изысканиями, отражающими новую актуальную тематику.» [4, с. 36]. Это в полной мере можно отнести как к российской, так и к зарубежной психологии.

По мере того, как развивались исследования отцовства, постепенно формировалось и направление, в рамках которого отцовство рассматривается как социально конструируемый феномен, зависящий от культурно-исторических, социальных условий, тесно связанный с представлением о маскулинности (Клецина И.С., Кон И.С.). Таким образом, необходимым для оценки маскулинности у молодых мужчин становится анализ развития критических мужских исследований. Обозначенные противоречия определяют актуальность оценки маскулинности у современных молодых мужчин [2, 3].

По результатам проведенных нами исследований, выявлены значимые различия в установках мужчин и женщин, характеризующих приверженность традиционным нормам в оценке мужского поведении. Эти различия ожидаемы и объяснимы в ключе теоретических положений о гендерной асимметрии в процессе социальных эффектов эволюции мужчин и женщин. В перспективе мы планируем разработать экспериментальные программы и методические рекомендации для будущих отцов, которые будут включать апробированные социально-психологические тренинги [5] и другие формы работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берд Ш. Теоретизируя маскулинности: современные тенденции в социальных науках // Гендер. исслед. 2006. № 14. С. 5—33.

2. Клецина И. С. Отцовство в аналитических подходах к изучению маскулинности // Женщина в российском обществе. 2009. № 3. С. 29—41.

3. Кон И. С. Маскулинность в меняющемся мире // Вопр. философии. 2010. № 5. С. 25—35.

4. Моров А.В. Эволюционные социально-психологические новообразования в контексте развития системы «человек-машина» / Сб.: Психофизические и социально-психологические аспекты взаимодей-

ствия в системе «человек-машина»: Материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых / отв. ред. А.В. Моров. - Ижевск, 2014. - 120 с.

5. Моров А.В. Социально-психологический тренинг лидерства в системе подготовки практических психологов // Высшее образование сегодня. - 2014.- № 4. - С. 50-52.

6. Прокофьев В. Н. Возрождение ответственного отцовства — одна из важнейших задач современного общества // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2009. № 5. С. 217—220.

**Е.В. Лиознова**

## РАННЕЕ ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ СУБЪЕКТА ОБЩЕНИЯ

**СПбГПМУ, кафедра общей и прикладной психологии (Санкт-Петербург).**

Социально-психологическое благополучие человека напрямую зависит от того, как он умеет взаимодействовать с другими людьми и с собой самим. При рассмотрении проблемы формирования такого умения возникает вопрос: с какого возраста целесообразно начинать развитие свойств субъекта общения (принятия на себя ответственности за процесс и результат взаимодействия, безусловного самопринятия и отношения к партнеру как к ценности), как раз и обеспечивающих эту успешную коммуникацию. Ответ на этот вопрос может быть двояким.

С одной стороны, говорить о формировании непосредственно указанных свойств можно не раньше подросткового возраста. И действительно, лишь новообразованиями младшего школьного возраста (т. е. тем, что формируется в результате успешного прохождения этого периода) являются рефлексия, произвольность и внутренний план действий. А без двух последних свойств трудно говорить об ответственности, т. к. человеку на данном этапе развития практически не подвластны его собственные действия. Без сформированной рефлексии нет базиса для самопринятия и тем более для уважительного отношения к партнеру, поскольку собственная самооценка в силу возраста отличается слабыми дифференцированностью, адекватностью и устойчивостью. А поверхностное понимание себя не создает надежной основы для понимания других. С другой стороны, к подростковому возрасту основные личностные черты уже сформированы, и спонтанно, без специальной работы, свойства субъекта общения в дальнейшем существенно не меняются. В связи с этим на ранних возрастных этапах целесообразно говорить лишь о создании условий для гармоничного формирования высокой коммуникативной культуры будущего взрослого.

Одним из ведущих условий формирования такой культуры у детей, безусловно, является уровень коммуникативной зрелости окружающих их значимых взрослых: родителей и педагогов. Именно они демонстрируют модели, которые дети усваивают по механизму подражания. Поэтому для здоровья детей коррекционно-развивающую работу (в режиме тренинга или серии индивидуальных консультаций) необходимо вести со взрослыми. Передав детям оптимальные стратегии поведения и отношения к различным ситуациям, взрослые закладывают прочный фундамент социально-психологического благополучия ребенка. Но, к сожалению, в ряде случаев старшие не готовы работать над совершенствованием своих поведенческих стратегий. В такой ситуации они заражают «психологическим вирусом не успешности» маленьких подражателей, что в процессе роста ребенка проявляется в нарушении его социально-психологического компонента здоровья, а также, с учетом психосоматических заболеваний, физического компонента здоровья.

Учитывая это, необходимо изыскать возможность создания благоприятных условий для последующего формирования свойств субъекта общения и в непосредственном взаимодействии с самими детьми. Начинать такую работу можно уже в дошкольном возрасте.

В области когнитивных процессов здесь речь может идти о заострении внимания на коммуникативных сигналах партнера (вербальных и невербальных), развитии точности восприятия жестов и мимики, совершенствовании воображения. Важным является формирование, наряду с конвергентным, дивергентного мышления. Умению принимать другого человека таким, каков он есть, способствует умение видеть, что у некоторых групп задач может быть несколько равноправных решений. Эта же способность - найти множество решений одной и той же проблемы – помогает развитию интернальности в общении (принятию на себя ответственности), поскольку снижает тенденцию реактивности–«предопределенности» ответа на данную ситуацию. Преодоление эгоцентризма, развитие рефлексии – существенные предпосылки к осознанию того, как одна и та же ситуация выглядит глазами разных участников.

В эмоционально-регулятивной сфере существенным является работа над снижением импульсивности и над развитием эмоционального интеллекта (пониманием желаний и намерений людей, способностью распознавать и управлять своими и чужими эмоциями).

Учитывая высокую подражательность и внушаемость дошкольников, этот возраст является благоприятным для выработки полезных коммуникативных привычек, которые зачастую остаются с человеком на всю жизнь. Помочь в выработке таких привычек может система ритуалов и поощрений, вводимых взрослыми участниками педагогического процесса. Поскольку ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте

является игра, то все занятия с детьми необходимо, естественно, проводить в игровой форме.

Описываемые мишени развития ребенка как субъекта общения могут стать целями как групповой, так и индивидуальной работы. Последняя, однако, должна включать и специфическую психокоррекцию, связанную с негативным индивидуальным опытом дошкольника: психическими травмами, фобиями, переживаниями, обусловленными особенностями психической организации и социальной ситуации развития.

Таким образом, можно сказать, что социально-психологическое здоровье человека закладывается в детском возрасте, когда ведущим фактором развития является социальный. Поэтому именно работа со значимыми для ребенка взрослыми оказывает определяющее влияние на его становление. Однако специальная работа с самими детьми может гармонизировать их социально-психологическое благополучие. Начиная с подросткового возраста, когда ведущим становится фактор саморазвития, уже сам человек может изменить неоптимальные стратегии своего поведения за счет формирования соответствующих установок, что позволит ему стать более благополучным и здоровым.

**О.В. Лисковский, Н.К. Григорьева, О.М. Лапыш, Т.Н. Алыко, М.В. Ждан**

## СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТИНТЕРНАТНОЙ И «ВНУТРИСЕМЕЙНОЙ» АДАПТАЦИИ

**Белорусский государственный медицинский университет (Минск).**

За последние годы проблема усыновления стала довольно распространенной. Но далеко не каждая семья понимает, что такое приемный ребенок и с какими трудностями им придется столкнуться. В наши дни, в мирное время, многие дети остаются сиротами при живых родителях. Многие из родителей злоупотребляют алкогольными напитками, ведут «аморальный образ жизни». Дети попадают в учреждения социальной защиты: детские дома, школы-интернаты. В РБ большое внимание уделяется детдомам семейного типа, приемным семьям. Индивидуальный подход с учетом психологического состояния ребенка помогает адекватной адаптации в условиях новой семьи. Адаптация ребенка в новой семье является серьезной проблемой, которая не всегда проходит гладко, как хотелось бы приемным родителям. Одной из проблем может оказаться асоциальное или агрессивное поведение ребенка.

Мы различаем два варианта поведения. Первое - это отвержение родителей, причем разными способами: нецензурная брань, плохое поведение, проделки, вызывающие негативную реакцию со стороны взрослых. У других детей, наоборот, возникает обратная реакция. Ребенок, не получивший достаточного объема любви в прошлом, пытается восполнить этот пробел и очень сильно привязывается к тем, кто о нем заботится. Это могут быть не только родители, а любой человек, проявляющий к ребенку внимание и заботу. Но, несмотря на эти различия, в поведении детей можно отметить некоторые общие закономерности. Поведение и самочувствие ребенка не остаются постоянными, они меняются с течением времени, по мере того как он осваивается в новой обстановке. Есть несколько стадий адаптации ребенка в новых условиях.

Первую стадию можно охарактеризовать как «Знакомство». Родителям хочется обогреть ребенка, отдать ему всю накопившуюся потребность в любви. Ребенок испытывает удовольствие от своего нового положения, он готов к жизни в семье. Он с удовольствием выполняет все, что предлагают взрослые. Многие дети сразу же начинают называть взрослых папой и мамой. Ребенок испытывает и радость, и тревогу одновременно. Это приводит многих детей в лихорадочно-возбужденное состояние. Они суетливы, непоседливы, не могут долго сосредоточиться на чем-то, за многое хватаются. И в то же время довольно часто, совершенно неожиданно и, казалось бы, в неподходящее время дети вспоминают биологических родителей, эпизоды и факты из прежней жизни, начинают спонтанно делиться впечатлениями. Биологическая мать остается самым близким человеком.

Вторую стадию можно определить как «Возврат в прошлое». Первые впечатления схлынули, эйфория прошла, установился определенный порядок, начинается кропотливый и длительный процесс притирания, привыкания членов семьи друг к другу – взаимная адаптация. Ребенок понимает, что это - другие люди, в семье - другие правила. Он не сразу может приспособиться к новым отношениям. Он почти беспрекословно подчинялся правилам, пока это было в новинку. Но вот новизна исчезла, и он пробует себя вести как прежде, присматриваясь, что нравится, а что не нравится окружающим. Происходит очень болезненная ломка сложившегося стереотипа поведения, взаимодействие родных и приемных детей в семье. Даже если родные дети положительно воспринимают мысль о появлении чужого ребенка в семье, для них это тоже стрессовая ситуация. Особенно сложно приходится тем семьям, в которых до этого ребенок был один, не было других детей, с которыми он мог проводить время, учиться уступать, идти на компромисс. Как со стороны родных, так и приемных детей могут проявляться ревность, агрессия, замкнутость, ухудшение успеваемости в школе. Важно как можно чаще беседовать с родным ребенком, давать понять ему, что он всегда был и будет родным, но теперь появился новый член семьи, которому тоже нужны забота и любовь.

Еще одной немаловажной проблемой является общение с бывшими родственниками, если они имеются. Приемные родители могут сами решать этот вопрос – запретить или разрешить. Если родст-

венники или сам ребенок не захочет общаться, то проблемы не будет. Если у ребенка есть желание поддерживать отношения с прежними родственниками, то наложение запрета может пагубно сказаться на взаимоотношениях с новой семьей и вызвать конфликты. В этом случае приемным родителям лучше пойти на уступки, но при условии встреч только в их присутствии и на их территории. Со временем, ребенок может и сам отказаться от общения с бывшей семьей.

Одна из существенных проблем, с которой сталкиваются как приемные родители, так и приемные дети – общественное мнение. Соседи и знакомые вместо ожидаемой похвалы в адрес родителей начинают вести разговоры о том, что детей взяли из-за денег, в качестве физической помощи. Такие разговоры могут отрицательно влиять на детей. Рано или поздно кто-нибудь обязательно скажет что-то подобное при ребенке, он может услышать такие разговоры от одноклассников. Приемным родителям необходимо быть самим готовыми к этой ситуации и подготовить детей, научить правильно реагировать на подобные замечания.

Третья стадия - «Привыкание». Вы можете заметить, что ребенок как-то неожиданно повзрослел. Если раньше его привлекали малыши, то теперь он покидает их игры, выбирает компании, близкие ему по возрасту. Исчезает напряжение, дети начинают шутить и обсуждать свои проблемы и трудности со взрослыми. Ребенок привыкает к правилам поведения в семье и в детском учреждении. Он начинает вести себя так же естественно, как ведет себя родной ребенок в кровной семье.

Таким образом, решиться на усыновление ребенка – шаг серьезный. Перед тем как принять такое решение, следует все хорошо обдумать, взвесить все обстоятельства. В случае готовности семьи к таким испытаниям, необходимо терпение. Доверительные отношения с родными и приемными детьми, тесная работа с социальными службами помогут приемным родителям в решении многих психологических проблем.

**О.В. Лисковский, Н.К. Григорьева, О.М. Лапыш, Т.Н. Алыко, Н.В. Хоменко**

## ДЕПРЕССИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Белорусский государственный медицинский университет (Минск).**

Депрессия является одним из самых распространенных расстройств. Ежегодно в мире происходит 1 миллион самоубийств в результате депрессивных расстройств. По данным ВОЗ, от депрессии страдают более 350 миллионов человек всех возрастных групп или около 5% населения земного шара. По данным статистики, каждый третий ребенок и девятый подросток страдают депрессией. Статистика депрессий у детей: 40% больных детских неврологических отделений (S. Ling и соавт.) и 11,8 на 1000 детского населения детей детских поликлиник. (G. Nissen).Причины и механизмы развития эндогенных депрессий неизвестны, хотя установлен ряд факторов, участвующих в развитии болезни: патология, возникшая в раннем неонатальном периоде из-за хронической гипоксии находящегося внутри матки плода, внутриутробных заражений, энцефалопатии у новорожденного; проблемы и конфликтные ситуации в семье, неполная семья, отсутствие родительской заботы; подростковые проблемы. Подростки стремятся объединиться в группы, в которых появляются лидеры, диктующие модель поведения в компании. Те, кто этой модели не соответствует, оказываются вне «подростковой жизни». Из-за этого и возникает отчуждение подростка, которое наводит его на депрессивные мысли. Одна из частых причин депрессии - переезды с места на место. При таких условиях ребенку сложно завести постоянный круг общения и обрести настоящих друзей. Причинами депрессии у ребенка могут также быть острые стрессы: тяжелая болезнь или смерть родственников, ссоры с родней или сверстниками, распад семьи.

Симптомы депрессии близки к тем расстройствам, которые наблюдают в зрелом возрасте, но имеет существенное отличие: малая выраженность собственно тимического компонента депрессии; характерны кратковременность, мимолетность, стертость состояний подавленности; моторный радикал депрессии у детей выражен значительно меньше, чем у взрослых, и часто протекает в форме нарушения поведения; у детей обвинения направлены не на себя, а на других людей, в отличии от взрослых; характерна соматизация депрессии в форме гастроэнтерологической, пульмонологической, кардиологической, соматоалгических и соматовегетативных «масок». Иногда элементы депрессии могут быть единственными ее проявлениями. Выраженность когнитивных нарушений иногда достигает очень высокой степени, включая «интеллектуальный крах». Известно, что дети и подростки чаще не могут распознать и описать свои эмоции и чувства по сравнению с взрослыми людьми.

**Классификации детских депрессий.** Слезливая депрессия – на первое место выступает снижение настроения, ребенок плачет по малейшему поводу (забыл дома носовой платок, выбросили елку). Ступорозная депрессия – на первое место выступает заторможенность моторной сферы, встречается чаще у подростков. Дисфорическая депрессия – моторика и мышление страдают незначительно, но на первое место выступает пониженное, мрачное настроение (ребенок или подросток считают, что они бездарны, проявляется агрессия направленная на окружающих: «мать зануда, бабушка дура, учительница недоразвитая»); ребенок со всеми конфликтует. При тревожной депрессии настроение немного понижено, но двигательная, мыслительная и речевая функции расторможены, ребенок напоминает маниакального больного,

постоянно находится в движении и много говорит (так снимается тревога). Апатоадинамическая депрессия с отсутствием депрессивного аффекта, или ее еще называют обезглавленная витальная депрессия. Ребенок жалуется, что ноги не поднимаются, глаза не смотрят, отсутствует психический тонус, ребенку трудно учиться, и он уходит из школы, попадает в антисоциальную компанию. Депрессия может сопровождаться соматическими жалобами – дети жалуются на боли в животе, головные боли, приступы бронхиальной астмы, экзему, ожирение или дефицит веса. Дети и подростки с соматическими жалобами часто поступают в педиатрические отделения. На первое место выходит поведенческие проблемы. Ребенок грубит, много времени проводит у компьютера, перестает общаться со сверстниками, не ночует дома.

Профилактика, а также лечение детских депрессий находятся в прямой зависимости от того, в какой микросоциальной среде живут дети. Самое важное – это обстановка в коллективе (садик, школьный класс, внеклассные секции) и семье. При тяжелых случаях необходимо обращаться к специалистам-психиатрам, при легкой степени, наряду с психотерапевтическими мероприятиями, должны присутствовать толерантность и внимательное отношение родителей к свои детям. Основное правило профилактики депрессий - это участие, любовь, интерес к его делами и переживаниям с учетом характерологических особенностей. Такое поведение будет самым действенным лекарством, благодаря которому депрессия у детей может клинически не проявиться т. к. они не будут чувствовать себя ненужными и одинокими. Следует отвлекать детей от грустных мыслей, принимать активное участие в их жизни, развивать их таланты и умения.

**О.В. Лисковский, Н.К. Григорьева, О.М. Лапыш, Т.Н. Алыко, Н.В. Хоменко**

## ДЕПРЕССИВНЫЕ «МАСКИ» ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Белорусский государственный медицинский университет (Минск).**

Депрессия является одним из самых распространенных расстройств. По данным статистики, каждый третий ребенок и девятый подросток страдают депрессией. Фактически в детском возрасте депрессия возникает значительно чаще, чем ее диагностируют. Детская депрессия чаще возникает в атипичной «маскированной» форме и крайне редко попадает в поле зрения психиатра.

Под нашим наблюдением находились12 детей в возрасте от 12-14 лет, матери которых лечились в психиатрической больнице по поводу депрессивного эпизода. Конфликтная обстановка в семье, иногда доходящая до развода, подавленное, отчужденное, а иногда агрессивное поведение матери, а так же гормональные изменения во время полового созревания приводит к проявлению «депрессивной триады». У ребенка снижается настроение, он теряет привязанность к родным, друзьям, утрачивается радость жизни, возникают двигательная заторможенность, нарушение сна и аппетита, пульсирующая смена депрессивных состояний с возбуждением, проявлением приступов агрессии по отношению к родителям, одноклассникам, животным. Постепенно присоединяются тревога, страх, навязчивые ритуалы. Ребенок чувствует себя «чужим» в семье, среде одноклассников и друзей. Он уходит в компанию, в которой до определенного времени от него ничего не требуют. Периодически соучастники этих антисоциальных компаний совершают преступные действия: нанесение телесных повреждений с целью ограбления, кражи из киосков и магазинов, изнасилования, кражи технических средств. В этих преступлениях принимали участие депрессивные дети и подростки, которые по существу являются сторонними наблюдателями происходящего. Главари компаний в процессе следствия и на суде обвиняли в содеянном депрессивного ребенка в виду его заторможенности, неразговорчивости, неумения себя защитить. И только вмешательством психиатров (30%) и профессионально грамотных адвокатов (40%) удавалось доказать болезненные состояния (депрессию) у обвиняемых и рекомендовать лечебные мероприятия. 30% участников уголовного дела и страдающих депрессией, были направлены в школы закрытого типа. После дополнительного освидетельствования, вследствие ходатайства руководства школы закрытого типа, дети были переведены в медицинские учреждения.

Антисоциальные группы детей и подростков - это лица с задержкой психического развития, симптомами психического инфантилизма. Они характеризуются отсутствием устойчивой структуры ценностных ориентиров и ведущих мотивов. Психическая личностная незрелость приводит к слепому подражанию. Чаще всего подражания «супергероям» телевизионных боевиков, в которых декларируется культ насилия, агрессии, «красивой» жизни и легкой наживы.

Общество в целях профилактики правонарушений заинтересовано в организации службы по раннему выявлению нарушений психического развития с целью формирования общественно значимых ценностных ориентиров и нравственных качеств. На наш взгляд, формирование нравственных ориентиров необходимо возложить на средства массовой информации, особенно на телевидение, на качество демонстрируемых фильмов и телевизионных передач.

В нашей практике многие случаи «нездорового» агрессивного отношения к окружающим, формирование зависимостей от психоактивных веществ, компьютерных игр, интернет-зависимости, уходы в антисоциальные компании сигнализируют о депрессии детского и подросткового возраста. К этим проблемам должны подключаться не только психологи, но и детские психиатры, наркологи, инспектора детских комиссий МВД.

**Н.В. Лукьянченко, Л.С. Захарова**

## РОСТ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОДРОСТНИЧЕСТВА В КОНТЕКСТЕ ДЕТСКО-ВЗРОСЛЫХ ОТНОШЕНИЙ СОЦИУМА: ВОЗМОЖНЫЙ ВАРИАНТ ОБЪЯСНЕНИЯ[4]

**Сибирский государственный университет науки и технологий им. академика М.Ф. Решетнева (Красноярск).**

Проблема суицидальной активности подростничества в последние два года обострилась в нашей стране до крайней степени. Широкий общественный резонанс получили публикации в СМИ о так называемых группах смерти. Родители, образовательные структуры, следственные органы, средства массовой информации тем или иным образом задействуются в обсуждении, стремлении понять и определиться с основаниями профилактики. При этом попытки найти объяснения всплеску подростковых суицидальных проявлений выглядят запутанными и невнятными, во многом носят крайне полярный характер – от обличения «происков врагов на международной арене» до полного отрицания и списывания на «родительскую истерию». На наш взгляд, трудности понимания данной проблемы связаны с узкими ракурсами каузального поиска: рассматриваются либо сугубо личностные, либо семейные, либо политические дисфункции.

Широта проявлений феномена и задействованность большого числа как детей, так и взрослых, дает основание анализировать его в контексте отношения и взаимосвязи взрослого и детского мира в современном обществе. Эта взаимосвязь может рассматриваться на разных уровнях: взаимодействие конкретного взрослого и конкретного ребенка, отношения семьи и детей, отношения взрослого и детского сообществ в целом. Такое рассмотрение мы находим, например, у Д.Б. Эльконина (детство как проекция инструментально-деятельностных возможностей культуры), у американского психоисторика Л. Демоза (детство в диалектике формирования гуманистических ценностей социума и развития личности) и других авторов. Характеристики детского мира в описании многих психологов связаны с состоянием взрослого сообщества. Фактически речь идет о единстве важнейших аспектов жизнедеятельности в триаде личность–семья-общество. Любой из этих уровней может рассматриваться как проекция двух других.

Таблица 1.

Количество обращений суицидального характера по телефону доверия

| | | Темы обращений | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| От кого поступило обращение | Календарный год | Всего | Суицидальные | Суицидальные на- | Принятие решения | Текущий суицид | Состояние после | Самопожертвова- | Другие вопросы по |
| Всего | 2013 | 81 | 50 | 19 | 5 | 2 | 2 | 0 | 3 |
| | 2014 | 73 | 44 | 16 | 1 | 4 | 1 | 0 | 7 |
| | 2015 | 149 | 73 | 2 | 8 | 17 | 11 | 2 | 14 |
| | 2016 | 159 | 95 | 29 | 2 | 5 | 4 | 1 | 23 |
| | *2017* | *72* | *30* | *9* | *0* | *2* | *3* | *0* | *28* |
| От детей и подростков | 2013 | 6 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2014 | 13 | 8 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 2015 | 13 | 7 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| | 2016 | 25 | 18 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| | *2017* | *16* | *6* | *2* | *0* | *0* | *0* | *0* | *8* |
| От родителей или лиц, их замещающих | 2013 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2014 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2015 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | 2016 | 12 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 8 |
| | *2017* | *12* | *5* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *7* |
| От иных граждан | 2013 | 73 | 43 | 18 | 5 | 2 | 2 | 0 | 3 |
| | 2014 | 58 | 34 | 13 | 1 | 4 | 1 | 0 | 5 |
| | 2015 | 129 | 65 | 22 | 7 | 17 | 9 | 0 | 9 |
| | 2016 | 122 | 75 | 25 | 2 | 5 | 2 | 1 | 12 |
| | *2017* | *44* | *19* | *7* | *0* | *2* | *3* | *0* | *13* |

[4] Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, Правительства Красноярского края, Красноярского краевого фонда поддержки научной и научно-технической деятельности в рамках научного проекта № 16-16-24022.

В таком контексте нам представился информативным материал о статистике звонков телефона доверия. Мы проанализировали погодовую динамику в работе Красноярской службы детского телефона доверия. В табл. 1 приведены количественные данные по разным типам звонков с 2013 по 2017 гг. Данные по 2017 г. приводятся за промежуток с января по апрель.

Интересны следующие факты. Увеличение звонков с разными типами суицидальныхпроявлений приходится на 2015-2016 гг. Важно при этом учитывать, что в службу доверия звонят не только дети, но и опекающие их лица, а также взрослые безотносительно к детям (рубрика в таблице «От иных граждан»). Как видим, резкий всплеск суицидальных обращений 2015-16 гг. коснулся не только детских звонков. В разы больше таких обращений поступило от взрослых. И тематика их звонков охватывала весь спектр суицидальных проявлений: как суицидальные мысли, так и активные формы - намерения, решения и реальные действия. Многие из этих звонков – крик отчаяния взрослых мужчин, потерявших почву под ногами. Ведь в 2014-15 гг. в стране разразился валютный кризис, резко ослабившийроссийского рубль по отношению к иностранным валютам. Не справляясь с необходимостью удержать необходимый уровень доходов и обеспечить семью, многие отцы семейств ощутили себя на краю пропасти. Подъем числа звонков суицидального характера от детей и подростков начался несколько позже – в 2016 г. И еще несколько позже стали поступать звонки, связанные с появлением в интернет-пространстве групп смерти.

Опираясь на представление о связанности и взаимопроекции уровней взаимодействия детского и взрослого сообществ, считаем возможным привлечь для понимания природы описанных данных и перенести на широкий социальный контекст логику интерпретационных схем стратегической семейной психотерапии. Например, один из самых уважаемых американских семейных психологов КлуМаданес симптомы детской дисфункциональности трактует по принципу «взять огонь на себя». Проблемы взрослых, трудно переносимые для них самих (взрослые «не справляются со своей жизнью»), дети компенсаторно перекрывают своей проблематичностью, тем самым создавая канал для разрядки негативных переживаний взрослых неустроенностей и отвлекая взрослых от непереносимости собственных проблем.

**Н.И. Лункина**

## РОЛЬ СЕНСОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ В ФОРМИРОВАНИИ РЕГУЛЯЦИИ

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

Здоровое, полноценное детство является приоритетом в современном обществе. Но вместе с тем растет число детей с двигательными и речевыми нарушениями в развитии. Взаимодействие факторов внешней среды и морфофункциональное формирование органов и систем организма определяет онтогенетически обусловленное созревание функциональных систем как основы для последующего полноценного психического развития ребенка. В процессе онтогенеза возрастает активное отношение ребенка к внешним факторам, усиливается роль высших отделов ЦНС в обеспечении адаптивных реакций на факторы внешней среды. Особую роль на этапе дошкольного детства приобретают качественные и количественные изменения адаптивных механизмов, связанных с созреванием различных отделов головного мозга, а особенно центральных, регуляторных. У детей с нарушенным или искаженным развитием регуляторные механизмы развиваются очень медленно либо совсем не развиваются. В постнатальном развитии двигательной координации у детей необходимо рассматривать два различных вида регуляции движением, один из которых строится на фоне врожденных, а другой на основе условно-рефлекторных механизмов образования временной связи.

Первые проявления нарушения двигательного развития мы можем видеть на ранних этапах развития. Онтогенетически обусловленное правильное последовательное моторное развитие до года закрепляет те или иные функциональные системы головного мозга. Нейропсихологический подход А.Р. Лурия в развитии теории регуляции выразился в концепции структурно-функциональной организации мозга и отражает гетерохронность, неравномерность развития функциональных систем, которые подчинены точным законам созревания и формирования. Ни один двигательный акт, которым мы овладеваем до года, не дан нам просто так. Двигательное развитие отражает закладку и развитие сложной и многогранной системы, над которой надстраивается еще более сложная и зрелая функциональная система.

Решающее значение в формировании сложных координаций у ребенка имеет развитие мышления и речи. Овладение сложными формами движения приводят к образованию тончайших приспособительных реакций (развитию речи, манипуляторных движений), к формированию новых, более сложных движений, связанных с учебной, трудовой, спортивной деятельностью. Постоянно ребенок подчинялся приказам взрослого, овладевая речью, мог сам давать себе речевые приказы и сам начинал подчинять свое поведение этим приказам. (А.Р. Лурия, 2002).

При коррекции детей с нарушениями моторного и речевого развития важно соблюдать закономерности развития в онтогенезе присвоения двигательных актов и пространственных ориентировок с точным речевым сопровождением каждого движения.Произвольные движения невозможны без планиро-

вания и регуляции дальнейших действий, входящих в сложные двигательные акты с основой на первоначальные кинестетические ощущения. Дети с нарушением в развитии различного генеза не проявляют интереса планированию своей деятельности, задание принимают импульсивно, частично, не могут вербализовать его.

И поэтому важна поэтапность в усвоении двигательного навыка при непосредственном участии речи.

1.Показ психологом движений с четким речевым сопровождением;

2.Вербализация задания психологом и совместное выполнение с ребенком;

3.Выполнение ребенком под речевое сопровождение психолога

4.Одновременное выполнение задания с вербализацией каждого действия, ребенок проговаривает и самостоятельно выполняет свою инструкцию;

5.Повтор движения без вербализации, таким образом действие полностью выполняется во внутреннем плане.

При условии ежедневного выполнения в течение недели ребенок приобретает это движение в сферу интеллектуальных умений и навыков, появляются первые регуляции, которые охватывают и речь и движения.

Нейропсихологическая коррекция разрабатывалась с целью формированиярегуляции как функциональной системы. В процессе поэтапного выполнения движений происходят следующие процессы.

1. На этапе восприятия:

- афферентный синтез: анализ свойств объекта и предметной среды;

- межсенсорное взаимодействие: при восприятии объекта и предметной среды, зоны отображения происходит сравнение зрительного, звукового, обонятельного и др. сигналов, взаимодействие сигналов.

2. При построении движения:

- формирование сенсорной модели объекта предметной среды, траектории движения на различных уровнях организации мозга, на уровне пространственного, вестибулярного поля;

- формирование в нервной системе эфферентной модели копирования объекта в зоне отображения через согласование чувствительного образа с двигательными системами коры;

3. При осуществлении движений происходит формирование кинематической цепи опорно-двигательного аппарата по программе нервной системы, параллельное обогащение афферентации через мышечно-суставное чувство.

4. Формирование обратной связи, сличение, повторный афферентный синтез.

Благодаря выше описанным процессам к 8 годам у ребенка возрастает удельный вес произвольных движений, появляется возможность целенаправленного движения, которое невозможно без стойкого намерения и контроля и регуляции в ходе выполнения, т. е. возрастает роль операционального (регулирующего-контролирующего) компонента.

**Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, Л.А. Дементьева**

## БОЛЕЗНИ АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА У ПОДРОСТКОВ (ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ)

**ФГБНУ «НЦПЗ» (Москва).**

Одним из важных аспектов подростковой психиатрии является изучение возрасто-половой специфики психопатологических состояний, видоизменений клинической картины синдромов.

**Целью** работы явился сравнительный анализ клинико-динамических характеристик патологии шизофренического и депрессивного спектров у подростков с акцентом на гендерные особенности. Результаты работы получены в ходе сплошного многолетнего прослеживания подростковых контингентов одного из московских ПНД. Использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический **методы,** анализировались данные психологических обследований и медицинской документации.

**Материал** исследования составили 265 подростков 15-17 лет, разделенные на две группы – с заболеваниями аффективного круга и с патологией шизофренического спектра, которые наблюдались в течение ряда лет подростковым участковым психиатром.

Согласно нашим наблюдениям, число страдающих шизофренией юношей в 4-3$^1/_2$ раза превышало количество девушек. Это подтверждает тезис, что изучение шизофрении в этом возрастном интервале – это прежде всего исследование особенностей болезни у лиц мужского пола (Алексеев Б.Е., 1999). В группе подростков с аффективной патологией гендерное соотношение было иным, хотя юноши также превалировали (1,6:1), что отражало представленность подростков мужского и женского пола в контингенте подросткового кабинета (2:1), но доля девушек была бóльшей по сравнению с группой больных шизофренией.

Проведенное исследование позволило выявить ряд возрастозависимых особенностей психопатологической эндогенно-процессуальной и аффективной патологии у подростков. К ним относятся: высокая наследственная отягощенность психическими расстройствами различной этиологии; тенденция к хронификации психических нарушений как аффективного, так и шизофренического спектра, особенно отчетливая у лиц мужского пола; патопластическое влияние подросткового возраста на клиническое

оформление болезни (полиморфизм и синдромальная незавершенность проявлений болезни, парциальная охваченность психозом, наличие признаков, присущих более раннему возрасту, в частности инвертированный – с ухудшением к вечеру - циркадный ритм при депрессиях), прямая зависимость тяжести исходов и социальной дизадаптации от возраста, в котором начинается заболевание – чем меньше возраст, тем хуже прогноз.

При анализе гендерных соотношений установлена значимость фактора пола в формировании клинико-динамических закономерностей психической патологии легкой и средней тяжести и практическое отсутствие гендерных различий при тяжелых формах аффективных и шизофренических расстройств. Так, частота грубо деструктивных форм шизофрении с исходом в олигофреноподобный дефект (около 12% у подростков обоего пола) и инвалидность детства (наступает у 40% девушек больных шизофренией и 46% мальчиков) не несут половых различий. К числу гендерных влияний можно отнести: тенденцию к приступообразному течению расстройств у лиц женского пола и к хронификации у юношей в обеих группах; различия в тяжести проявлений заболевания в каждой группе (тенденции к большей тяжести у юношей при патологии шизофренического круга, а у девушек – аффективного); возраст к началу заболевания (в группе шизофрений раньше заболевают мальчики, в аффективной группе – девочки); подверженность заболеванию (она более выражена в эндогенно-процессуальной группе у мальчиков, а в аффективной группе – у девочек).

В то же время обращают на себя внимание и определенные различия в формировании и динамике болезней аффективного спектра в сравнении с относящимися к шизофреническому кругу: наследственная отягощенность разнообразной психической патологией чаще обнаруживается у больных с заболеваниями эндогенно-процессуальной природы, в том числе также чаще в роду выявляется шизофрения; аффективная патология как менее деструктивная и прогностически более благоприятная манифестирует в более позднем возрасте; для дебюта аффективных расстройств требуется воздействие дополнительного неблагоприятного фактора, чаще психогенного; длительность инициального периода продолжительнее у больных с эндогенно-процессуальной патологией; инициальные расстройства чаще обнаруживаются у больных шизофренией, при этом они не несут прогностической нагрузки, т. к. нозологически неспецифичны, а у подростков с аффективной патологией инициальные расстройства имеют некоторую специфичность, т. к. относятся к нарушениям функционирования эмоциональной сферы.

Различия в двух группах прослеживались и в показателях социально-психологического функционирования. Подростков с нарушениями шизофренического спектра характеризовала недостаточность социальной компетентности, при этом социальная адаптация юношей была хуже, чем у девушек. При аффективных расстройствах гендерные отличия в социальном функционировании также очевидны: у юношей снижалась настроенность на социальное взаимодействие, они были ориентированы на внутреннее пространство, интровертированы, испытывали чувство одиночества и безразличия без выраженного чувства вины и стремления к аутоагрессии; девушки обладали более экстравертированной позицией, у них сохранялась потребность в поддержке социального окружения, характерны были чувство вины и аутоагрессивные проявления, им было труднее справляться с внутренними переживаниями.

**А.Г. Мазур, В.И. Олешкевич, Л.С. Печникова**

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ОРГАНИЗУЮЩЕЕ ЗВЕНО В СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ОВЗ

**НПЦПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Проблема психического здоровья и психологического благополучия детей и подростков сегодня является актуальной и широко обсуждаемой [1; 2]. В практическом плане здесь часто оказывается недостаточно только работы психиатра и психолога. Опираясь на имеющийся опыт, можно сказать, что, несмотря на рекомендации специалиста, нет возможности отследить выполнение их рекомендаций родителями. Здесь обнаруживается необходимость некоторого промежуточного звена, курирующего направление требуемых изменений и эффективность их выполнения.

Основная проблема состоит в мониторинге деятельности семьи. Например, детский клинический психолог может диагностировать неготовность ребенка к обучению в школе, объяснить родителям, что нужно сделать для решения данной проблемы, но он не может проконтролировать решение этих проблем родителями. Ряд проблем может возникнуть по поводу организации взаимодействия специалиста, в частности, психолога с семьей. Бывает, что с семьей трудно установить контакт, или родители под разными предлогами не хотят брать на себя ответственность за развитие ребенка. Сегодня можно наблюдать также и ситуацию, когда родители стремятся переложить на специалистов именно свои родительские, педагогические функции, хотя это приносит явный вред и самим родителям, которые в норме должны развиваться вместе с ребенком. Проблема сотрудничества специалистов с семьей особенно обостряется при выполнении задачи оказания помощи детям (вместе с их семьями), попавшим в трудную жизненную ситуацию, детям с нарушениями поведения и/или психическими расстройствами, в особенности в ситуации дисгармонии в самой семье.

В этой связи необходимым звеном в организации систематической помощи в развитии ребенка, а в этом контексте и оказания помощи семье, может стать институт социальной работы. Каналы связи и взаимодействия в междисциплинарной команде специалистов: психиатр (психотерапевт, медицинский психолог) – социальный работник – педагог или дефектолог с семьей должны быть систематическими. Только это может повысить качество помощи, особенно психологической и социальной. Это взаимодействие повышает и качество психодиагностики особенностей развития ребенка, поскольку его психическая организация имеет интерактивную природу и исследование отношений в семье является необходимым условием для построения точной картины психического развития ребенка.

Важное значение для поддержания психического здоровья детей и подростков имеет и связь работников медицинских учреждений с педагогами, в частности, интеграция возможностей психотерапии и педагогики. К сожалению, сегодня образовательные учреждения стали достаточно закрытыми системами. Но эти учреждения могли бы стать, с одной стороны, важным источником информации о развитии ребенка, а с другой стороны, важно использовать их возможности для коррекции нарушений развития детей и подростков.

И снова здесь промежуточным, опосредующим звеном между медицинским учреждением и школой, в частности между медицинским психологом и педагогом (также как между педагогом и родителями), может стать социальный работник. А для этого он должен быть «вхож» не только в семью, но и в детский сад, школу и пр. Он должен также знать и более широкое социальное окружение, внутри которого происходит развитие ребенка, быть в контакте с местными полицейскими органами и т. п., так что он может иметь возможность не только непосредственно оказывать помощь ребенку и его семье, но при необходимости также организовывать соответствующую помощь со стороны определенных учреждений, специалистов и т. п.

Таким образом, роль социального работника оказывается организующей, и в этом отношении он может занимать одно из центральных мест в системе поддержания психического здоровья и психологического благополучия детей и подростков. Вокруг этой функции может быть организована социальная помощь различных общественных организаций, волонтерская помощь, а также учебная практика различных специалистов помогающих профессий.

Западный опыт показывает важную роль социального работника в организации психологической помощи детям и подросткам. Здесь важно и то, что в зарубежных странах подготовка клинических психологов опосредуется необходимой практикой социальной работы. Таким образом, они проходят клиническую практику, так сказать, в полевых условиях, изучая социальные условия развития детей, проблемы их семей, социальной среды развития и т. п. Может быть полезно использовать этот опыт и у нас, в том числе и при подготовке семейных психотерапевтов. Если семейная психотерапия развивалась преимущественно в условиях, когда семья приходила к психотерапевту, то здесь мы будем иметь ситуацию, когда специалист помогающей профессии (социальный работник) будет приходить в семью.

Таким образом, социальный работник предстает как специалист, обладающий необходимыми знаниями в психологии, в том числе и детской, умениями и навыками взаимодействия с семьей, в том числе с учетом ее возможной дисфункциональности, либо нахождения в трудной жизненной ситуации, и как собственно социальный работник, обладающий определенными правами, знающий всю юридическую базу своей деятельности, знающий и имеющий возможность вмешаться в социальное окружение ребенка, выступающий связующим звеном между ребенком и обществом.

ЛИТЕРАТУРА

1.Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы V Международной научно-практической конференции. 5-6 июня 2015 г.; М-во обр. и науки РФ ФГБОУ ВПО «Тамб. гос. ун-т им. Г. Р. Державина / Отв. ред. М.Г. Рябова]. - Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2015.

2.Шевченко Ю.С., Северный А.А., Волошин В.М. Психическое здоровье детей России: системные проблемы // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002 (2), № 2. С. 5-13.

**З.С. Макарова, О.С. Лебедев**

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

**ФГБОУ ДПО РМАНПО, ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, филиал № 30 ДЗМ (Москва).**

Для нормального развития ребенка необходимы определенные условия, нарушение которых может приводить к изменениям в строении, функционировании, свойствах развивающегося организма.

Под нашим динамическим наблюдением в течение от 1 года до 5 лет находилось 406 детей в возрасте от 1 месяца до 7 лет. Все они имели различные отклонения в раннем онтогенезе: 77,3% - в антенатальном периоде, 93% в интернатальном, 82,8% в раннем неонатальном, 53,5% в периоде развития и составляли основную группу. У большинства из них отмечалось сочетанное неблагополучие в выделенных периодах. Группу сравнения составили 100 детей того же возраста без факторов риска в раннем онтогенезе. Проводились динамические клинические наблюдения, беседы и анкетирование родителей,

выкопировка из историй развития с последующим анализом эмоционально-поведенческого статуса детей в различном возрастном периоде.

У детей **первого года жизни** в основной группе отклонения в поведении были выявлены в 71,7% случаев, что достоверно чаще ($p<0,001$), чем в группе сравнения. Отмечено, что выраженность и частота отклонений в поведении находятся в прямой зависимости от тяжести дизонтогенетических нарушений. В структуре поведенческих отклонений ведущими явились нарушения засыпания – 82,8% и сна – 65,7%. С увеличением факторов риска в раннем онтогенезе и их сочетаемости в различных периодах отмечается нарастание числа детей с нарушениями аппетита и пищевого поведения (от 26,1% до 52,6%), что затрагивает пищевую доминанту, являющуюся ведущей на протяжении первого года жизни, а также нарушение в эмоциональном состоянии от 34,8% до 65,8%. При этом их выраженность и частота находятся в прямой зависимости от тяжести дизонтогенетических нарушений. Полученные данные свидетельствуют о том, что отклонения в эмоционально-поведенческом статусе детей первого года жизни могут являться одним из маркеров неблагополучия в раннем онтогенезе.

Изучение эмоционально-поведенческого статуса **детей старше года** показало, что частота отклонений в поведении у детей с неблагополучиями в раннем онтогенезе с возрастом нарастает (98,5%) и в 1,5 раза превышает таковую у детей группы сравнения (65%). Достоверно значимыми ($p<0,01$) для данных групп являются различия в нарушениях аппетита и пищевого поведения, наличии гиперактивности, неусидчивости, снижения внимания, патологических, привычных действиях, страхах. Так, в основной группе в 2,8 раза чаще встречаются нарушения аппетита и пищевого поведения, в 2 раза увеличена расторможенность, гиперактивность, в 3 раза – патологические привычные действия, в 4,4 раза – страхи, чем в группе сравнения.

Таким образом, у детей с отклонениями в раннем онтогенезе значительно чаще выявляются нервно-психические нарушения преимущественно невротического уровня, чем в группе детей без факторов риска в раннем онтогенезе. При этом наибольшее число отклонений выявляется в раннем возрасте (7,3 на одного ребенка), у детей с 3 лет 1 мес. до 4 лет (6,5 на одного ребенка), а также на седьмом году жизни (6,13 на одного ребенка), что совпадает с так называемыми кризисами 3-7 лет.

Анализ структуры отклонений в эмоционально-поведенческом статусе детей основной группы позволил выявить ее возрастные особенности. Нарушения в засыпании достоверно выше в раннем возрасте (93,3%), хотя прослеживаются почти у половины детей в течение всего дошкольного периода (56,5%-43,7%). Беспокойный прерывистый характер сна достоверно чаще встречается у детей раннего возраста (85,7%). После 4 лет число детей с нарушениями сна существенно уменьшается (33,4%-17,4%). Нарушения аппетита и пищевого поведения наиболее выражены у детей раннего возраста (85,7%), с возрастом они постепенно сокращаются, достигая 60,9% на седьмом году жизни).

Соматовегетативные нарушения в виде повышенной потливости, болей в животе, метеочувствительности встречаются с одинаковой частотой у детей всех возрастных групп (57,1%-60,8%). Достоверных различий не отмечается. Повышенная возбудимость, гиперактивность чаще встречается у детей раннего возраста (71,4%). К седьмому году жизни отмечается тенденция к нарастанию числа детей, страдающих гипердинамическими нарушениями (60,95).

Неусидчивость, невнимательность наиболее выражены у детей четвертого года жизни (55,6% случаев). Агрессивность достоверно чаще встречается у детей раннего возраста (42,8%) и на седьмом году жизни (31,6%). Число детей, имеющих патологические первичные действия, достоверно ($p<0,01$) нарастает к возрасту 6 лет 1 мес.–7 лет, когда они встречаются у более чем половины детей основной группы.

Число детей со страхами достоверно ($p<0,01$) нарастает к возрасту 4 года 1 мес.–5 лет и к 6 годам 1 мес.–7 лет и достигает соответственно 50,0% и 52,2%. Среди страхов наиболее часто встречались боязнь темноты, замкнутого пространства, лифта, собак.

Жалобы на головную боль, утомляемость предъявляют дети, начиная с шестого года жизни (11,8%). Число их нарастает к седьмому году жизни, достигая 39%.

Таким образом, с возрастом у детей с неблагополучием в раннем онтогенезе происходит расширение спектра отклонений в эмоционально-поведенческом статусе. Если нарушения засыпания и сна, аппетита, пищевого поведения, соматовегетативные отклонения, повышенная возбудимость, гиперактивность выражены у детей как раннего, так и младшего дошкольного возраста, то к старшему дошкольному возрасту на фоне ухудшения соматического здоровья и предшкольного кризиса появляются церебрастенические и астенические проявления, значительно нарастают страхи и патологические привычные действия. Это соответствует более высокому уровню нервно-психического реагирования, по В.В. Ковалеву.

Учитывая высокую частоту и выраженность отклонений в эмоционально-поведенческом статусе детей с неблагополучием в раннем онтогенезе, можно считать, что они являются группой риска по формированию нервно-психических нарушений и нуждаются в наблюдении психолога и детского психиатра на протяжении всего раннего и дошкольного возраста.

**И.В. Макаров**

# СОКРЫТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ОТ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА

**Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).**

Ранее мы останавливались на проблемах, связанных с сокрытием психиатрического диагноза от законного представителя ребенка, но положение дел изменилась недостаточно, чем и обусловлена данная публикация. При проведении амбулаторного психиатрического приема в ряде случаев приходится сталкиваться с ситуацией, когда законный представитель ребенка (мать, отец, опекун) говорит о том, что наблюдается у участкового детского психиатра, но ему отказываются сообщить диагноз его сына (дочери, подопечного). При этом речь идет об исключительно добровольном обращении за оказанием амбулаторной психиатрической помощи. Еще чаще диагноз не будет разъяснен родителям ни в стационаре, ни в дневном психиатрическом стационаре, то есть нигде. Основанием для отказа в сообщении диагноза является, как правило, утверждение о том, что «сведения конфиденциальны», «разглашению не подлежат».

Здравый смысл подсказывает, что в случае добровольного обращения за медицинской помощью близкий родственник вправе получить информацию о своем ребенке. Зачем тогда он обратился за помощью – для статистической отчетности учреждения? Конечно, ссылок лишь на здравый смысл недостаточно, целесообразно обращение к имеющимся в этой области законам.

Проанализируем «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 года № 3185-1. Его действие распространяется на всех граждан России при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих эту помощь (статья 3). В Законе отмечено, что до 15 лет интересы ребенка защищает и представляет его законный представитель (статья 4). Вроде бы данный факт известен всем психиатрам, и обычно это соблюдается. На что же чаще всего ссылаются психиатры, отказывая матери (отцу, опекуну) пациента до 15 лет в предоставлении медицинской информации и о диагнозе в первую очередь? Обычно на статью 9 данного Закона, в которой сказано, что факты обращения гражданина и иная информация о состоянии его здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Такая односторонняя трактовка этой статьи неверна, более того, нарушает этот самый закон. В статье 9 далее говорится о том, что для реализации прав и законных интересов гражданина, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или по просьбе его законного представителя предоставляются сведения о его состоянии и об оказанной ему психиатрической помощи. Врачебная тайна не может распространяться на самого пациента и его законного представителя. Это же подчеркивается и в статье 5 (п. 2), где сказано о праве психически больного на получение информации о его состоянии и проводимом лечении, а виновные в ограничении прав пациента должны нести ответственность (статья 5, п. 3). И в статье 11 прямо говорится об обязанности врача предоставить больному (или его законному представителю) в доступной для него форме информацию о его психическом состоянии, характере болезни, прогнозе, планируемой терапии и т. д.

Таким образом, психиатр не только должен, но и обязан сообщать информацию родителям о психическом состоянии ребенка (его диагноз интересует родственников в первую очередь). Можно было бы скрыться за фразой «в доступной для них форме», то есть не предлагать специальных медицинских терминов, а сказать обтекаемо и обобщенно. Когда-то, может быть, так и нужно поступать, но не в большинстве случаев. Вряд ли большая часть родственников, обратившихся с надеждой за помощью к психиатру, не образованнее самого доктора и не в состоянии понять, что с их ребенком, при терпеливом и корректном разъяснении.

В другом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ также говорится о необходимости соблюдения врачебной тайны (статья 13), но в статье 20 уточняется, что гражданин (его законный представитель) соглашается на медицинские вмешательства после получения им информации о состоянии здоровья, а также о прогнозе, планах врача и т. п. (то есть по сути своей – о диагнозе). Статья 22 (п. 3) предусматривает и в случае неблагоприятного развития болезни все равно предоставлять информацию о состоянии здоровья, но в деликатной форме. И этот Закон не просто разрешает, но и обязывает психиатра сообщать диагноз пациенту. Интересно, что в случае, когда требующий получения диагностической информации законный представитель ребенка отличается повышенной конфликтностью или же является, например, юристом, требует в жесткой и грамотно оформленной форме предоставления ему сведений, то всегда их получает.

Каков же итог имеющегося опыта и сложившейся практики? По различным причинам детские психиатры в ряде случаев отказывают законному представителю ребенка в предоставлении устной или тем более письменной информации о психическом состоянии (диагнозе) их сына (дочери). Обусловлено ли это недостаточным знанием законодательства, требованиями администрации учреждения или иными причинами - можно лишь гадать. Однако несоблюдение законодательства должно повлечь за собой ответственность как врача, так и администрации психиатрического учреждения, в котором не выполняются данные требования. Думается, что непрозрачность оказываемой психиатрической помощи обусловлена и анализируемыми фактами, а это, в свою очередь, никак не уменьшает стигматизации нашей профессии и наших пациентов. Думается, что при отказе от предоставления сведений о психическом состоянии (и точном диагнозе) ребенка его законному представителю целесообразно оспаривать в Прокуратуре и/или у уполномоченного по правам ребенка.

**Е. В. Макушкин, Л. О. Пережогин**

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ТРЕНДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ

**ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (Москва).**

Детский возраст является периодом формирования личности, приобретения социальной идентификации и направления психосоциального развития, качества будущей общественной жизни. Психическое здоровье ребенка определяется не только отсутствием психических расстройств и нарушений развития, но и уровнем его социальной адаптации, способностями противостоять негативным воздействиям внешней среды, сформированностью индивидуального набора адаптационных и компенсаторных реакций. Главная цель социально-психиатрической помощи в детском возрасте – формирование психического здоровья детей и подростков в указанном широком смысле слова. В отличие от клинической психиатрии, социальная психиатрия нацелена не на лечение и профилактику болезней, а на сопровождение ребенка и формирование здоровья. Это принципиально иная парадигма, накладывающая отпечаток на весь характер деятельности детских социальных психиатров.

Основными направлениями деятельности современной детской социальной психиатрии являются (и будут являться в обозримом будущем):

- изучение социальных факторов, негативно влияющих на развитие детей (воспитание в неполной или дисфункциональной семье, патологические формы воспитания, негативное социальное окружение, бедность, депривация и т. д.), и разработка превентивных технологий, смягчающих их последствия;
- формирование индивидуальных и микрогрупповых подходов к ребенку в контексте принятия его в качестве равноправного субъекта социальных отношений (с родителями, с педагогами, со сверстниками) в процессе обучения, профессиональной подготовки, воспитания и духовного развития, защиты прав, лечения и т. д. Особое направление социальной психиатрии в данном контексте – лечение, реабилитация и ресоциализация детей с психическими расстройствами и нарушениями развития;
- формирование у ребенка средовой психической адаптации (в условиях семьи, школы, микросоциальной и макросоциальной группы) путем обеспечения личностного развития (в соответствующем возрастном и гендерном диапазоне), навыков самоконтроля, расширения арсенала навыков ориентироваться и активно действовать в различных ситуациях, в том числе – сопровождающихся дистрессом (депривация, утрата, угроза жизни и здоровью, смена стереотипов и круга общения, насилие и т. д.);
- обеспечение комплексной медико-психолого-социальной помощи детям группы риска (социальное сиротство, дети, перенесшие насилие, дети, интегрированные в криминальную среду и субкультуру, дети, пострадавшие в ходе военных действий, террористических актов, природных катастроф, дети с особыми потребностями - талантливые дети, дети-инвалиды;
- разработка инструментов индивидуального и микрогруппового сопровождения, отличающихся доступностью (работа в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения, дистанционное консультирование), профилактической и превентивной направленностью (включая образовательные, психокоррекционные и психотерапевтические программы), системностью (с общемедицинских позиций) и широтой охвата, учетом возрастных особенностей;
- разработка принципов организации взаимодействия специалистов различных социальных практик, действующих самостоятельно или в составе мультипрофессиональной бригады, разработка и осуществление методического сопровождения психологов, педагогов, социальных работников и членов семьи, микрогруппы.

Таким образом, реализация современных направлений развития социально-психиатрической помощи детям охватывает все этапы жизни и развития ребенка, отличается системностью, комплексностью, индивидуальной ориентированностью. Основными проблемами на современном этапе развития являются низкая укомплектованность квалифицированными кадрами, плохой уровень межведомственной интеграции, неосведомленность населения, отсутствие единой последовательной государственной политики в области детского психического здоровья.

**В.Л. Малыгин[1], Ю.А. Меркурьева[1], А.С. Искандирова[1], Е.Е. Пахтусова[1], Я.В. Малыгин[2], М.В. Пономарева[3], Р.Р. Садреев[1]**

## СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ КАННАБИНОИДОВ. ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ

**[1]ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, [2]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», [3]Московский научно-практический центр наркологии (Москва).**

**Цель** исследования – изучение особенностей психологических механизмов формирования интернет-зависимости и зависимости от каннабиноидов у подростков. Проведено сравнительное исследование психологических свойств подростков, зависимых от каннабиноидов (n=20) и подростков с интернет-зависимостью (n=20), а также условно здоровых подростков, без признаков зависимости (n=20). Использованы психодиагностические **методики**: шкала импульсивности Барратта (BIs-11), опросник темперамента и характера Клонинджера (tcI-125), методика диагностики эмоционального интеллекта MsceIt, методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, шкала интернет-

зависимости Chen (cIas). Для сравнительного анализа порядковых данных в независимых выборках применялся критерий Манна-Уитни. Изучение связей между выявленными психологическими характеристиками обследованных проводилось при помощи коэффициента корреляции Спирмена. Для изучения взаимосвязей между всем комплексом показателей использовался иерархический кластерный анализ.

Подростки с интернет-зависимостью и подростки с зависимостью от каннабиноидов имеют определенное сходство по ряду характерологических черт. Они отличаются от условно здоровых подростков более выраженной моторной импульсивностью, низким самоконтролем, сравнительно более низкой самооценкой, зависимостью от других людей и обстоятельств, отсутствием ясных жизненных целей. В целом, по сравнению с условно здоровыми подростками, они предстают инфантильными личностями. Как подростки с интернет-зависимостью, так и подростки с зависимостью от каннабиноидов более социально дизадаптированы по сравнению с условно здоровыми подростками. Они склонны не принимать ни себя, ни других, чаще испытывают эмоциональный дискомфорт, что может подталкивать их к иным, патологическим формам адаптации, в частности различным вариантам зависимого поведения.

Несмотря на сходство отдельных характеристик, интернет-зависимые подростки имеют существенные различия по своим индивидуально-психологическим свойствам по сравнению с подростками, зависимыми от наркотиков. Они отличаются: достоверно более низким уровнем поиска новизны, что характеризует их как более консервативных, ригидных и пассивных по сравнению с подростками, зависимыми от наркотиков; достоверно меньшим уровнем трансцендентности и, соответственно, меньшей склонностью по сравнению с подростками, зависимыми от наркотиков, к духовным практикам и трансперсональным опытам. Подростки с интернет-зависимостью более импульсивны, склонны к избеганию решения сложных задач, обладают более низкой способностью к планированию и самоконтролем. Эмоциональный интеллект интернет-зависимых подростков достоверно ниже по сравнению с подростками, зависимыми от наркотиков, что затрудняет их социальную адаптацию. Также им труднее дается сознательное управление эмоциями. Уровень социально-психологической адаптации интернет-зависимых подростков достоверно ниже по сравнению с подростками, зависимыми от наркотиков, и характеризуется преобладанием показателя «Дизадаптация» над показателем «Адаптация», что свидетельствует об их социально-психологической дизадаптированности. Данные особенности психологических интернет-зависимых подростков во многом определяют их бегство от реальности в виртуальный мир интернета.

Подросткам с зависимостью от каннабиноидов более свойствен поиск новизны и трансцендентность, сочетающиеся с лживостью, доминированием, зависимостью от вознаграждения, настойчивостью в достижении цели и хорошими способностям к пониманию эмоциональных состояний, управлению эмоциями других. Сочетанность таких черт, как поиск новизны, настойчивость в достижении цели и трансцендентности как поиска нового духовного опыта, способствует их обращению к психоактивным веществам. В свою очередь способность к пониманию эмоциональных состояний и управлению эмоциями других в сочетании с лживостью (манипулятивностью) определяет достаточный уровень их социально-психологической адаптивности, не отличающийся от здоровых, и компенсирует отдельные проявления дизадаптивности.

Полученные в исследовании данные отражают наличие определенных различий в психологических механизмах формирования различных видов зависимостей: интернет-зависимости и зависимости от наркотиков. Соответственно, подходы к профилактике и психотерапии интернет-зависимости и зависимости от ПАВ у подростков должны быть различны. Целью психотерапевтических мероприятий у подростков с интернет-зависимостью является их адаптация к социуму, а целями-мишенями психотерапии развитие эмоционального интеллекта, коммуникативных навыков, навыков регуляции эмоций и повышенной импульсивности в поведении. Целью психотерапевтических воздействий у подростков с зависимостью от ПАВ является поиск социально приемлемых форм рискованного поведения и самореализации, развитие зрелых смысло-жизненных ценностей и волевых навыков.

**И.А. Марголина, Н.В. Платонова, М.В. Иванов**

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ФИЗИЧЕСКОГО И СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ

**ФГБНУ «НЦПЗ» (Москва).**

Проблемы жестокого обращения с детьми вызывают в обществе большой резонанс. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включает в понятие «жестокое обращение с детьми» все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, следствием которых является фактический или потенциальный вред для здоровья ребенка и его развития.

Физическое насилие (ФН) это повреждающий психобиологический фактор, нарушающий как психическое, так и физическое развитие ребенка. Такое определение включает в себя как собственно физическое повреждение, так и сопутствующее ему психологическое/эмоциональное насилие в виде оскорбления, унижения и запугивания, которые вызывают у ребенка чувства обиды, тревоги, страха и паники. Феномен ФН неразрывно связан с пренебрежением правами ребенка на обеспечение физического благополучия и предоставление оптимальных условий для психофизического развития.*Хроническим внут-*

*рисемейным физическим насилием (*ХВФН*)* обозначаются все случаи неоднократного физического насилия по отношению к ребенку со стороны родителей или других членов семьи.

Под сексуальным насилием (СН) над детьми по данным ВОЗ понимается вовлечение ребенка в сексуальную активность, значение которой он полностью не осознает, на которую не может дать согласия, к которой не подготовлен уровнем своего развития и которая нарушает законы и социальные табу общества. СН является одной из самых тяжелых форм насилия над детьми. СН включает в себя как физическую, так и психологическую составляющие. Если ему подвергаются дети, личность которых еще формируется, это приводит к возникновению психических расстройств и нарушает весь ход последующего психического развития.*Внутрисемейным сексуальным насилием* является сексуальное насилие, которое совершено со стороны ближайших кровных родственников или лиц, их заменяющих, с которыми ребенок вместе проживает или часто общается. Все эти взрослые, как правило, обладают авторитетом для ребенка, он привязан к ним и находится в психологической и социальной зависимости от них. Данный тип сексуального насилия часто носит перманентный пролонгированный характер.

Насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к тяжелым психическим травмам. Психические травмы детства оказывают психогенное влияние на всю последующую жизнь ребенка, формирование его характера, психическое и физическое здоровье, адаптацию в обществе. Среди психопатологических последствий ФН и СН у детей отмечаются посттравматические стрессовые расстройства, расстройства личности, девиантное и аутодеструктивное поведение, ранний алкоголизм и наркомания, а также возможно возникновение психотических состояний.

Клинические подходы к определению ФН и СН проводятся по общему принципу, но с учетом особенностей каждого вида насилия и включают соматическую составляющую: общего педиатрический осмотр в том и другом случаях, гинекологический, урологический, проктологический в случае СН. Для *анализа клинических расстройств*, связанных с пережитым ФН и СН, применяются как традиционные методики оценки физического, психического и неврологического статуса ребенка, так и комплекс специальных методик.

Одной из основных задач клинико-психологической диагностики фактов ФН и СН является раскрытие способности жертвы воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, понимать характер и значение действий обвиняемого. Необходимо выявить особенности психических процессов, индивидуально-психологических характеристик, а также провести детальный анализ окружающей обстановки в ходе развития судебно-следственной ситуации.

Для оценки выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) могут использоваться следующие диагностические методики: клинические критерии диагностики стрессовых расстройств по МКБ-10 (рубрика F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F41, F42, F43, F48); «Родительская анкета для оценки травматических переживаний у детей» (в адаптации Н.В. Платоновой, 2014); Опросник на выявление симптомов ПТСР при насилии (С.А. Хусейн, В.Р. Холкомб, 1998); «Шкала оценки психических нарушений вследствие воздействия фактора хронического внутрисемейного физического насилия» (ШОПН) (Марголина И.А. с соавт., 2006); Полуструктурированное интервью K-SADS-PL (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) (раздел «Физическое насилие в семье», перевод и адаптация И.А. Марголиной, 2006); рисуночные методики. Рисунки детей могут использоваться как вспомогательный инструмент подтверждения факта насилия, их данные должны оцениваться в совокупности с другой информацией (клинической, психодиагностической, юридической и пр.).

Среди форм коррекции психических нарушений и психологических проблем у детей-жертв физического насилия и сексуальных злоупотреблений, применяемых в работе, следует выделить:

1. режимно-организационные мероприятия, которые выражаются в необходимом, часто принудительном разделении жертвы и насильника, а также в организации профессионального наблюдения за жертвой правоохранительными органами и органами опеки (нередко изъятие из семьи).

2. медикаментозные методы лечения (в их числе общепедиатрические - санация имеющихся отклонений общего состояния здоровья и общепсихиатрические - лечение психических нарушений, в т. ч. психофармакотерапия);

3. психокоррекционные мероприятия: арт-терапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой, сказкотерапия, а также сухой бассейн, сенсорная комната.

**И.Ю. Маргошина**

## ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

В современном информационно-техническом обществе в последнее время активизировалась проблема ухода подростков в мир виртуальной реальности, где одной из кибер-угроз является риски интернет-зависимости. Действительно, сегодня времяпрепровождение подростков в Сети стало одной из основных форм проведения досуга. Но уходя в пространство «он-лайн», подростки зачастую теряют на-

выки интерактивной коммуникации, взаимодействия со сверстниками и взрослыми в реальной жизни «оф-лайн» (С.В.Фадеева, 2012; G. Small, 2011). Интернет-зависимые подростки, испытывая сложности общения в реальной жизни, в последующем чувствуют свою несостоятельность в реальном мире и неспособность добиваться успеха, что сильно снижает самооценку. Они ограничиваются инфантильными задачами, не ставя для себя масштабных целей, что в последующем оказывает разрушительное действие на развитие в жизни подростка (Ивлева А.Н.,2009, В.Л.Малыгина, 2010, Т. Крузе,. 2014).

Актуальность сказанного выше определила **цель исследования**: изучить особенности общения у подростков с риском интернет-зависимости.

**Задачи**: 1. Охарактеризовать и сравнить специфику показателей общения у подростков с риском и без риска интернет-зависимости; 2. Выявить взаимосвязи риска интернет-зависимости с показателями общения у подростков; 3. Выявить проблемные аспекты показателей общения у подростков с риском интернет-зависимости.

**Предмет исследования**: риск интернет-зависимости и показатели общения.

**Объект исследования**: В ходе пилотного тестирования при помощи методики «Шкала интернет-зависимости Чена» было отобрано 36 человек подростков (с риском интернет-зависимости и без него). Подростки были разделены на две группы по критерию «риск интернет-зависимости». 1 группа - подростки с риском интернет-зависимости в количестве 18 человек, средний возраст 15 лет. 2 группа - подростки без риска интернет-зависимости в количестве 18 человек. Средний возраст 15 лет.

В исследовании были использованы следующие **методики**: 1. Шакала интернет-зависимости Чена в адаптации В. Малыгина и К. Феклисова; 2. Опросник межличностных отношений В.С. Шутца в адаптации А.Рукавишникова. 3. Методика «Направленности личности в общении» С.Л. Братченко, 4. Методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» В.В. Бойко. 5. Методика «Определение уровня конфликтоустойчивости» Ф.П. Фетискина. Также были использованы методы описательной статистики: анализ средних величин, сравнительный анализ (критерий Ману-Уитни), критерий ранговой корреляции Спирмена. Данные были обработаны при помощи компьютерной программы Statistica SPSS17.0. Исследование проводилось на базе ГБУ ДО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района» г. Санкт-Петербурга.

Основные **выводы** по результатам исследования:

1). Для подростков с риском интернет зависимости характерны такие особенности общения: стремление находиться в обществе, но не прилагать к этому усилия, так чтобы их приглашали сами; стремление быть в близких отношениях и проявлять теплые чувства; наиболее характерен для них манипулятивный стиль общения; в общении им трудно понимать собственные эмоциональные реакции и реакции партнера, сложно регулировать свои эмоции; средний уровень конфликтности, а также выражено стремление прекращать общение, если назревает конфликт.

2).Сравнительный анализ показателей общения между подростками двух групп позволил выявить следующие значимые различия, согласно которым у подростков с риском интернет-зависимости больше выражены авторитарная направленность в общении, ригидность, эгоцентризм. Они менее эмоционально эффективны: им труднее управлять эмоциями в общении, распознавать эмоциональное состояние у себя и у партнера, адекватно эмоционально реагировать.

3). Результаты корреляционного анализа показали, что у подростков высокий риск интернет-зависимости взаимосвязан с обесцениванием общения, и подростки также не мотивированы на поиск эмоциональной поддержки в контактах; у них снижается и сама потребность в общении - оно обесценивается. Снижение эффективности общения, проявляющееся в таких показателях, как: альтероцентристская направленность (т. е. ориентация на цели партнера), также снижается и стремление быть в близких, интимных отношениях с другими, проявлять к другим свои теплые и дружеские чувств. Снижение мотивации в поддержке со стороны собеседника у подростков способствует усилению негативной установки на собеседника, снижает тенденции быть гибкими в общении, усиливая тенденцию манипулировать окружающими; Повышение конфликтности в ситуациях межличностного взаимодействия взаимосвязано у подростков с тенденцией не контролировать свои эмоции в общении и эмоционально включаться в проблемы собеседника.

Таким образом, проблемными аспектами общения у подростков с риском интернет-зависимости стали:

- тенденция обесценивать общение и саму потребность в нем;
- низкая мотивация прилагать усилия для коммуникации с окружающими;
- закрытость и неискренность в сочетании с неадекватным эмоциональным реагированием в ситуации общения;
- общение с окружающими ради получения от них выгоды (манипуляция);
- отсутствие эмоциональной привязанности к собеседнику, чтобы избежать конфликтов.

**З.В. Масаева**

## ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО КАК ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОСТКОНФЛИКТНОСТИ

**Чеченский государственный университет (Грозный).**

Образовательное пространство обеспечивает важнейшую задачу в решении главных трудностей в современном мире. Основной проблемой нашего социума является преодоление общественной и социально-экономической нестабильности в межконфессиональных взаимоотношениях. В связи с чем основной целью современного образования является развитие креативно мыслящих, ответственных и духовно обогащенных жителей российского государства. Сохранение и дальнейшее развитие языкового и культурного многообразия будет способствовать решению нестабильности в коммуникативном взаимоотношении в условиях межконфессиональности.

В южной части России происходили локальные военные действия (Чеченская республика), которые повлекли утрату возможностей полилингвальной образовательной системы. После завершения военных событий в Чеченской республике наблюдался массовый отток русскоязычного населения, что привело к дефициту общения на русском языке, а также на иностранном языке, что, в свою очередь, повлияло на обеспечение психологической безопасности в образовательном пространстве. В данное время активно ведется работа в Чеченской республике по обеспечению психологической безопасности в образовательной среде через организацию полилингвальной образовательной среды. Главное, важно понимать, что одним из первых уровней общего образования является дошкольное образование, что соответственно показывает потребность обеспечения полилингвальной среды, начиная с дошкольного возраста [1, 4, 6].

Инициативное использование языка как средства общения и приобщения к культуре как средства обнаружения личности - настойчивая потребность современного образования. Актуальность полилингвального обучения обусловливается общей мировой тенденцией к объединении в экономической, культурной и политической сферах. С учетом этих тенденций оно обеспечивает личности обширный доступ к информации в разнообразных предметных областях, приобретение новой информации в соответствии с персональными нуждами, потенциалы непрерывного образования, что, в свою очередь, основывает дополнительные шансы соперничать на совместном европейском и мировом рынках специалистов.

Полилингвальное образование, в том числе и его дошкольная сфера, является лучшим средством для познания родного языка, для формирования диалектического мышления, для расширения кругозора, для развития поликультурной личности. Дошкольное образование анализируется как главная составляющая целостной сферы непрерывного образования. Дошкольное детство – уникальный период становления основ человека, когда совершается развитие общественно существенных качеств, в том числе актуализируется этнокультурная и гражданская идентичность дошкольников. Высокая интенсивность процесса развития человека в дошкольный период разрешает особенно результативно реализовывать педагогическое взаимодействие с ребенком и находить решение задачи его формирования, воспитания и обучения [2, 3, 5].

Развитие личности является существенной задачей педагогической науки, так как разрешает развить у любого ребенка представления о цели жизни. Сформировав образ среды, ребенок начинает сравнивать его с реальностью, искать или реформировать в соответствии со своими представлениями. В дошкольной образовательной организации от условий среды зависят воспитание и развитие ребенка. В развитии ребенка-дошкольника в полилингвальной среде необычную значимость заслуживает образование такого полисредового пространства, где он находится в различных средах и чувствует границы этих сред. Развитие гражданской идентичности вероятно при основании условий для наиболее совершенной реализации речевого развития личности дошкольного возраста, своего «Я», своих способностей и потенциалов, самовыражения и самораскрытия в обществе и в культуре своего народа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова И.В., Масаева З.В.Психологическая безопасность поликультурной образовательной среды // Проблемы современного педагогического образования. 2016. № 53-5. С. 258-264.

2. Кагермазова Л.Ц., Масаева З.В., Генердукаева З.Ш. Формирование гражданской идентичности в студенческой среде // Проблемы современного педагогического образования. 2016. № 52-3. С. 320-328.

3. Масаева З.В., Кагермазова Л.Ц. Проблема взаимосвязи языка и межкультурной коммуникации // Развитие современной науки: теоретические и прикладные аспекты. Сборник научных статей студентов, магистрантов, аспирантов, молодых ученых и преподавателей. - Пермь, 2016. С. 117-118.

4. Масаева З.В., Кагермазова Л.Ц. Психолого-педагогические особенности образовательного пространства постконфликтного региона // Проблемы современного педагогического образования. 2016. № 53-10. С. 279-285.

5. Масаева З.В., Ажиев М.В. Психологическое сопровождение безопасности образовательной системы в современных условиях //Наука и образование в жизни современного общества. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 12 частях. 2015. С. 94-95.

6. Мосиенко Л.В., Хажгалиева Г.Х. Развитие полилингвальной культуры как цель современного языкового образования // Вестник Оренбургского государственного университета. 2017. № 2 (202). С. 21-26.

**Т.С. Маслова**

## ПРОФИЛАКТИКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В СИСИТЕМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

Одной из острейших проблем современного общества является проблема суицида и самоповреждающего поведения среди детей и подростков. За последние годы число самоубийств среди подростков выросло в три раза. Степень распространенности самоповреждающего поведения в настоящее время трудно определить. По статистике, самоповреждающее поведение в большей степени распространено среди подростков. Самоповреждающее поведение – это поведение, направленное на освобождение или уменьшение негативных эмоций, а также связанное с ощущением невозможности действовать или чувствовать. Оно включает в себя причинение вреда своему телу (татуировки, пирсинги), самоизбиение, самоожоги, злоупотребление алкоголем и др. [3]. Самоповреждающее поведение может также сопровождать расстройства аутистического спектра с депрессией и тревогой. Те, кто наносят самоповреждения, в то же самое время благодаря этому получают облегчение и помощь, обретают спокойствие: им может быть трудно начать этот акт, но они знают, что облегчение последует. Источником самоповреждающего поведения может быть ненависть к себе. Оно может использоваться в качестве средства наказания за наличие сильных чувств.

Известно, что для подростков характерны импульсивные суицидальные действия. Их причинами являются ссоры с семьей, агрессивное и негативное отношение родителей, депрессия и др. В последнее время в закрытых социальных сетях стали замечать игры «Синий кит» или «Тихий дом», которые имеют прямую связь с суицидальными отклонениями. Эти игры увлекают подростков и с каждым днем втягивают все больше несовершеннолетних. Суть этой игры состоит в выполнении определенных заданий. Это могут быть просьбы вырезать на руке рисунок или наколоть иглой некий символ. На последнем этапе заданием может становиться самоубийство. Тем подросткам, которые хотят выйти из игры, угрожают расправой с семьей.

Статистика свидетельствует, что в начале 2017 г. игра «Синий кит» начала набирать особую популярность в России. Согласно мониторингу, с начала февраля выявлена в общем счете 1151 запись с признаками суицидального контента. Во многих регионах начали возрастать попытки суицида среди подростков, участвующих в этой игре. В республике Марий Эл также было зарегистрировано 3 случая детского суицида [4].

С целью профилактики самоповреждающего поведения в республике Марий Эл активно действует центр психолого-педагогической помощи ГБУ РМЭ РЦПППН «Доверие», который оказывает социально-психологическую и социально-педагогическую помощь семьям с детьми, находящимся в трудных жизненных ситуациях. Психологическая помощь специалистов данного Центра направлена на определение конкретных способов адаптации ребенка, которая способствует поддержанию и формированию социально-психологического здоровья. Психологи и социальные педагоги оказывают социально-психологические и социально-педагогические услуги, которые способствуют успешному развитию детей и подростков различных возрастных категорий, осуществляют профилактику самоповреждающего поведения.

Кроме этого, известен своей социальной активностью педагогический отряд «Милосердие», который имеет более чем 20-летний опыт по профилактике девиантного поведения подростков [1, 2].

Опыт волонтерской работы показывает, что важно проводить беседы не только с детьми, но и с родителями. Матери и отцы должны больше общаться детьми, проявлять свою любовь и заботу, находить время заниматься с ребенком новыми делами. Подростку необходимо соблюдать режим дня. Взрослые должны сделать так, чтобы ребенок понимал, что они готовы ему помочь в любой ситуации. Семья не должна оставлять ребенка один на один со своими проблемами. Для этого необходимо чаще говорить с ребенком: расспросить о том, что его волнует, кем хочет стать, чего достичь и что бы он хотел получить в итоге решения своих проблем. Также причинами суицидов среди подростков может быть и нарушения межличностных отношений в школе, где также необходимо проводить работу по профилактике суицидов. Например, вовлечь учащихся в социально-значимые виды деятельности, в том числе и во внеурочной сфере.

Таким образом, для профилактики суицидов и самоповреждающего поведения детей и подростков важно взаимодействие всех социальных институтов – семьи, школы, семейно–соседского окружения, общественных организаций и др. Только так, «всем миром», можно противостоять этой негативной тенденции.

ЛИТЕРАТУРА

1.Морова Н.С., Грунина С.О. Формирование сознательной активности студентов в условиях воспитательной системы педагогического вуза. Монография / Морова Н.С., Грунина С.О. ГОУ ВПО «Марийский государственный педагогический институт им. Н.К. Крупской», г. Йошкар–Ола, 2007 – 103 с.

2.Морова Н.С., Почитаева М.В. Подготовка специалистов высшей школы в системе дополнительного образования детей. Монография / Морова Н.С., Почитаева М.В. ФГБОУ ВПО «Марийский государственный университет», г. Йошкар–Ола, 2013. – 156 с.

3.Польская Н.А. Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте // Известия Саратовского университета. Сер. Философия. Психология. Т.10, вып. 1, 2010. - 152 с.

4.Игра Синий кит, 2017 [Электронный ресурс]: последние новости и данные о смертях. - Режим доступа: htts://sputnik-georgia.ru/ Igra-Sinij-kit-2017-poslednie-novosti-i-dannye-o-smertjah.html - (Дата обращения 19.07.2017).

**И.Ю. Машкова, Е.В. Семакова**

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ СТРУКТУРЫ ДЕФЕКТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА[5]

**ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет» (Смоленск).**

Разработка нейропсихологической теории аутизма представляет актуальную задачу для отечественной и зарубежной науки. Основой нейропсихологической диагностики и синдромологии послужили труды отечественных физиологов и нейропсихологов: П.К. Анохина, Л.С. Выготского, Н.А. Бернштейна, А.Р. Лурия и их учеников. Было сформулировано представление о нейропсихологическом синдроме как закономерном сочетании различных нарушений психических функций вследствие повреждения или выпадения определенного звена функциональной системы. А.Р. Лурия разделил структуры головного мозга на три функциональных блока: энергетический, информационный, блок программирования и контроля. В луриевской нейропсихологии выделены три уровня анализа нейропсихологических факторов: морфологический (указание на те мозговые образования, поражение которых вызывает определенный нейропсихологический синдром); функциональный (физиологические процессы, которые протекают в определенных мозговых образованиях и объединяются в единую функциональную систему, ответственную за психическую функцию и ее нарушения); психологический (указание на ту роль, которую играет данный фактор в осуществлении различных психологических функций).

В развитии нейропсихологические теории аутизма можно выделить различные подходы. Наряду с теорией нарушения программирования и контроля (Ozonoff et al., 1991;Wehner & Rogers, 1994; Baron-Cohen, 2001; Hill, 2004; и др.), лимбической теорией (Dawson et al., 1998) и представлениями о дисфункции правополушарных структур у детей с аутистическими расстройствами (Строганова и др., 2011; Shields, 1991) высказываются предположения о слабости процессов активации вследствие недостаточности подкорковых структур (Московичюте, 1998; Rourke, 1995; Bosch, 1970; Gepner, Féron, 2009). Наибольшее распространение получила теория слабости центрального связывания (Happe, 1999; Shah & Frith, 1993). Несомненный интерес представляет уровневый онтогенетический подход в понимании аутистического расстройства, предложенный Т.Г. Горячевой и Ю.В.Никитиной (2011) в разработке метода сенсомоторной коррекции. Существующие теории аутизма стоит рассматривать не в качестве альтернатив, а скорее как взаимодополняющие, раскрывающие отдельные механизмы расстройства и патогенетическое единство симптоматики аутизма на биологическом уровне.

Перспективным нам представляется использование расширенной системы показателей (нейропсихологических, клинических и др.) с целью выявления специфики процессов и определяющих их факторов при аутизме, построения уровневой модели дефекта для совершенствования технологий нейропсихологической коррекции расстройств аутистического спектра.

**Методы исследования.** 1. Луриевский метод нейропсихологического исследования и синдромального анализа с использованием современных нейропсихологических проб (Т.В. Ахутина, 2008). 2. Метод уровневой дифференциации нарушений психических функций.

В процессе нейропсихологической диагностики детей с РАС были выявлены:

- Нарушения первого функционального блока: патофеномены, свидетельствующие о вовлечении подкорковых образований мозга, явления инертности и истощаемости нервно-психических процессов, моторная неловкость за счет мышечной диссенергии, дисдиадохокинеза, отражающая несформированность межполушарных взаимодействий;
- Нарушения второго функционального блока: нарушение идеомоторного праксиса с нарушением спонтанных действий, действий по заданию и подражанию, нарушения мануального, орального, артикуляционного праксиса, трудности пространственной организации двигательной активности. Среди функций восприятия более сохранны цветовой, зрительный, симультанный гнозис. В распознавании сложных, наложенных или зашумленных фигур опорой выступают второстепенные элементы и даже «помехи», тогда как основные составляющие зрительного образа игнорируются. Фрагментарность восприятия проявляется в выраженном нарушении сукцессивного гнозиса.
- Нарушения третьего функционального блока: несовершенство произвольной саморегуляции. Коммуникативное взаимодействие с окружающими нарушено, носит инструментальный или реактивный характер. Выраженное нарушение телесной синергии во взаимодействии с матерью. Игровая деятельность формируется со значительной задержкой. Затруднено формирование символических действий. В целом снижены познавательная деятельность и спонтанный познавательный интерес. Степень понимания устной речи и языка жестов различна.

По результатам проведенного исследования можно говорить о проблемах трех функциональных блоков: нарушения первого и второго уровня служат предпосылками специфических нарушений формирования третьего блока. Речь идет о нарушении процессов активации вследствие недостаточности

[5] Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта: «Введение и адаптация нейропсихологической технологии в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка» № 17-16-67017 а/р.

подкорковых структур, вызванных повреждением в анте- и пренатальном периодах развития (морфологический уровень). Для всех обследуемых характерны признаки повреждения или функциональной несформированности межполушарных взаимодействий. Слабость процессов активации и несовершенство межполушарных связей проявляется в нарушении центрального связывания, доминировании фрагментарной стратегии обработки информации, затрудняющей формирование целого, объединенного общим смыслом (функциональный уровень). Этим объясняется, с одной стороны, склонность аутистов фиксировать внимание на отдельных свойствах предмета и использовать их изолированно, в отрыве от контекстного применения, а с другой стороны, затруднение в формировании символических функций. На психологическом уровне это приводит к нарушению социальных представлений и навыков, страдает развитие всех видов деятельности, обусловленных социальным взаимодействием (коммуникативная, игровая, познавательная, учебная).

Итак, мы видим, что структура дефекта при аутизме имеет уровневую организацию. Это обусловливает необходимость разработки уровневой модели нейропсихологогической помощи детям с РАС, основанной на выявлении хронологической последовательности созревания высших психических функций с учетом критических периодов в их формировании.

**Д.Р. Мерзлякова**

## ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ «ВЫГОРАНИЕ» КАК МЕТАИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕДАГОГА НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

**Удмуртский государственный университет, Институт гражданской защиты, кафедра безопасности жизнедеятельности (Ижевск).**

Термин и понятие «метаиндивидуальность» (от греческого «meta» - «сверх, после») обязаны своим рождением двум отечественным психологам - В.С. Мерлину и А.В. Петровскому. В.С. Мерлин рассматривал проблему метаиндивидуального мира в контексте теории интегральной индивидуальности [1]. Теория интегрального исследования индивидуальности (или интегральной индивидуальности) сначала возникла в русле дифференциальной психофизиологии, затем приняла фактически междисциплинарный характер в области наук о человеке [1]. Если рассматривать интегральную индивидуальность человека как самостоятельную систему с имманентно присущей ей самостью, то это будет одна ее сторона - интраиндивидуальная, которая не может быть выведена из особенностей ее восприятия или отношения к ней других людей. Но когда встает вопрос об отношении окружающих людей к данной индивидуальности или, наоборот, о вкладе индивидуальности в жизнь других людей, обнаруживается еще одна сторона индивидуальности - ее метаиндивидуальный уровень [2]. Метаиндивидуальность рассматривается В.С. Мерлиным как некоторое продолжение либо альтернатива интраиндивидуальности, обозначающая неповторимое взаимосочетание биохимических, соматических, нейродинамических, психодинамических, личностных и социально-психологических свойств человека как субъекта жизнедеятельности. Вокруг каждого человека в конкретной социальной группе создается особая психологическая атмосфера, проявляющаяся, с одной стороны, в субъективном отклике группы на индивидуальность, а с другой — в том влиянии, которое индивидуальность оказывает на сознание и деятельность окружающих людей [2].

На наш взгляд, подверженность синдрому профессионального «выгорания» является метаиндивидуальной характеристикой учителя. Рассмотрим те изменения, происходящие с учениками начальной школы под влиянием педагога с синдромом профессионального «выгорания», то есть, определим то влияние, которое педагог с синдромом профессионального «выгорания» оказывает на личностные характеристики и успешность учебной деятельности ученика. По нашему мнению, синдром профессионального «выгорания» педагога как комплекс симптомов, проявляющийся истощением, формированием негативных установок по отношению к другим, развитием негативного отношения к себе, своим профессиональным достижениям, будет оказывать существенное влияние на развитие учеников начальной школы. Влиянию педагога на ученика соответствует термин метахарактеристика.

Рассмотрим критерии метаиндивидуальных характеристик и их соответствие подверженности синдрому профессионального «выгорания» учителя начальных классов. Метаиндивидуальные характеристики учителей начальной школы, по мнению Б. А. Вяткина, должны отвечать ряду критериев:

– Быть профессионально значимой в работе учителя, т. е. проявляться в разнообразном спектре педагогических реалий либо как перцептивная, либо как способная воздействовать, либо демонстрирующая умение владеть собой и т. д. Профессиональное «выгорание» негативно влияет на профессиональное развитие педагога, поэтому проявляется во всех сферах деятельности педагога [3].

– Существенно влиять на процессы взаимодействия учителя и ученика — либо количественно (например, сужая или расширяя круг общения), либо качественно (значительно видоизменяя его). Одним из компонентов профессионального «выгорания» является цинизм по отношению к субъектам своего труда. То есть будут присутствовать количественные и качественные изменения взаимоотношений ученика и учителя [3].

– Иметь интегративный характер, т. е. в ее формировании и функционировании должны участвовать достаточно широкие пласты индивидуальности [3]. Так, например, Н.В. Гришина считает, что «выгорание» - плата не за сочувствие людям, а за свои нереализованные жизненные ожидания [4].

Таким образом, учитель начальной школы с синдромом профессионального «выгорания» будет оказывать влияние на развитие личностных характеристик ученика. Так как ведущей деятельностью школьника, обучающегося в начальной школе, является учебная, то влияние «выгоревшего» учителя будет распространяться на эту сферу деятельности ученика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерлин В.С. Личность как предмет психологического исследования: Учебное пособие к спецкурсу «Основы психологии личности». - Пермь: ПГПИ, 1988. - 80 с.

2. Дорфман Л.Я. Метаиндивидуальный мир. - М.: Смысл, 2008. - 587 с.

3. Вяткин Б.А. Метаиндивидуальность и ее проявления у учителей начальных классов // Вопросы психологии. - 2001. - № 3. - С. 70-74.

4. Гришина Н.В. Психология конфликта – СПб.: «Питер», 2010. – 464 с.

**Н.В. Мешкова**

## К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ И АСОЦИАЛЬНОЙ КРЕАТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ[6]

**ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).**

Анализ результатов зарубежных исследований креативности позволяет выделить актуальные проблемы, без учета которых педагогические усилия по развитию креативности у детей и подростков не могут быть обречены на успех. Во-первых, для выявления и реализации креативного потенциала требуется создание специальных условий (Мешкова, 2015). Это означает необходимость мотивирования обследуемого и использования нескольких диагностических методик. Во-вторых, реализация креативности в девиантном и криминальном поведении заставляет задуматься о том, как, развивая креативность школьников, не допустить, чтобы творческий потенциал использовался ими для нанесения вреда другим людям (Мешкова, Ениколопов, 2016а; 2016б).

Вопрос об универсальности и специфичности феномена креативности в различных областях деятельности остается одним из основных в исследовании креативности (Julmi, Scherm, 2015). На наш взгляд, социальная креативность универсальна, поскольку необходима для решения возникающих проблем и в профессиональной деятельности, и в межличностных/межгрупповых конфликтах, и в обыденной жизни. По критерию отсутствия/наличия вреда в результате оригинального решения проблемы выделяется несколько видов креативности: социальная, антисоциальная и негативная. Намеренный вред наносится в результате террористических актов, мошенничества и других криминальных деяний, а также различных видов девиантного поведения.

Под социальной креативностью мы понимаем оригинальные решения в социальных ситуациях, максимально соблюдающие интересы всех участников, вовлеченных в ситуацию (Мешкова, Ениколопов, 2016б); соответственно, асоциальную креативность можно рассматривать как оригинальные решения, учитывающие только собственные интересы субъекта и нисколько интересы других людей, вовлеченных в ситуацию.

Социальная креативность исследуется с помощью ряда методов, среди которых опросники, самоотчеты и проблемные ситуации. Представляется, что наиболее подходящими для выявления креативности в социальном взаимодействии являются социальные ситуации, к достоинствам которых можно отнести, во-первых, объективность, а, во-вторых, возможность применения для диагностики испытуемых разных возрастов. В качестве иллюстрации приведем данные, полученные нами в пилотажном исследовании при апробации на российской выборке опросника, разработанного под руководством М. Ранко (Hao N., et al., 2016). Так, учащимся 10-х классов одной из Московских школ было предложено нейтральное задание на «доброжелательную» креативность «Придумать как можно больше оригинальных поздравлений друга с днем рождения». Некоторые ответы можно было классифицировать как агрессивные и явно не учитывающие интересы всех вовлеченных в ситуацию: «облить друга ведром холодной воды при всех, а затем подарить подарок»; «разбудить друга ночью, сначала напугать, а потом поздравить всем классом», а также как ненамеренно (негативная креативность) приносящие вред, например, «прийти к нему в 5 утра всем классом».

Пример ситуации, направленной непосредственно на выявление антисоциальной креативности, представлен коллективом авторов под руководством М. Ранко: придумать как можно больше идей скрытой мести за нанесенный ущерб (Hao N., et al., 2016). Наше пилотажное исследование, показало, что, во-первых, уровень социальной креативности при решении проблем в социальном взаимодействии ситуативен и значимо отличается в ситуациях, угрожающих ценностям испытуемых, по сравнению с

[6]Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 17-06-00608.

нейтральной ситуацией. Во-вторых, валентность ответов может как соответствовать, так и не соответствовать типу социальной ситуации, и опосредуется данный факт такими психологическими характеристиками, как враждебность, агрессивность, поиск новизны.

ЛИТЕРАТУРА

1.Мешкова Н.В. Современные зарубежные исследования креативности: социально-психологический аспект // Социальная психология и общество. 2015. Том 6. № 2. С. 8–21.

2.Мешкова Н.В., Ениколопов С.Н. Направления исследований креативности в социальном взаимодействии // Вопросы психологии. 2016а. № 4. С. 118–128.

3.Мешкова Н.В., Ениколопов С.Н. О психологических исследованиях асоциальной креативности // Психологические исследования. 2016б. Т. 9, № 50. С. 3. URL: http://psystudy.ru (дата обращения: 03.01.2017).

4.Hao N., Tang M., Yang J., Wang Q., Runco M.A. A New Tool to Measure Malevolent Creativity: The Malevolent Creativity Behavior Scale // Front. Psychol. 2016. Vol. 7. P. 682.

5.Julmi C., Scherm E. The Domain-Specificity of Creativity: Insights from New Phenomenology // Creativity Research Journal. 2015. Vol. 27:2. P. 151-159. doi: 10.1080/10400419.2015.1030310

**А.В. Милежик, А.В. Усов**

## ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ АРХЕОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕДИЦИИ КАК РАЗВИВАЮЩЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ СРЕДЫ

**ФГКОУ ВО «Дальневосточный юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации», Владивостокский филиал (Владивосток).**

В настоящее время в социально-педагогической практике остро стоит вопрос о внедрении таких форм организации воспитательной работы с подростками, имеющими девиации в поведении, осуществление которых в наибольшей степени позволили бы смоделировать развивающую среду [1]. Принято считать, что с процессом взросления снижаются возможности компенсации и эффективность коррекции уменьшается. В связи с этим необходимо подбирать наиболее эффективные, функционально емкие и в тоже время наиболее экономичные технологии работы. Социальные психологи и педагоги в своей деятельности используют разнообразные методы психологической коррекции. Однако, нельзя не согласится с положительным опытом О.И. Хорошевой о том, что «есть методы и формы коррекционно-развивающей работы, которые заслуживают особенного внимания, т. е. дают за короткий срок наиболее эффективное воздействие на подростка с высокой позитивной динамикой» [2].

Педагог-психолог О.И. Хорошева апробировала на практике современное направление − программу социального педагога С.М. Зеленковой по воспитанию, развитию и коррекции школьной и социальной дизадаптации в работе с трудными подростками [3]. В основе программы - идея создания развивающей, воспитывающей среды. В искусственно структурированную среду помещают подростка или группу и оказывают педагогическое, психологическое, в какой-то степени шоковое воздействие на все стороны личности.

Попадая в новые социальные условия жизни, подросток учится выживать в трудных, экстремальных ситуациях жизни, испытывает яркие эмоции, получает новую информацию, развивает физические, духовные и социальные стороны личности, и через проявление новых форм самореализации у него происходит формирование положительной социальной ответственности.

Подобные изменения в личности трудных подростков авторам настоящей статьи неоднократно приходилось наблюдать в условиях археологических экспедиций. Наблюдаемые нами трудные подростки возрастом 12-17 лет до археологических экспедиций имели различные проблемы: конфликты в семье, трудности в социальной адаптации, некоторые из них страдали от различных форм игровой зависимости (гэмблинга). В экспедиции (длительностью от 28 дней до 3 месяцев) каждый подросток проходит психологическую проверку. Он видит, насколько соответствует требованиям среды, какой его рейтинг не только среди подростков, но и волонтеров, научных работников. Совместный труд и общение с людьми, имеющими широкий кругозор, – это способ узнать что-то новое для себя и о себе, развить коммуникативные навыки, получить свежий опыт иных моделей поведения, сформировать представление об интересных профессиях.

Стабильная жизнь и включенность в широкий социум с идеальной целью (извлечение научного материала из культурного слоя), ради которой трудится весь коллектив экспедиции, позволяют раскрыть новые возможности для подростка, освоить и реализовать непохожие на прежние формы поведения, а также приобрести умения и навыки для позитивной социальной адаптации. В таких условиях у подростка формируются другие критерии оценки жизненных ситуаций во времени и продуктивности, происходит переоценка ценностей, решаются морально–этические задачи. В условиях экспедиции подростки учатся самостоятельно определять стиль жизни, строить отношения с людьми разного возраста, формировать круг общения.

Безусловно, проживание такого опыта помогает понять подростку, что формирование схожей среды возможно в его повседневной жизни, и показывает, что в его силах сделать разумный выбор по перестройке сегодняшнего себя. Многие из трудных подростков, прошедших школу полевой жизни в условиях археологических экспедиций, в настоящее время вполне социально адаптированы: являются студентами престижных высших учебных заведений (в т. ч. медицинского университета), конфликты с родственниками прекратились, азартные игры выпали из поля их интересов.

Необходимо наладить более тесное взаимодействие между детско-юношескими организациями и учебно-научными учреждениями (занимающимися организацией экспедиций) для широкого внедрения положительного опыта педагогической коррекции и профилактики девиантного поведения подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1.Кудашов Г.Н. Лето в палатках. Социально-педагогический потенциал детско-юношеских оздоровительно-образовательных полевых (палаточных) лагерей и комплексных подростково-молодёжных экспедиций. Тюмень, 2004. 157 с.

2.Хорошева О.И. Отчет о работе с трудными подростками в археологической экспедиции по раскопкам древнего греческого города «Гермонасса» в период 10 июля–28 июля 2012 г. педагога–психолога ГБОУ школы–интерната № 42 Хорошевой О.И. [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.archae.ru/news/news_257.html.

3.Зеленкова С.М. Детско-подростковая экспедиция: коррекция и профилактика девиантного поведения // Социальная педагогика. 2011. № 3. С. 75-81.

**А.А.Мирошниченко**

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ КАК УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ДИДАКТОГЕНИИ

**ФГБОУ ВО «Глазовский государственный педагогический институт им. В.Г. Короленко» (Глазов).**

Дидактогения как термин почти не присутствует в лексиконе педагогического образования и профессиональной деятельности учителей. Как реальность - непрерывно сопровождает взаимодействие участников образовательных отношений. Признаем, различные проявления педагогического насилия существуют на всех уровнях образования. Их объем и динамику невозможно оценить. Проблема не в том, что эти данные скрывают. Проблема в том, что в системе образования их мало кто пытается измерить. В лучшем случае считается, что дидактогения - это специфика методики или незначительная погрешность в деятельности учителя. В худшем случае – существование педагогического насилия игнорируется. Подтверждение сказанному - отсутствие интереса к дидактогении со стороны прикладного (методического) компонента педагогической науки при общем декларировании приоритета интересов обучающегося педагогикой теоретической.

Признавая учителя основным источником дидактогении в общеобразовательной организации, условно, разделим их на три группы. К первой группе (самой малочисленной) относятся учителя, которые становятся источником дидактогении вследствие случайных методических ошибок. Как правило, это учителя, сознательно избравшие свою профессию, не разочаровавшиеся в ней и стоящие на позициях гуманной педагогики. Допущенные ими ошибки фрагментарны. Количество ошибок уменьшается, а их последствия компенсируются с ростом опыта профессиональной деятельности, дополнительной психолого-педагогической (методической) подготовки (самоподготовки) учителей. Вторую по численности группу составляют учителя, для которых дидактогения является обязательным компонентом методики преподавания. «Будет бояться – будет учить»; к сожалению, этот тезис в полной мере определяет стиль их работы. Перенос в образовательные организации из бизнеса и силовых структур практик, ориентированных на подготовку лидера и «выживание сильнейшего», только увеличил численность второй группы. Более того, учителя, входящие в нее, авторитетны для неформальных лидеров в классе и администрации образовательных организаций. У них, как правило, нет проблем с дисциплиной на уроках, а выполнение формальных показателей гарантируют материальное стимулирование и карьерный рост. Третья группа учителей (самая многочисленная) сама подвержена дидактогении. Ее участники проектируют проявления собственного синдрома педагогического насилия на своих обучающихся. Формированию третьей группы способствовал переход системы образования в сферу услуг, изменение статуса и миссии учителя. Следствием такого перехода явились приоритетность оценки качества образования по формальным показателям и связь формальных показателей с системой оценки деятельности учителя. Значительная численность второй и третьей групп требует действий по изменению системы оценки деятельности педагога. Она должна стать комплексной и основываться на квалиметрическом подходе.

На основании принципов закона «Об образовании в Российской Федерации» система образования должна адаптироваться к уровню подготовки, особенностям развития, способностям и интересам человека. Для реализации адаптационных процессов образование следует рассматривать как последовательность личностно ориентированных временных этапов, на которых обеспечивается взаимодействие уча-

стников образовательных отношений. Примерами таких временных этапов является урок, классный час, практика, четверть, семестр, учебный год. Сегодня качество образования на каждом этапе как индикатор адаптационных процессов и деятельности учителя связано только с учебными достижениями. Анализу того, какими способами и за счет каких ресурсов организма обучающегося они достигнуты, не уделяется должного внимания. Для придания личностно ориентированной направленности каждому этапу следует:

- Во-первых, расширить число характеристик, отражающих качество образования. Кроме результатов учебных достижений у обучающегося они должны отражать его достижения в социокультурной и психолого-физиологической сфере.

- Во-вторых, перейти к комплексной оценке деятельности учителя. Следует признать, что единственным объективным критерием качества образования (следовательно, деятельности учителя) является позитивная динамика развития конкретного обучающегося, отражающая его достижения в учебной, социокультурной и психолого-физиологической сфере.

- В-третьих, при определении динамики развития отказываться от существующей практики сопоставления достижений конкретного обучающегося с достижениями абстрактного «среднего обучающегося». Сопоставлять необходимо достижения конкретного обучающимся, которые были «вчера» и есть «сегодня».

Результаты сопоставления позволят объективно оценить роль учителя в формировании дидактогении у конкретного обучающегося. Оценка роли будет независимой от статуса учителя, образовательной организации и специфики класса и учебного предмета. Такая оценка для педагога – это возможность осознать себя источником или жертвой дидактогении, провести корректировку методики преподавания или принять решение об уходе из профессии. Для администрации она - возможность оценивать качество образования не только по формальным показателям и обеспечить профилактику дидактогении в организации. Для обучающегося - возможность получить образование, качество которого настоящее, а не декларируемое.

**А.С. Мищенко**

## СОЦИАЛИЗАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ КАК ПАРАДИГМАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ЕЕ ИНТЕГРАЦИИ В ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО

**Общественное объединение «Непрерывное образование для всех» (Санкт-Петербург).**

Социализация и профессионализация учащейся молодежи сопряжены с исследованием системы социально-экономических и духовных условий ее жизнедеятельности в обществе, с изучением сущности личностного потенциала учащихся, с формированием у них потребности быть активным субъектом современного гражданского общества. Такой научный анализ позволяет рассмотреть их формирование в качестве будущих специалистов не только с точки зрения функциональной подготовки, но и с точки зрения общественных механизмов интеграции учащейся молодежи в гражданское общество.

В ходе многолетнего исследования, которое проводилось среди учащихся профессиональных колледжей и лицеев Санкт-Петербурга в период 1994–2016 гг., был выявлены ключевые тенденции интеграции учащейся молодежи в современное гражданское общество. Некоторые из этих тенденций уже были нами раскрыты в ряде публикаций [1–4].

Во-первых, – тенденции, связанные с усилением социальной и экономической неустойчивости молодежи в современном российском обществе (безработица и т. п.), с расширением ее экономических контактов и социальных взаимодействий с новыми субъектами общественного производства: с представителями теневых структур наемного труда, с владельцами средств и условий производства и т.п.

Во-вторых, – тенденции, выражавшие потребность усиления социально-экономических и социально-педагогических позиций профессиональных лицеев и колледжей в качестве субъектов рыночной экономики, необходимость расширения их типов в качестве базовых условий повышения эффективности социокультурной и профессиональной интеграции молодежи в современное гражданское общество.

В-третьих, – тенденции институциализации производительного труда учащейся молодежи как элемента движения капитала и интегративного фактора ее социокультурного и профессионального становления в качестве субъекта гражданского общества, в том числе усиления у молодежи ценностной значимости профессиональной подготовки интегративного типа (по сравнению с получением узкопрофессиональных знаний и навыков), повышения ее конкурентоспособности на рынке труда и активизации «меркантильных» установок в области профессиональной и трудовой мотивации учащихся профессиональной школы.

В-четвертых, – тенденции укрепления самостоятельности учащихся профессиональных лицеев и колледжей при принятии ими жизненно важных решений и совершении социально значимых поступков, усиления горизонтальной профессиональной мобильности и повышения их готовности к высокой социальной мобильности в рамках современного общества.

В-пятых, – тенденции снижения социокультурного потенциала свободного времени учащихся как пространства развития их личности, с одной стороны, уменьшения значимости в молодежной среде ряда культуро-ориентированных видов деятельности: чтения, посещения театров, художественных выста-

вок и т. п., а с другой стороны, – усиления зависимости социокультурного потенциала учащихся средней профессиональной школы, их девиантного поведения при слабой интеграции в современное гражданское общество.

Наши многолетние исследования показали, что интеграция учащейся молодежи в современное гражданское общество, ее социализация и профессионализация, а также формирование ее ценностной системы приобрели в последние десятилетия новую трактовку и новое практическое значение.

Современной социализации подростков присущи четыре ключевые тенденции. Во-первых, в обществе и молодежной среде резко изменилась система социальных ценностей: новые – рыночные и демократические – ценности за последние десятилетия стали критериально-нормативной парадигмой формирования подрастающего поколения. Во-вторых, – за эти годы существенно изменились и методы социализации. Если раньше – в рамках советского строя – социализация молодежи происходила в основном под бдительным идеологическим патронажем взрослого поколения, то в последние десятилетия ее интеграция в гражданское общество шла по пути усиления личностной самоориентации и самоорганизации. В-третьих, – такое усиление индивидуализации молодых людей вызвало к жизни «экстремальные» варианты расслоения молодежи по социальным группам, в рамках которых учащаяся молодежь руководствовалась самыми разными наборами критериев, норм и правил (на это указывает весь опыт экономических и политических реформ в современной России): вместо единой, универсальной модели социализации учащейся молодежи за последние десятилетия появилась целая гамма новых моделей такого рода. В-четвертых, – теперь интеграция учащейся молодежи в гражданское общество все более и более увязывается с ее профессиональной подготовкой и конкурентоспособностью в сфере общественного производства и на рынке труда. Это во многом определяет и будет в будущем определять степень реализации учащимися своих профессиональных знаний, умений и навыков, их социальной и политико-гражданской «самости». Это, на наш взгляд, может позволить учащейся молодежи найти и отстоять свое место в российском обществе XXI века.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мищенко А.С., Клюшкин В.И. Учащиеся начальной и средней профессиональной школы как субъекты производительного труда и гражданского общества: Глава в монографию / А.С. Мищенко, В.И. Клюшкин // Образ человека будущего: К*ого и Как* воспитывать в подрастающих поколениях: коллективная монография – Т. 3. / Под ред. О.А. Базалука - К: МФКО, 2013г. – Т. 3. – С. 148–176.

2. Мищенко А.С. Отношение учащихся лицеев и колледжей к непрерывному профессиональному развитию: социальные, образовательные и личностные факторы: раздел монографии // Профессионалы в эпоху реформ: динамика идеологии, статуса и ценностей: Коллективная монография. / Под ред. В.А. Мансурова. – М.: Институт социологии РАН / Российское общество социологов, 2013. – С. 299–311.

3. Мищенко А.С., Клюшкин В.И., Федоров А.В. Молодежь средней профессиональной школы: ее труд, гражданское воспитание и свободное время в постсоветскую эпоху: Науч. статья / В.И. Клюшкин, А.С. Мищенко, А.В. Федоров // Молодежная политика, воспитательная и патриотическая работа: практика XXI века. Материалы Всероссийской научно-практической конференции / под общ. редакцией М.В. Юдина, ФГБОУ ВПО «РГУТиС».– СПб.: Изд-во ФГБОУ ВПО «РГУТиС», 2014. - С. 50 - 57.

4. Мищенко, А.С. Формирование профессиональной культуры и ценностей молодежи: опыт многолетнего социологического мониторинга // Профессиональное образование: отечественный опыт и международные практики / Сборник статей VII междунар. науч. чтений / Под науч. ред. Т.Ю. Ломакиной. - М.: ФГБНУ «Институт стратегии развития РАО», 2015. - С. 51-55.

**Ю.Б. Можгинский**

## АГРЕССИЯ ПОДРОСТКОВ: ИНТЕГРАТИВНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Теории агрессивного поведения затрагивают множество аспектов из области психологии, философии, физиологии и т. д. Такая ситуация напоминает нынешнее состояние с теориями психоанализа – с их нюансами и переплетением вопросов «обыденной жизни», клинической практики, философии и психологии. При таком разнообразии воззрений на агрессию психопатологический аспект данной проблемы, важный в практическом отношении, изучен недостаточно.

В описании этиологии агрессивного поведения можно выделить несколько «устоявшихся» кластеров. Нейро-физиологические исследования подтверждают, что снижение в спинномозговой жидкости основного метаболита серотонина – 5 гидроксииндолуксусной кислоты увеличивает риск агрессивного поведения (ван Праг Г.М, 1994). На этом построена ее фармакологическая коррекция – применение препаратов СИОЗС. Однако многие биохимики подчеркивают разнообразие медиаторов, а нейрофизиологи ищут иные механизмы регуляции психических функций. Так что ограниченный эффект антиагрессивного действия СИОЗС имеет веские основания.

Биологическую основу агрессии отстаивал прежде всего З. Фрейд, который постулировал сущест-

вование Эроса и Танатоса. Важными фигурами в биологической парадигме агрессии являются К. Лоренц (1942) и К. Мейнингер (1942). Первый придавал агрессии значение инстинкта, в том числе с положительным знаком, у всех представителей животного мира, а второй - доказывал позитивную роль агрессии у человека, завоевывающего себе жизненное пространство. Социокультурная модель (Ремшмидт Г., 1992 и мн. др.) представляет человека изначально непорочным, а генез агрессивного развития связывает с «отрицательной» социализацией. К данной концепции примыкает бихевиоральная модель агрессивного поведения (Басс А., 1961; Бандура А., 1973), подкупающая своим стройным и логичным подходом к психотерапии агрессивного синдрома. Фрустрационная модель Л. Берковица (1981), Н. Миллера (1948), Д. Долларда (1939) емко и, к сожалению, весьма пессимистично сформулирована так: к освобождению от агрессивной энергии ведет не катарсис или смещение на иной объект, а, увы, достижение агрессивной цели (Берковиц Л., 1981). Наконец, экзистенциальный аспект агрессии относится к ее, с позволения сказать, духовно-онтологическим истокам. Они представлены в трудах Р. Мэя (2001), П. Тиллиха (1952), Р. Ассаджиоли (1997). Согласно названной концепции, агрессия вспыхивает в процессе разрушения целостности личности и выходе на авансцену «демонов поведения».

Что же способно объединить существующие концепции агрессии? Нам представляется наиболее правильным рассматривать ее в рамках патологии инстинктивной сферы с присущим ей аффективным компонентом. Подобно игромании, наркомании, компульсивному перееданию и другим патологически измененным инстинктам, агрессия связана с «подводной» тревогой и депрессией. «Неоправданные», патологические агрессивные действия во-многом обусловлены внутренней маскированной тревогой. Данная концепция близка к понятию «рискованного поведения» (V.Carli, T. Durkee, D.Wasserman, et al., 2013), красной нитью в котором идут инсомния, компьютеромания, наркомания, депрессия. На основе такого подхода приведенные выше теории обретут практическую значимость, дополняя и уточняя многие клинические аспекты патологической агрессии.

Что же подтверждают вновь и вновь современные исследования? Возьмем самое тяжелое из возможных агрессивных преступлений – убийство, поскольку всегда удобнее и достовернее изучать явление на примере его крайних выпуклых форм. M. Dolan и C. Smith (2001) показали факторы агрессии подростков–убийц в Англии, своего рода объединенный пул социальных и клинических параметров. Он включает в себя следующие части. Имеется неблагополучие семьи: около половины убийц–подростков имели плохие отношения с отцом и матерью. Характерен низкий процент психиатрических диагнозов, установленных подросткам до совершения ими деликта. При этом социальная изоляция была значимой – она встречалась более чем у половины обследованных.Также у большинства из них выявлялось то или иное агрессивное поведение до совершения ими убийства: прогулы в школе, контакты с полицией, алкогольные эксцессы, употребление запрещенных веществ. Интересно, что при этом грубое насилие имело место в небольшом числе случаев - 8,3%. Это означает наличие своего рода контроля гнева насилия у будущих убийц, о чем говорил еще К. Лоренц. Ими двигала внезапная концепция убийства, разрешительная идея. Им надо было сказать: убивать дозволено. Мы подчеркивали данное обстоятельство, приводя в пример «идеологическую агрессию» (Можгинский Ю., 1999).

Итак, что есть агрессия в интегративном клиническом смысле? С нашей точки зрения, говорить о патологической агрессии как клиническом феномене можно по таким основным признакам, как повторяемость, наличие депрессивных расстройств, суицидальных проявлений, жестокости к родственникам и домашним животным, безмотивности и садистического компонента (Можгинский Ю., 2004).

Агрессия как любой инстинкт подпитывается аффектом. Нами разработана практическая концепция агрессии на основе анализа аффективной составляющей. Эти «кирпичики» агрессивного поведения описывали М. Аптер (1992), Г.М. ван Праг (1997). Мы предложили алгоритм диагностики тяжести, вариантов динамики, прогноза и лечения патологической агрессии, исходя из параметров аффекта (Можгинский Ю.Б., 2013). Тяжесть агрессии, скорость ее формирования, прогноз социальной дизадаптации коррелирует с глубиной и типом сопровождающего аффекта.

Такая интегративная клиническая модель патологической агрессии подводит к концепции ее терапии (Можгинский Ю.Б., 2016). Она содержит несколько основополагающих позиций. Понимание проблем подростка, которое сквозит в чередовании наставлений и поощрений. Зачастую он вынужденно агрессивен, отягощен дефектами семейного воспитания, эмоциональной депривацией, госпитализмом, длительной терапией затормаживающим нейролептиком, стигмами психопатизации. Важен непременный учет дуализма аффекта. «На своей шкуре» родители приходят к пониманию, что неправильно просто «гасить» агрессивный аффект во всех, без разбору, случаях. В этой связи имеет значение осторожность при назначении седативных препаратов. Не следует слепо прибегать к седатикам, поскольку агрессия, являясь оборотной стороной депрессии, нередко выступает как «спасение от суицида». В то же время требуется активизация личности с апелляцией к ее творческим возможностям – с учетом специфики возраста, интересов, современных тенденций.В этом русле применяется использование символики, рисунков и прочей атрибутики психодинамической терапии.

**Н.С. Морова**

## ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА МЕЖДУ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ (В УСЛОВИЯХ ТОСов)

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

Известно, что социально-экономическое процветание государства в значительной степени зависит от молодого поколения. Ныне молодежь рассматривается не только как объект воспитания и образования, но прежде всего как активный субъект социальных преобразований и носитель инновационного потенциала общественного развития [1]. Системный кризис современного российского общества и его основных институтов существенно отразился на социально-психологическом здоровье современной российской молодежи. Сложившаяся ситуация требует поиска инновационных форм в работе с молодежью как на федеральном, так и на региональном уровнях. Особое значение при этом имеет муниципальный уровень, когда есть возможность актуализировать партнерскую модель, предусматривающую конструктивное взаимодействие между представителями разных поколений. Такое *социальное партнерство* оказывается продуктивным с обеих сторон: молодежь приобретает разнообразный социальный опыт, вырабатывает при этом образцы собственного поведения, а представители старшего поколения раскрывают секреты сохранения социально–психологического здоровья.

Как показывает социально-педагогическая практика муниципальных образований Кирова, Йошкар-Олы, Петрозаводска и др., реально и эффективно инициировать эту деятельность в диаде «старшее поколение-дети и внуки» в малом социуме могут территориальные сообщества, которые способны влиять на нравственную атмосферу в поселении, эффективно осуществлять процесс воспитания молодежи. Действенным инструментом при этом становятся ТОСы (территориальное общественное управление), влияющие на специфику деятельности территориальных сообществ. Ощущение своей востребованности через формирование активной позиции ко всему происходящему вокруг дает шанс пожилым людям принять новый социально–ролевой статус в территориальном сообществе, ибо их самый ценный капитал – это знание, опыт, жизненная мудрость вдумчиво и целенаправленно используются для улучшения социально–психологического здоровья и повышения социально–педагогического потенциала в малом социуме.

Безусловно, позитивный результат этой деятельности возможен только на основе консолидации усилий всех социальных институтов, действующих в территориальном сообществе. Однако нам представляется не менее важным очертить те стратегические идеи организационно-управленческой деятельности ТОСов, опираясь на которые представители старшего поколения могли бы передавать молодежи в совместной деятельности свой жизненный опыт и нравственные ценности:

– Вовлечение детей, подростков и молодежи в культурную, социальную жизнь своего муниципального образования в качестве *субъектов инновационной социально–педагогической практики; разработка и реализация социальных проектов.*

– Привлечение молодого поколения в работу по принятию решений, непосредственно касающихся их жизни, планов и устремлений. Активная работа по реализации принципа «нам здесь жить и работать».

– Развитие оптимальной модели социальной работы с участием молодежи на основе этнокультурных и этнонациональных традиций. Профилактика экстремизма и ксенофобии в рамках реализации проекта «Мой дом – моя крепость». [3]

– Поддержка волонтерского движения и движения детского милосердия, включение в орбиту активной социально–педагогической практики жителей с особыми нуждами и воспитывающие их семьи. [2]

– Оказание содействия в сборе материала и составлении летописи своего муниципального образования, его уникальных жителях, внесших особый вклад в победу на фронте и в тылу. Реализация проекта «Из одного металла льют медаль за бой, медаль за труд!»

– Активная пропаганда роли семьи в жизни каждого, культивирование различных форм семейного досуга. Проведение в качестве традиционных в малом социуме Дня Матери, Дня Отца, Дня соседей и др.

– Вовлечение в различные формы дополнительного образования взрослых («Университет третьего возраста» и др.) максимального числа жителей своего микрорайона.

Важно найти новые и вспомнить оправдавшие себя способы передачи детям и молодежи жизненного опыта, что убережет незакаленные души от непродуманных действий, поможет принять верное решение в неоднозначной ситуации. Необходимо, чтобы все носители жизненного опыта активно вовлекались в сферу воспитательного воздействия и влияли на социально-психологическое здоровье молодого поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1) Моров А.В. Доминирующие тенденции в сфере развития человеческого капитала России и мира // Развитие человеческого капитала в XXI веке: Психология. Педагогика. Управление. Материалы II Межрегиональной научно-практический конференции. - Ижевск, 2013. – С. 7-11.

2) Морова Н.С. Социально–педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья // Социальная педагогика в России. Научно - методический журнал, 2012. № 2. – С. 33-34.

3) Morova N.S., Kuznetsova L.V., Lezhnina L.V., Talanova T.V. Ethnocultural and Social Dominants of Pedagogical Educatio in Conditions of Nation Region. Vol. 7. No 8, 2015. P. 182-187. doi: 10.5539/res.v7n8p182.

**А.В. Морозов**

## ДЕВИАНТНОЕ И ДЕЛИНКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**ФГБНУ «ИУО РАО» (Москва).**

Рассматривая проблему, вынесенную в заголовок, мы опираемся на следующую аксиому: далеко не всякий отклоняющийся поступок представляет собой делинквентность, но любое противоправное антиобщественное действие является отклонением, которое может быть расценено как противоестественное для определенной субкультуры или человека. 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. 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 [1].

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 лишающие семейной опеки, сопутствуют росту делинквентности среди несовершеннолетних.

Как показывает практика, делинквентность совсем не обязательно обусловлена наличием у несовершеннолетних различных психопатологий 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 [3].

Повышению эффективности профилактической деятельности должно способствовать формирование института специализированных учреждений, ориентированных на коррекционно-воспитательную работу с несовершеннолетними, склонными к отклоняющемуся поведению. Значимым направлением коррекционно-профилактической работы по преодолению девиантности и делинквентности в поведении несовершеннолетних, способствующим формированию у них нравственных ориентиров, выступает включение их в социально значимую деятельность. Профилактикой асоциальных явлений, социального инфантилизма, безнадзорности, социальных патологий, правонарушений является формирование нравственных ориентиров у детей, склонных к девиантному поведению, так как усвоение правил и норм общественного поведения происходит посредством данного процесса.

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.

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 будет проявляться в мотивах правозначимых поведенческих актов как особом структурно-личностном образовании. Посредством систематического формирования у ребенка престижа права в системе его личностных ценностей, положительных правовых ориентаций в процессе социализации формируется правосознание личности [2].

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.

Осуществление эффективных мероприятий, направленных на формирование у детей адекватных нравственных 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.Змановская Е.В. Девиантология. – М., 2003.
2.Морозов А.В. Психология анормальных социальных проявлений в современном обществе как дефект правосознания // Юридическая психология. – 2006. – № 1. – С. 10-14.
3.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 с международным участием / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. – 2016. – С. 391-394.

**Д.А. Невзорова, Е.В. Свистунова, Н.В. Середенко, А.В. Карпушкина**

## РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «АЛЬФА-ЭНДО»

**Фонд поддержки и развития филантропии «КАФ», Программы помощи детям с заболеваниями эндокринной системы (Москва).**

Цель благотворительной программы «Альфа-Эндо» — способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи детям с эндокринными заболеваниями. Программа осуществляется Фондом поддержки и развития филантропии «КАФ» (Фонд КАФ) при финансовой поддержке Альфа Групп. Основной партнер – ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России. Принципиальный подход осуществления Программы - поддержка внедрения лучшего мирового опыта, современных эффективных клинических практик и технологий в российское здравоохранение.

Программа включает несколько направлений деятельности. Одно из важнейших – развитие психологической помощи детям с сахарным диабетом первого типа (СД). При сахарном диабете нарушается выделение и/или действие инсулина, в результате чего в крови повышается уровень глюкозы, что очень опасно для организма. Контроль сахарного диабета требует значительных усилий от пациента и его семьи. Это объясняется следующим:

- Необходимость по жизненным показаниям инвазивных болезненных манипуляций – инъекций инсулина и измерения сахара в крови несколько раз в течение дня, а иногда и ночи.
- Отсутствие стабильности дозы инсулина, необходимость ежедневного расчета и коррекции дозы препарата. Гипогликемия (сниженное содержания сахара крови) и гипергликемия (повышенное содержание сахара в крови) опасны для пациента.
- Особая опасность как недостатка, так и избытка дозы введенного инсулина.
- Необходимость постоянного контроля основных составляющих образа жизни – питания и физической нагрузки.
- Необходимость регулярных обращений к врачу с проведением дополнительных болезненных обследований.

Международным обществом по диабету у детей и подростков (ISPAD) определено, что молодые люди с диабетом имеют бóльшую вероятность развития депрессии, тревожности, эмоционально-личностных нарушений и расстройств пищевого поведения, чем их здоровые сверстники. Они находятся в группе повышенного риска ослабления функции обработки информации и нарушения процессов обучения, особенно при возникновении СД в раннем возрасте, наличии в анамнезе тяжелой гипогликемии или хронической гипергликемии. Чем хуже контроль заболевания, тем глубже психологические проблемы.

ISPAD рекомендует всем странам включение в междисциплинарные группы терапии СД профессионалов с опытом в области психического здоровья и поведения детей и подростков — психологов и психиатров. Основные задачи психологов: скрининг и оценка психосоциальной деятельности, поддержки при распознавании и решении проблем психического здоровья и поведения для повышения эффективности терапии СД. При определении тяжелой психической патологии – обращение к психиатрам. Важно поддерживать регулярный, устойчивый и непрерывный контакт с пациентами и их семьями и оценивать качество жизни, а также интеллектуальное, академическое, эмоциональное и социальное развитие.

Установлено, что некоторые семейные факторы, включающие сплоченность семьи, согласованность обязанностей по ведению СД, поддержку и совместное решение проблем, влияют на соблюдение режима терапии и контроль гликемии. Семейные конфликты, в свою очередь, приводят к худшему соблюдению режима и контролю гликемии. В связи с этим необходима общая оценка семейной ситуации (конфликты, сплоченность, адаптация, психопатология у родителей) и функционирования, связанного с СД (взаимодействие, вовлеченность и поддержка со стороны родителей, роли и обязанности для обеспечения самостоятельной терапии).

При психологическом консультировании молодых людей и их родителей по вопросам достижений в области лечения СД и улучшения инсулинотерапии может быть полезно мотивационное интервью. Оно может помочь в прояснении ролей пациента и его родителей и разрешении сомнений относительно интенсификации режима терапии.

Доказано, что скорейшее «принятие» болезни, уверенность в собственных силах по контролю за-

болевания, сохранение хорошего настроения у ребенка и его родителей улучшают результаты лечения и состояние здоровья ребенка. Напротив, пессимизм, непринятие диагноза – ухудшают течение болезни и результаты лечения. Поэтому помощь психолога и ребенку, и его родителям является необходимой и важнейшей составляющей плана поддержки семьи.

Важно, чтобы психолог знал ключевые правила контроля сахарного диабета и способствовал формированию психологических установок для их выполнения. Основные навыки, необходимые пациенту с СД1 и его близким для контроля заболевания:

- определять симптомы и принимать неотложные меры при острых осложнениях диабета;
- рассчитывать дозу инсулина;
- делать инъекции инсулина;
- контролировать уровень глюкозы в крови;
- контролировать соблюдение диеты;
- вести активный образ жизни.

Психолог поможет разработке новых моделей поведения, отказу от вредных привычек, определению неадекватных реакций на стресс, развитию эффективных навыков его преодоления.

Руководство ISPAD считает, что специалисты в области психического здоровья и поведения должны пройти обучение основам контроля сахарного диабета, перед тем как начать оказывать психологическую помощь детям и их семьям.

Однако в России до настоящего времени недостаточно развита подготовка психологов к оказанию помощи пациентам с соматическими заболеваниями, включая СД. В результате психологи не имеют знаний и навыков для работы с пациентами с этим тяжелым заболеванием. Только в половине детских больниц РФ, имеющих эндокринологические отделения, есть штатные психологи. Большинство психологов работает в системе образования и социальной защиты, в школах, психолого-педагогических и психолого-медико-социальных центрах, поэтому важным является установление междисциплинарного сотрудничества и подготовка специалистов для обеспечения качества и доступности психологической помощи детям с СД.

Эта задача успешно решается в рамках программы «Альфа-Эндо» с 2016 г.: сформирована рабочая группа ведущих детских эндокринологов и психологов; подготовлен комплект необходимых информационно-методических материалов; проведено обучение психологов ряда областных больниц, психолого-педагогических и психолого-медико-социальных центров. Параллельно с этим разрабатывается система оценки эффективности психологической помощи.

Ресурсы, созданные в рамках программы «Альфа-Эндо», доступны для всех российских регионов.

**А.А. Нестерова**

## СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Морозовская детская клиническая городская больница, кафедра социальной психологии Московского государственного областного университета (Москва).**

Во всем мире ученые констатируют «омоложение» сердечно-сосудистых заболеваний, появление кардиоваскулярной патологии уже на ранних этапах онтогенеза, в период детства и отрочества. По данным ВОЗ, основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность, курение и употребление алкоголя, высокий уровень потребление соли и многое другое. Но при этом можно отметить недостаточную степень изученности психологических факторов, влияющих на развитие сердечно-сосудистой патологии у детей и подростков, в том числе и факторов семьи.

При том, что исследователи разных стран указывают на важную роль психических факторов в развитии и осложнении течения сердечно-сосудистых заболеваний, очень мало комплексных исследований, которые бы освещали всю систему предикторов возникновения ССЗ (сердечно-сосудистых заболеваний) у детей, включая факторы среды, семьи и личности самого человека. На сегодняшний день доказано, что, например, некоторые поведенческие и средовые факторы, такие как гиподинамия, нездоровое питание вносят значительный вклад в разрастание такого явления, как детское ожирение. Это, в свою очередь, является одним из определяющих факторов риска возникновения сердечно-сосудистых патологий, диабета, гипертонии и т. д.

Мы считаем, что одним из определяющих факторов, влияющих на формирование жизненного стиля ребенка, его базовых поведенческих паттернов, может стать фактор семейного взаимодействия. Например, зарубежными учеными было установлено, что ожирение родителей имеет прочную прямо пропорциональную корреляционную связь с ожирением ребенка. Гораздо большего результата в борьбе с детским ожирением и сердечно-сосудистой патологией достигли психокоррекционные и медицинские программы, реализуемые в больницах, направленные одновременно и на детей, и на их родителей.

Современные теории в рамках различных научных школ способны объяснить влияние семейных факторов на здоровье ребенка. Так, теория семейных систем рассматривает всю семью, отдельных ее

членов как единую систему, влияние на отдельные элементы которой позволяет измениться другим элементам и всей системе в целом. Теория совладания семьи со стрессом МакКуббин и Паттерсон (ABCX-модель) утверждает, что родители, которые лучше справляются со стрессом, менее склонны к принятию нездорового (неадаптивного) поведения и таким образом могут лучше поддерживать своих детей, чтобы изменить их поведение на более конструктивное.

С самого рождения ребенка родители оказывают огромное влияние на формирование поведения малыша. Именно родители или опекуны ребенка уже в младенческом возрасте организуют вокруг подрастающего человека физическую и психологическую среду, в которой будет проходить развитие. Родители определяют модели и ритуалы питания ребенка, что впоследствии сформирует, например, пищевые привычки поведения. Также с ростом мобильности ребенка родители транслируют базовые паттерны его двигательной активности. Например, было доказано, что оказание ребенку родителем инструментальной социальной поддержки (транспортировка ребенка до места спортивных занятий, покупка необходимого оборудования, совместные походы в спортзалы) оказывает гораздо большее влияние на приобщение ребенка к спорту и активному образу жизни, нежели эмоциональная психологическая поддержка (поощрение, одобрение).

Немаловажным фактором профилактики кардиоваскулярных нарушений, нивелирования поведенческих предикторов их возникновения (неправильное питание, гиподинамия, эмоциональные нарушения и др.) является стиль воспитания и родительского отношения к ребенку. В статье, опубликованной в 2016 г. в Журнале Американского колледжа кардиологии доктором Раджешом Ведантханом и его коллегами, отмечается, что дети, которые воспитываются родителями в стиле опоры на авторитет, лучше всего способны самостоятельно регулировать потребление энергии, использовать адаптивные копинг-стратегии поведения, имеют более низкие показатели избыточного веса и демонстрируют более здоровые пищевые привычки. Напротив, авторитарный и попустительский стили воспитания были связаны с различными расстройствами поведения (анорексия, булимия, дисморфофобия и др.).

В нашем исследовании детей младшего школьного возраста и подростков было отмечено, что на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у детей по-разному может влиять родительский стиль воспитания матерей и отцов, а также это влияние зависит от пола ребенка (мальчик или девочка). Было выявлено, что гиперпротекция со стороны матери пагубно влияет и на девочек, и на мальчиков, увеличивая риск развития сердечно-сосудистой патологии, в то время как чрезмерный контроль со стороны матери более негативно отражается на мальчиках. Авторитарность и деспотичность отца больше связана с факторами риска возникновения ССЗ у мальчиков. Наличие чрезмерного количества санкций и требований со стороны отца связано с отрицательными последствиями для здоровья как мальчиков, так девочек. Не было выявлено значимой корреляционной связи (ни прямой, ни обратной) между авторитетным стилем воспитанием и наличием ССЗ у детей, что позволяет определить необходимость более глубокого и расширенного изучения этого феномена.

В дальнейшем планируется более детальное изучение влияния на развитие кардиоваскулярной патологии у детей не только стиля воспитания, но и других семейных факторов: типа отношения к ребенку, стратегий социальной поддержки, характера семейных эмоциональных коммуникаций, а также позиции родителей по отношению к необходимости формировать привычки здорового образа жизни у их детей.

**Л.Е. Никитина**

## СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА: ПОНЯТИЕ И СТРУКТУРА

**Российская академия образования (Москва).**

В сфере общественных отношений административной (институциональной) субъектной единицей является структура, созданная для профессиональной помощи людям. Это социальная служба как базовое понятие в практической социальной деятельности, главный субъект государства и общества в социальной и социально-педагогической деятельности. Сформировались различные концепции социальной службы, включающие наиболее общие положения, на основе которых создаются модели, различающиеся по системообразующим характеристикам: контингент обслуживания, назначение и целевые установки, ведомственная принадлежность и т. п., а также по способам и средствам реализации целевых программ в конкретных национально-региональных и местных условиях.

С введением в стране института социальных педагогов, социальных работников, практических психологов развивается процесс создания комплексной социальной службы. Виды и направления деятельности комплексных (многопрофильных) социальных служб, их подходы, сочетания, кадровое и материальное обеспечение многообразны, имеют еще и ведомственные особенности (в России каждое бюджетное учреждение социальной сферы «приписано» к определенному ведомству).

Социальная служба как родовое понятие есть структура, созданная для профессиональной помощи людям в сфере общественных отношений и индивидуальных проблем клиентов. Особое значение имеет выделение оснований для типологии социальных служб и классификаций форм социально-педагогической деятельности. В основе типологии и классификаций могут лежать различные основания, но все они, в конечном счете, сводятся к следующему: работа с проблемой клиента.Можно гово-

рить: о характере проблемы клиента (развод, потеря работы, смерть близкого человека, инвалидность и т. п.); об особенностях (типе) клиента, так как в роли клиента может выступать и человек, и группа, в том числе и общество как большая социальная группа.

Если взять за основание классификации социально-педагогических служб проблему клиента, то в этом случае можно говорить о следующих службах:

а) служба социально-педагогической поддержки (профилактическое направление): выявление семей, групп социального риска (многодетных, неполных, студенческих, имеющих инвалида, проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, асоциального поведения родителей и детей, одиноких, престарелых) и оказание им содействия в получении материальной, медицинской, юридической, психолого-педагогической, социально-бытовой и иной необходимой помощи, с привлечением специалистов - юристов, психологов, педагогов; семейные консультации; службы знакомств; службы планирования семьи; различные виды семейного просвещения и самообразования; сексологические и педиатрические кабинеты; педагогические консультации и другие виды служб;

б) служба социально-педагогической реабилитации: социальная и психолого-педагогическая помощь лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, вернувшимся из мест лишения свободы, лечебно-воспитательных учреждений.

Если взять за основание классификации перечень направлений и услуг, то все службы делятся на две группы: профильные (например, служба планирования семьи) и многопрофильные, комплексные (например, медико-психолого-педагогическая служба помощи населению).

Во всем многообразии социальных служб современной России особый интерес вызывает комплексная (многопрофильная) служба - с множеством подструктур и подразделений разной ведомственной принадлежности, работающих по единой программе на основе кооперации средств, кадров, материальной базы, оборудования, с продуманной системой научно-методического обеспечения и повышения квалификации кадров, с нижним уровнем подготовки - допрофессиональным и начальным профессиональным образованием детей и молодежи в области социальной педагогики и социальной работы, с сильной общественной (волонтерской) поддержкой –она ставит своей целью медико-психолого-педагогическую профилактику, укрепление нравственного и физического здоровья человека, семьи, окружающей среды, выявление проблем и конфликтов на возможно более раннем этапе.

Приоритетные направления работы службы:

- проведение своевременной комплексной диагностики социума, факторов среды, характера интересов и потребностей семьи, ее возможностей и имеющихся трудностей, проблем;
- анализ и дифференциация проблемы семьи как совокупного клиента социальных служб;
- осуществление посредничества между клиентом и службами-исполнителями в оказании семье соответствующих видов услуг и социальной помощи;
- обеспечение механизма социальной самозащиты, самообслуживания населения, развития добровольных начал в социальной работе, включение жителей в социальную помощь и заботу о наиболее незащищенных группах, детях, инвалидах и престарелых.

Социально-педагогическая работа в системе социальной защиты населения, здравоохранения, образования, молодежной политики, органов внутренних дел и других ведомств имеет специфику, определяемую, прежде всего, целями, задачами, средствами, формами работы, что вытекает не только из социального заказа и спроса на услуги социального педагога, социального работника, но и из назначения специалиста, «размещенного» в определенном ведомстве. Практическая социально-педагогическая деятельность осуществляется в России в учреждении образования, социального обслуживания, здравоохранения и т. д., в зарубежном опыте - в социальном агентстве, которое в известной мере самостоятельно определяет профиль и направления работы и соответственно осуществляет выбор технологий.

Следовательно, логично вывести, что для России оказываются наиболее важными назначение создаваемой ведомственной службы и результаты, оформленные в виде количественных показателей. Для всего остального мира - набор технологий, которыми владеет агентство, и качество предоставляемых услуг, оцениваемое по степени удовлетворенности клиента и популярности службы у населения. Именно эти критерии оказываются решающими для предоставления тому или иному социальному агентству бюджетных средств под конкретные программы. Вот почему комплексная (многопрофильная) межведомственная социальная служба на муниципальном уровне - единственная служба, имеющая некоторую принципиальную схожесть с социальным агентством западного образца. Перспективным является путь дальнейшего развития и совершенствования именно этого типа социальной службы.

Среди специалистов постоянно идут дискуссии о соотношении личностного (интуиция, эмпатийность, морально-нравственные качества) и технологического (определенные процедуры, схемы, алгоритмы, приемы и т. п. профессиональной деятельности) в практической работе и в системе подготовки специалиста социальной сферы. Можно констатировать, что по мере накопления практического опыта в России все большую уверенность обретают сторонники «технологической» линии развития социальных служб.

До тех пор, пока не произойдет превращения российской ведомственной социальной службы в социальное агентство универсального типа мирового уровня и достижения определенной точности попадания профессионального обучения в вузах по профилям (специализациям) на востребованность имен-

но этих специалистов в конкретном регионе радиуса обслуживания вузом, вопрос о технологичности должен решаться в пользу универсальности. Иными словами, в настоящее время в России востребованы классические универсальные вневедомственные технологии социальной работы, такие как социологические исследования, экспертиза социального положения и психологического состояния клиента и его близких, ситуаций в их семьях, техники бесед, тестирований, опросов, анкетирования, интервью, социальной биографии клиента, «работа со случаем» и др.

В то же время происходит оттачивание индивидуального профессионального мастерства, накопление опыта, который должен стать достоянием всего профессионального сообщества. Поэтому особенно актуальными становятся разного рода профессиональные сборы по обмену опытом социальных педагогов в рамках единой ведомственной системы.

Социальная деятельность всегда существует в рамках определенного политического и культурного контекста. Остро необходима в нынешней России и непрофессиональная, волонтерская социальная деятельность. Ш. Рамон[7] рассматривает ее как призвание, ибо только призвание может дать чувство нравственного и духовного удовлетворения, без которого невозможно или очень трудно выдержать работу со страдающими людьми.

**Е.В. Никонова, И.А. Тишевской**

## ВЗАИМОСВЯЗЬ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ МАТЕРИ И УСПЕШНОСТИ МАТЕРИНСТВА

**«Южно–уральский государственный университет» (национальный исследовательский университет), Институт социально–гуманитарных наук, (Челябинск).**

Актуальность исследования взаимосвязи характеристик успешности материнства заключается в необходимости разработки и оценки эффективности программ повышения психолого-педагогической компетентности матерей. В настоящее время растет интерес исследователей к конструкту самоэффективности (self-efficacy) как индикатору успешности выполнения женщиной роли матери. Однако, на наш взгляд, в литературе имеет место недостаточная теоретическая определенность понятия «самоэффективность» применительно к материнству, отсутствуют четкое определение и способы измерения самоэффективности матери и успешности материнства.

Исследование материнства с точки зрения его успешности опирается на деятельностный подход. «Успешность материнства», вероятно, отражает динамическую характеристику деятельности женщины в процессе реализации своих материнских функций с точки зрения переживания социальной и личностной значимости ее результатов и достижения поставленных целей. Теоретический анализ показал, что в современной психологии понятие «успешность материнства» является интегральным показателем фактического качества реализации матерью своей роли, объединяющим объективную оценку воспитательного процесса и субъективное восприятие женщиной своего материнства.

«Самоэффективность матери» в большей степени отражает самооценку женщины в сфере материнства и характеризует когнитивную составляющую субъективной успешности материнства. Критерием эмоциональной составляющей субъективной успешности материнства выступает удовлетворенность женщины материнством. Критериями объективной успешности материнства являются уровень развития ребенка, качество взаимодействия матери с ребенком и качество поведения привязанности ребенка. Таким образом, самоэффективность матери может рассматриваться в качестве одного из критериев успешности материнства (рис. 1).

Рисунок 1. Соотношение понятий «успешность материнства» и «самоэффективность матери» на основе теоретического анализа.

В качестве наиболее эффективных критериев успешности материнства можно рассматривать самоэффективность матери, удовлетворенность женщины материнством, уровень развития ребенка,

[7] Обучение социальной работе: Преемственность и инновации / Под ред. Ш. Рамон, Р. Сарри; Пер. с англ. Под ред. Ю.Б. Шапиро. - М.: Аспект Пресс, 1996. - 157 с

качество взаимодействия матери с ребенком и качество привязанности ребенка к матери. Соответственно, наиболее информативными методиками оценки отдельных критериев успешности материнства, на наш взгляд, являются: Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема (адаптация Ромека В.Г., 1996) в адаптации для оценки самоэффективности матери; Опросник удовлетворенности материнством Захаровой Е.И.; Шкала развития Экспертной системы «Лонгитюд-ЭДК» (v 14.1.25); Усеченный вариант экспериментальной процедуры «Незнакомая ситуация» М. Эйнсворт (1969) с 2 уровнями стресса.

Проведенное с использованием данных методик исследование компонентов успешности материнства выявило определяющее влияние фактора направленности образования матери на все параметры успешности материнства, кроме удовлетворенности материнством. Вероятно, это связано с ориентацией женщин, предпочитающих гуманитарное направление, на общение и субъект-субъектное взаимодействие с ребенком.

Исследование различий и взаимосвязей в структуре характеристик успешности материнство показало, что ключевым показателем успешности материнства является качество взаимодействия матери с ребенком.

Самоэффективность матери в структуре характеристик успешности материнства играет роль маркера, важной особенностью которого является чувствительность к степени адекватности самооценки женщины. Соотношение критериев успешности материнства представлено графически на рис. 2. Чем выше расположена характеристика, тем сильнее она влияет на успешность материнства. На развитие ребенка и качество поведения привязанности ребенка лучше влияют мамы с адекватным уровнем самоэффективности. По мере нарастания показателя самоэффективности матери до среднего уровня наблюдается положительный эффект на формирование успешности материнства. Но неадекватно высокий показатель самоэффективности матери негативно отражается в структуре успешности материнства.

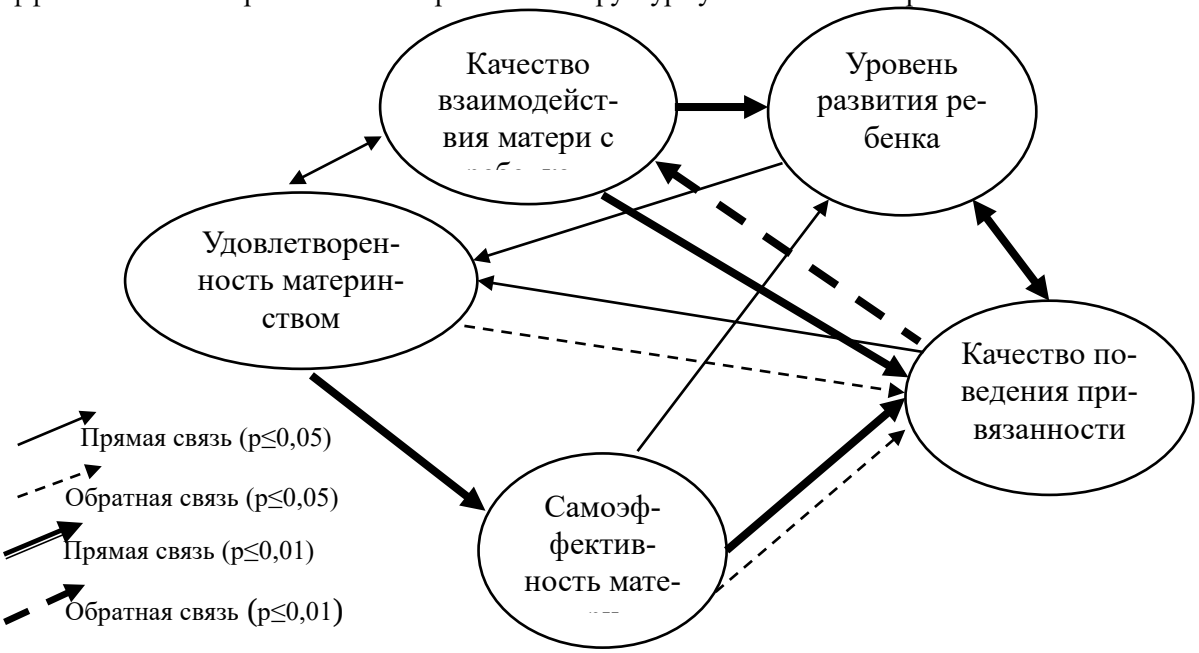



Рисунок 2. Соотношение критериев успешности материнства.

Показатель самоэффективности матери интересен своей прогностической значимостью для диагностики возможных проблем в реализации женщиной роли матери. Однако он не отражает специфики взаимоотношений в диаде мать-дитя. Для практического применения самоэффективности в процессе диагностики материнской сферы женщины и оценки эффективности программ сопровождения материнства необходимо совершенствование диагностического инструментария, а также изучение динамики критериев успешности материнства и структуры их взаимосвязи в зависимости от возраста ребенка.

**В.И. Олешкевич**

## ФОРМИРОВАНИЕ НОВОЙ ПСИХОТЕХНИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

**НПЦПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Сегодня широко обсуждается достаточно большой круг проблем в области воспитания, организации развития ребенка, а также организации эффективной медико-психологической помощи детям и семье. Эти проблемы, с одной стороны, связаны с историей общества, а с другой стороны, имеют свои основания в общей проблематике, которую задает эпоха постмодерна. Это проблемы социального и культурного расслоения нашего общества, существование различных субкультур и социальных страт, кото-

рые инициируют разные подходы к воспитанию детей, разнообразные педагогические стратегии, а также широкий круг подходов к реабилитации детей с различными особенностями развития и различием подходов понимания психосоматического здоровья ребенка и семьи [1].

Такого рода проблемы тесно связаны с формированием общей культуры общества. На этом уровне проблемы преимущественно решались, как в нашей стране, так и во всем мире. Например, в традиционных культурах всегда широко применялось усыновление детей-сирот их ближайшими родственниками. Из времен существования СССР известен позитивный опыт социально-психологической и педагогической культуры воспитания сирот в детских домах. В обоих случаях речь идет именно о существующей или формирующейся культуре воспитания. Культурологический подход к проблемам воспитания, развития ребенка здесь очень важен.

Но сегодня основу, например, помощи детям-сиротам составляют, с одной стороны, определенный круг законодательных актов, а с другой стороны, организованная на их основе помощь специалистов. Но законодательные акты часто только абстрактно и односторонне отображают проблемы такого рода и обычно не подкреплены соответствующими социальными практиками, т. е. они не ориентированы на культуру, не вырастают из нее и не являются соответствующими культурными импликациями. Такими же недостатками характеризуется и помощь специалиста, часто одноразовая, несистематизированная, не привязанная к конечным результатам и, самое главное, опять-таки не вырастающая из соответствующей культуры или культур воспитания и развития ребенка. Последнее говорит о необходимости психотехнических разработок в области формирования законодательства относительно развития и воспитания детей, а также о необходимости увязывания соответствующего законотворчества с соответствующими социальными и культурными практиками.

Например, сегодня существует проблема правдивого рассказа усыновляемым детям об их личной истории. Ее можно разрешить, с одной стороны, нормативным установлением необходимости правдивого рассказа ребенку о его рождении, биологических родителях, истории усыновления, которая органически дополняется соответствующими регламентированными психологическими и психотерапевтическими практиками психогигиеничного и терапевтически эффективного сообщения ребенку его истории, практиками, которые могли бы быть институционализированы.

И в целом отдельные разрозненные законы о детстве, культурологически никак не обоснованные, и различные частные виды помощи специалистов представляют собой недостаточную основу для системной организации помощи в организации развития и воспитания ребенка. Вместо этого, с нашей точки зрения, важно формировать новую социально-психологическую культуру воспитания, развития и реабилитации детей и подростков в детских садах, школах, детских домах и др. образовательно-воспитательных учреждениях, а также внутри так называемого инклюзивного образования, например, в виде организации среды развития ребенка, практик взаимопомощи и самопомощи, реабилитационных сред и пр.

Такого рода новая культура может быть построена на основе позитивного прошлого опыта воспитания, перевоспитания и реабилитации детей и подростков, в том числе, и опыта традиционных культур, а также на основе достижений современной психологии. В последнем случае речь идет уже не просто о помощи специалистов, а о формировании некоторой целостной интегративной психологической и педагогической культуры, внутри которой основные достижения детской, педагогической, социальной психологии, детской и семейной психотерапии интегрируются в соответствующие психологические практики, которые могут дальше развиваться внутри соответствующей культуры.

Такая культура, в частности психологическая, может быть сформирована на основе систематизации законодательства о развитии ребенка и на базе соответствующей идеологии социального государства, но и одно и другое должны быть обязательно культурологически обоснованы. На основе так сформулированной культурологии может быть построена психологическая или, в нашей терминологии, психотехническая культура социально-психологической помощи ребенку, культура организации воспитания и развития детей в современном российском обществе [2]. В отличие от существующих предметных позиций различных специалистов, эта культура может интегрировать последние признанные достижения педагогики, психологии, социальной работы. В отличие от методических подходов специалистов, она может быть представлена в виде межпредметной, мультидисциплинарной и многопозиционной культуры общения с ребенком и семьей, культуры помощи и поддержки развития ребенка, развивающей реабилитации и т. д. С нашей точки зрения, это может значительно повысить уровень и расширить возможности организации развития ребенка (как в норме, так и в условиях болезни и особенностей развития). Такой подход, в свою очередь, требует существенной перестройки образования специалистов в области соответствующих гуманитарных наук.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бурлакова Н. С. Психологическое здоровье детей в условиях различных культурно-исторических сред развития // Сб. научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» Под ред. В.И. Бородина и др. - М., 2016. — С. 25–27.

2.Олешкевич В.И. Рождение новой психотехнической культуры. - М., 1997.

**В.И. Олешкевич, А.Г. Мазур, Л.С. Печникова**

## ВОЗМОЖНОСТИ ПЕДАГОГИКИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

**НПЦПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Педагогический элемент в психиатрии существовал, вероятно, всегда. В начале прошлого века А. Адлер, а несколько позже А. Фрейд начинают разрабатывать педагогические проблемы уже изнутри психотерапии, на этой основе впоследствии появляется психоаналитическая, а затем и психотерапевтическая педагогика [1; 2; 5]. Особая заслуга здесь принадлежит именно А. Адлеру, который специально занимался разработкой психотерапевтически обоснованной педагогики на основе своей концепции психического развития, актуальность которой сохраняется и по сей день, поскольку многие идеи А. Адлера остались по ряду причин не до конца разработанными и изученными [4]. В этой связи особой задачей в современной детской психиатрической клинике является также разработка и реализация адекватной и клинически-обоснованной педагогики.

Инклюзивное образование было введено на Западе в рамках реализации либеральных ценностей для формирования у детей толерантного отношения к инвалидам, детям с психологическими особенностями. В таком психологическом микроклимате у детей могут формироваться и важные личностные качества, такие как эмпатия, навыки помогающего поведения, потребность в понимании других людей. Но все это не заменяет необходимость иной, по-другому технически организованной педагогики для целого ряда групп детей с особенностями психического и психофизиологического развития. Для них часто требуется иной педагогический подход к обучению и воспитанию, иные педагогические средства, своя соответствующая подготовка педагогического персонала.

Но если специальная педагогика и специальная психология были разработаны в России и их можно восстановить, и развивать дальше, то этого нельзя сказать о педагогике в детской психиатрической клинике в целом. Это педагогика, которая ориентируется в своей работе на определенное психическое расстройство, на определенную педагогическую запущенность ребенка. Здесь необходим обязательный индивидуально-психолого-педагогический подход к ребенку. И то состояние, в котором сегодня находится школа в психиатрическом учреждении, является совершенно необоснованным. Например, она управляется не администрацией больницы, а министерством образования, задающим для нее свои нормы и образовательные стандарты. Таким образом школа здесь превращается в некоторое сугубо формальное учреждение, призванное поддерживать учебный процесс детей, попавших в психиатрическую больницу. Но дети там и не могут полноценно учиться, поскольку в своем большинстве являются педагогически запущенными, и не получают доступ к услугам лечебной педагогики.

Однако школа в психиатрическом учреждении может стать настоящей реабилитационной средой для детей, находящихся в психиатрической больнице. В ней все может быть организовано под задачи лечебно-реабилитационного процесса. В таком виде она может открывать и формировать у детей разнообразные социальные, познавательные и др. интересы, а на их основе и навыки, знания.

И первое, что здесь необходимо осуществить, – это реализовать на практике индивидуальный подход к ребенку на основе системной психологической и педагогической диагностики. Здесь педагог должен с самого начала детально установить общий уровень умственного развития ребенка (уровень его понимания, знаний, умений и пр.), основные области его интересов, характер его мотивации и т. п. Затем, опираясь на установленный базовый интеллектуальный уровень, он может приступить к проектированию воспитания и образования данного ребенка. Впоследствии, на основе такой диагностики и спроектированного обучения и воспитания, могут специально конструироваться соответствующие учебно-воспитательные группы детей. Они могут строиться, например, на основе подбора детей со схожими лечебно-воспитательными и образовательными проблемами, по принципу взаимодополнительности таких проблем, на основе социально-психологических особенностей детей и т. п.

Эффективному построению лечебно-реабилитационного и образовательного процесса в школе должна способствовать и системная психодиагностика ребенка, которая должна включать не только объективное исследование психических функций, но и феноменологическое изучение самосознания ребенка [3]. Это значит, что она должна отвечать не только на вопросы о функционировании психических функций, но и на вопросы о механизмах их функционирования, и на вопрос о том, как функционирует самосознание ребенка, о том, в какую сторону происходит развитие самосознания, а также на вопрос о том, как этим развитием можно педагогически грамотно управлять. На основе такой психодиагностики может быть выстроена психологически обоснованная индивидуальная реабилитационная программа для каждого ребенка, которая может выполняться и в рамках школы.

Прикладная медицинская психология может быть здесь использована и для конструирования и последующего формирования реабилитационной среды для проходящих лечение детей и подростков, как в школе, так и самом психиатрическом отделении. Причем такая среда может быть спроектирована с некоторыми заранее заданными психотехническими свойствами, максимально способствующими соответствующему реабилитационному процессу. Но основным элементом такой среды являются люди, а именно медицинский и педагогический персонал больницы, деятельность которого можно было бы настраивать на выполнение определенных реабилитационных задач, перестраивать на другие задачи и т.

д., так сказать, настраивать на один лад с текущим реабилитационным процессом. Необходим специальный отбор и обучение медицинского и педагогического персонала. Здесь важны не просто технические навыки, дисциплина труда, но и определенные личностные качества персонала, характер и качество социальных отношений людей, развитие у них эмпатии, толерантности к фрустрации и т. п. Все эти качества нужно причислить и к профессиональным качествам работника психиатрической клиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер А. Воспитание детей. Ростов-на-Дону, 1998.

2. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ. Школа А.Фрейд. М.: Юрайт, 2016.

3. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. М., 2001.

4. Олешкевич В.И. Психология, психотерапия и социальная педагогика А. Адлера. М.: Юрайт, 2016.

5. Фигдор Г. Психоаналитическая педагогика. М., 2000.

**О. В. Ольшанский, С. В. Гречаный**

## ИЗУЧЕНИЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРЕ АУТИСТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДОВ К ИХ КОРРЕКЦИИ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

Актуальность оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра в последние годы возрастает по мере увеличения частоты диагностирования рассматриваемой группы психопатологических состояний. Важное значение имеет клиническая динамики отдельных составляющих аутистического синдрома, к числу которых относятся и гиперкинетические проявления.

В своей классической работе L. Kanner (1943) отдельно не описывал гиперкинетических проявлений у аутистов. Однако подчеркивалось, «при попытках помещать ему он давал вспышки гнева с деструктивным поведением». В настоящее время радом работ показано, что у 29,0% пациентов с аутизмом имеют симптомы СДВГ, что в 3 раза чаще, чем в популяции в целом (T. Pedersen, 2005). Гиперкинетические симптомы создают трудности в обучении и социализации. DSM-5 предусматривает наряду с диагностикой расстройств в подростковом и взрослом возрасте сочетание проявлений СДВГ и аутистического синдрома.

**Целью** исследования явилась оценка гиперкинетических проявлений при аутизме с помощью рейтинговых шкал и эффективности использования немедикаментозных методов для их коррекции.

Обследован 41 больной с ведущим аутистическим синдромом в возрасте 2-9 лет (средний возраст 6,02±0,293 лет). Среди обследованных 27 мальчиков и 14 девочек. Мальчики количественно преобладали, но достоверно не отличались по биномиальному критерию (p=0,060). Использовались следующие **методы**: опросник ATEC (The Autism Treatment Evaluation Scale) и NCBRF (The nisonger child behavior rating form).

Результаты показали, что у более чем половины пациентов (51,2%) отмечались умеренные (среднетяжелые) коммуникативные ограничения. Средняя сумма баллов составила 51,19±3,137, что также соответствует указанной выше среднетяжелой градации.

Данные шкал ATEC и NCBRF были подвергнуты эксплораторному факторному анализу. Мера адекватности выборки KMO (0,710) и критерий сферичности Бартлетта ($\chi^2$=206,387, p<0,0001) позволили говорить о пригодности исходных данных процедуре факторного анализа. Путем построения графика собственных значений было отобрано 3 фактора для дальнейшего анализа с объясненной совокупностью дисперсии 72,431%. Оценка «качества подгонки» с помощью критерия согласия показала достаточность выделения этих трех факторов ($\chi^2$=37,243, з=0,280). Статистическая оценка «качества подгонки» с помощью критерия согласия $\chi^2$ показала достаточность выделения этих трех факторов.

В рамках построенной факторной модели недостаточные речевые, коммуникативные и познавательные навыки по методике ATEC были объединены в одном факторе с отрицательными значениями шкал «позитивное поведение», «социальная адаптивность» и «тревожность» опросника NCBRF (1-й фактор). Поведенческие отклонения по методике ATEC были объединены со шкалами «проблемное поведение», «тревожность» и отрицательными значениями шкалы «позитивное поведение» опросника NCBRF (2-й фактор). 3 фактор объединил недостаточные познавательные навыки по методике ATEC со шкалой самоповреждающие/стереотипные действия и изоляция опросника NCBRF. Можно предположить, что указанные выше характеристики поведения детей с аутистическим синдромом патогенетически связаны.

Для оценки эффективности немедикаментозных средств было сформировано 2 группы интервенции: 1 группа – методика биоакустической коррекции, 2 группа – методика А. Томатиса. Статистически значимых различий между группами до интервенций не было. Результаты интервенции (до и после терапии) в 1 группе показали, что достоверно снизились средние значения шкал «Здоровье, физическое развитие, поведение» (p=0,013 по критерию Уилкоксона), «Проблемное поведение» (p=0,017), «Тревожность» (p=0,029), «Гиперактивность» (p=0,005), «Самоповреждения/стереотипии» (p=0,019). Во 2

группе достоверно снизились средние значения шкал «Речь, язык и коммуникация» (p=0,001) и «Самоповреждения/стереотипии» (0,029). В обеих группах достоверно увеличились средние значения шкал «Позитивное поведение» и «Социальная адаптивность».

Таким образом, при общем улучшении позитивных форм поведения и социальной адаптивности в 1 группе улучшались в основном поведенческие характеристики, включая тревожность, самоповреждения и стереотипные действия, а во 2 группе улучшались показатели речевого развития и коммуникации и при частичном купировании некоторых форм двигательных нарушений (самоповреждения и стереотипные действия). Полученные результаты позволяют дифференцированно применять немедикаментозные методы аудиторной стимуляции в комплексе лечебно-реабилитационной помощи пациентам с детским аутизмом.

**Е.А. Орлова**

## ПРЕВЕНЦИЯ И ПОСТВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

Проблема суицидов в разные возрастные периоды находится в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей, тем более что значительно увеличилось число суицидальных действий среди лиц юношеского и подросткового возрастов. Многие отечественные и зарубежные исследования показывают, что суицидальное поведение не является необычным для подростка. Приблизительно каждый третий подросток в определенной жизненной ситуации думал о самоубийстве, а каждый десятый предпринял истинную или демонстративно-шантажную суицидальную попытку, тогда как каждый восьмой тем или иным образом причинял себе телесные повреждения. По статистике, один из двенадцати подростков испытывает суицидальное влечение и может совершить попытку суицида [4].

За последние 45 лет частота суицидов в мире увеличилась на 60%. Учитывая современные тенденции роста суицидальной активности в мире, прогностические модели говорят об увеличении в два раза числа самоубийств к 2020 г. В наше время Россия занимает первое место в мире по количеству подростковых самоубийств среди детей в возрасте от 15 до 19 лет. Уровень завершенных суицидов в России превышает среднемировой в 1,7 раза, а критический уровень ВОЗ – в 1,4 раза. При этом количество суицидальных попыток в несколько раз превышает количество самоубийств [3]. Хочется отметить основные две группы факторов риска развития суицидального поведения у подростков:

- актуальные - одиночество, безнадежность, внутренняя напряженность;

-потенциальные - психологические характеристики семейного функционирования, личностные акцентуации [1].

В подростковом возрасте у мальчиков и девочек наиболее актуальными становятся такие вопросы, как сексуальные отношения, взаимоотношения между мужчиной и женщиной, вопросы пола. Половая принадлежность в этом возрасте обретает для них реальное социальное значение: определяет выбор профессии, жизненных планов, возможное семейное положение в будущем. Важными в системе самоутверждения для подростков становятся не только внешние физические способности, но и качества, связанные с половой принадлежностью. Большая роль в нормальной полоролевой идентификации подростка принадлежит семье, родителям, которые дают возможность интеграции полоролевой идентичности ребенка.

Проведенное исследование (Е.А. Орлова, Е.А. Поляков, 2017) показало следующее.

1.Существуют особенности мотивационной, эмоциональной, смысловой сфер личности и поведенческой сферы подростков-суицидентов.

2.Личность подростков-суицидентов характеризуется повышенной склонностью к различным видам девиантного поведения, искажениями мотивационно-потребностной и смысловой сфер личности, высоким уровнем депрессии.

3.При разработке модели и программы превенции и поственции суицидального поведения подростков необходимо учитывать особенности мотивационной, эмоциональной, смысловой сфер личности и поведенческой сферы подростков-суицидентов, которые могут служить «мишенями» профилактической и психотерапевтической работы с ними [2].

ЛИТЕРАТУРА

1.Банников Г.С. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Г.С. Банников [и др.] – Суицидология. - 2015. – т. 6, № 4 (21). – С. 21-32.

2.Поляков Е.А. Превенция и поственция суицидального поведения в подростковом возрасте // Современные подходы в оказании экстренной психологической помощи: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции 25 марта 2017 г./ кол. авторов ; под ред. А.В. Кокурина, В.И. Екимовой, Е.А. Орловой. — Москва: РУСАЙНС, 2017. - С. 217-222.

3.Шереметьева И.И., Ведяшкин В.Н. Патоморфоз суицидального поведения у подростков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – т. 11, № 3. – С. 61-68.

4.Яковчук М.Н. О статистике суицида в мировом сообществе / М.Н. Яковчук. – М, 2015. – 95 с.

**В.Н. Ослон**

## ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ, ПРИНЯВШИХ НА ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ СЛОЖНОЙ КАТЕГОРИИ. МОДЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ

**ФГБ ОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).**

Сегодня около 90% детей, имеющих статус сироты или оставшихся без попечения родителей, воспитывается в замещающих семьях. Еще около 60 тысяч детей нуждаются в семейном жизнеустройстве. Это в основном дети, которых О. Голодец назвала «трудно устраиваемой» категорией. Из них более 76,8% - подростки, 28,7% дети с ОВЗ, в т. ч инвалидностью, более 52,2% сиблинги. Они имеют особые потребности в семейном жизнеустройстве, сформировавшиеся вследствие нарушений онтогенеза, достаточно длительного негативного жизненного опыта, расстройств поведения и т. д. Их опасаются принимать в семью. Адаптация этих детей в семье имеет более длительный континуум, проходит значительно сложнее по сравнению с другими детьми-сиротами. Ключевым условием их эффективного семейного жизнеустройства является специализированная система сопровождения. В 2016 г. по заказу Минобрнауки России автором были разработаны Модельные программы сопровождения семей, воспитывающих детей-сирот с ОВЗ, в т. ч. инвалидностью, подростков, братьев и сестер.

В качестве методологического основания специализированной системы сопровождения выступает эколого-динамический подход (Ослон В.Н., 2011). С*убъектом сопровождения становится* целостная полифункциональная система, которая образуется при взаимодействии замещающей семьи и ее экологической системы. Сопровождение осуществляется в различных контекстах замещающей семьи (социальных, интерперсональных и интрапсихических, темпоральных), что позволяет учитывать всю совокупность взаимосвязей социальных, биологических и психологических факторов в динамике становления и развития семьи в качестве замещающей. Изменяющиеся потребности семьи, направленные на эффективность замещающей семейной заботы, и становятся предметом сопровождения. Эти потребности определяют содержание, характер, глубину и интенсивность сопровождения. Целью сопровождения является создание комплекса условий, способствующих удовлетворению изменяющихся потребностей семьи в осуществлении эффективной замещающей семейной заботы, предупреждение неэффективной заботы, препятствующей обеспечению приемных детей семейными эмоционально насыщенными безопасными отношениями привязанности, содействие в разрешении кризисов и восстановлении нормального функционирования. Важнейшей задачей сопровождения является мобилизация, аккумуляция и оптимальная поддержка внутренних и внешних ресурсов замещающей семьи для полноценного развития приемных детей, укрепление ее жизнеспособности. Семья выступает в качестве субъекта своего сопровождения. Сопровождение всегда направлено на социализацию приемного ребенка, независимо от состояния его психического, физического или психологического здоровья, и, как правило, имеет реабилитационную направленность.

В соответствии с изменяющимся потребностями семьи сопровождение осуществляется на трех уровнях: общем или базовом, кризисном и экстренном. В основу дифференциации уровней сопровождения положен уровень риска отказа от воспитания приемного ребенка. Основными задачами базового уровня являются: помощь семье в интеграции приемного ребенка в семье, образовательном пространстве и других институтах социализации, подготовке семьи и приемного ребенка к решению вопроса о его жизнеустройстве после завершения опеки, самостоятельному или полунезависимому в случае ментальной инвалидности проживанию. На кризисный уровень сопровождения переводятся семьи, которые не могут самостоятельно выйти из кризиса. Основной задачей сопровождения становится удовлетворение потребности семьи в урегулировании семейной ситуации, разрешении семейного кризиса. На экстренный уровень переходят семьи в ситуации острого конфликта с приемным ребенком, отказа опекуна от его воспитания, а также, если ребенок переживает состояние «сверхсильной стрессовой нагрузки». Задачами сопровождения становятся предотвращение отказа от воспитания ребенка, восстановление способности опекуна к продолжению замещающей семейной заботы, разрешение и нивелирование последствий психической травмы у приемных детей. При успешном сценарии у семьи снижается уровень сопровождения. При неуспешном — прекращается опека, и ребенок включается в систему реабилитации уже в специально созданных условиях организации для детей-сирот. В рамках общего и кризисного уровней определяется степень интенсивности сопровождения: высокая, средняя, низкая. Она зависит от степени влияния проблем семьи на ее функционирование в качестве замещающей, определяет временные затраты, уточняет мероприятия сопровождения.

Сопровождение семей организуется по технологии «работы со случаем» независимо от уровня сопровождения, что позволяет выстроить поэтапную, пошаговую работу с семьей на протяжении всего континуума замещающей семейной заботы. Каждый случай ведет куратор совместно с командой сопровождения. Команда является механизмом взаимодействия между многочисленными участниками процесса сопровождения. Она представляет собой совокупность экспертов из различных дисциплинарных областей (в соответствии с потребностями семьи). Важнейшим инструментом сопровождения семей с детьми сложной категории является Индивидуальная программа сопровождения.

В Модельных программах представлены особенности организации сопровождения семей в соответствии с категорией детей, принятых на воспитание, проблемы их семейного жизнеустройства на протяжении всего континуума приема, даются базовые Индивидуальные программы сопровождения,

критерии оценки эффективности реализации мероприятий сопровождения, а также содержание, алгоритмы деятельности и временные затраты специалистов на каждом уровне сопровождения, методы помощи семьям и примеры работы с ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ослон В.Н. Эколого-динамический подход к психологическому сопровождению замещающей семьи // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 1. – С. 27-38.

2. Ослон В.Н. Организационная модель психосоциального сопровождения замещающей семьи / В.Н. Ослон// PSYEDU.ru. Электронный журнал «Психологическая наука и образование», 2015. Том 7. № 2, С. 1-12 (Дата обращения 19.07.2017).

**А.А. Ощепков**

## ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ[8]

**Димитровградский инженерно-технологический институт - филиал ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ» (Димитровград).**

Подростковый период характеризуется возрастным кризисом, смысл которого состоит в том, что через него, через борьбу за независимость, происходящую в относительно безопасных условиях, подросток удовлетворяет свои ведущие потребности в самопознании и самоутверждении. У него не просто возникает чувство уверенности в себе и способность полагаться на себя, но и формируются такие способы поведения, которые позволяют ему справиться с жизненными трудностями. В этом возрасте важнейшим с точки зрения социализации является появление таких специфических черт, как стремление к общению со сверстниками и твердость в утверждении своей самостоятельности, независимости, личной автономии.

Формирование ответственности подростка также тесно связано с другим центральным личностным новообразованием этого периода – становлением нового уровня самосознания, Я-концепции. Отрочество характеризуется прежде всего повышением значимости Я-концепции, системы представлений о себе, становлением сложной системы самооценок на основании самоанализа и сравнения себя с другими. Подросток ищет критерии такого сравнения, смотрит на себя «извне», а затем переводит эти критерии на собственный взгляд «изнутри». Происходит переход от ориентации на оценку окружающих к ориентации на самооценку, формируется представление о Я-идеальном. Именно в этом возрасте сопоставление представлений о себе реальном и идеальном становится подлинной основой Я-концепции школьника.

Реальное и идеальное в Я-концепции в подростковом возрасте обязательно различаются. Расхождения между ними могут иметь различные последствия. С одной стороны, несовпадение реальной и идеальной составляющих является источником саморазвития и самосовершенствования личности. С другой стороны, рассогласованность между реальным и идеальным «Я» может стать причиной серьезных внутриличностных конфликтов. Многое определяется мерой того рассогласования «Я»-реального и «Я»-идеального, которая отражается в характере самооценки. У подростков наблюдается своеобразное сочетание конкретной, частной и общей самооценки: каждая положительная или отрицательная самооценка может приобрести глобальный характер. Неустойчивость самооценки, трудности в выборе критериев создают большой риск для возникновения неадекватной самооценки. В исследованиях о несовершеннолетних правонарушителях [1] общепризнанными являются данные о связи самооценки с асоциальным делинквентным поведением подростков. Наиболее опасными для социальной адаптации являются заниженная самооценка с ориентацией на неудачу и конфликтная самооценка с завышенными притязаниями, симптомами дефицита успеха и неуверенностью в себе.

Стремление подростка оценивать себя по объективным критериям, интерес к себе как к равноправному члену общества, создание внутренних критериев самооценки, базирующихся на его реальных и потенциальных достижениях, выстраивание социально одобряемого идеального «Я» способствуют его социализации. Степень реализованности такого стремления отражается в адекватной самооценке и уровне притязаний школьника, которые и могут служить достоверным признаком социальной адаптации.

Учитывая вышесказанное, нами была поставлена **цель исследования** различий самооценок у подростков, не склонных к суицидальному поведению, и подростков, склонных к суицидальному поведению, выражающаяся в различных соотношениях актуальной, идеальной оценок и оценки своих возможностей. В связи с этим нами были поставлены следующие **задачи**.

1. Исследовать актуальную, идеальную оценки и оценку своих возможностей подростков, не склонных к суицидальному поведению, и подростков, склонных к суицидальному поведению.

2. Проанализировать значимые различия актуальной, идеальной оценок и оценки своих возможностей и их соотношений у склонных и не склонных к суицидальному поведению подростков.

Эмпирическая часть исследования была выполнена на базе Педагогического лицея и средней школы № 6 г. Димитровграда Ульяновской области. Испытуемые – подростки 9 классов в возрасте 14–15

[8] Публикация подготовлена в рамках проекта, поддержанного РГНФ, N заявки 17-06-00814

лет, всего 112 человек. Для диагностики самооценки использовался Тест измерения самооценки Дембо–Рубинштейн, с целью определения склонности к суицидальному поведению использовалась Шкала склонности к самоповреждающему поведению Методики определения склонности к отклоняющемуся поведению (автор – А.Н. Орел). Для объяснения эмпирических данных использовалась модель, предложенная П.В. Яньшиным [2].

С целью анализа самооценки подростков, склонных к суицидальному поведению, и подростков, не склонных к суицидальному поведению, нами было проведено сравнение среднегрупповых значений актуальной, идеальной оценок и оценки своих возможностей с использованием статистического t-критерия Стьюдента. В результате, было обнаружено статистически значимое различие значений по идеальной самооценке ($t_{эмп}$=2,6428 при $\rho \leq 0,05$).

Пониженная идеальная самооценка у подростков, склонных к суицидальному поведению, может свидетельствовать о работе компенсаторных механизмов, которые выступают в форме психологической защиты от депрессивных состояний. Подростки, склонные к суицидальному поведению, снижают уровень идеала, чтобы повысить таким образом уровень удовлетворенности собой. Можно предположить, что в глубине души подростки, склонные к суицидальному поведению, недовольны собой, хотя это может и не осознаваться. В этом и заключается суть компенсаторного механизма – представить для сознания вещи в искаженном виде или в каком-либо противоположном образе.

Кроме этого, у подростков, склонных к суицидальному поведению, стоит отметить наблюдаемые в их ответах неравномерные повышения и понижения самооценки, которые являются признаками неблагополучия, т. е. на фоне более-менее устойчивого настроения может наблюдаться его понижение в связи с актуализацией негативных воспоминаний. Резкий переход на повышенное настроение является признаком компенсации, т. е. то, чем подростки, склонные к суицидальному поведению, пытаются спрятать от самих себя и окружающих отрицательные переживания, когда они не свободны в выборе поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Реан А.А. Психологическая служба школы. Принципы деятельности. Работа с трудными детьми. – СПб.: ПитерКом, 2000. – 204 с.

2. Яньшин П.В. Исследование самооценки по Дембо–Рубинштейн с элементами клинической беседы // Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб.: Питер, 2004. – 159 с.

**Т.А. Павлова, С.В. Гречаный**

## ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И РОЛЬ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

В настоящее время показано, что расстройства аутистического спектра и соматическая патология пищеварительного тракта у детей представляют собой состояния, не просто часто сочетающиеся, но в ряде случаев связанные этиопатогенетически. Проблема актуальна в связи с назначением элиминационных диет – методе терапии при детском аутизме, пока мало исследованном и недостаточно научно обоснованном.

В то же время практический опыт работы с пациентами, страдающими аутистическими расстройствами, свидетельствует, что как минимум у 1/3 детей с указанной патологией безглютеновая и/или безкозеиновая диета, назначенная врачами-диетологами ex juvantibus, приводит к заметным временным и отдаленным положительным изменениям в их психическом состоянии. Так, по данным самоотчетов родителей, у детей купируются боли животе, метеоризм, нормализуются стул и биохимические функции печени, пациенты становятся более сосредоточенными, постепенно купируются беспричинное беспокойство и двигательное возбуждение. Нарушение диеты приводит к «бесконтрольному состоянию», безудержному веселью, дети становятся «как пьяные.., похожие на наркоманов», нарушается координация движений, «заваливаются на пол…». Несмотря на очевидную актуальность данной темы, в отечественной литературе она затронута лишь в единичных публикациях (Д.В. Архипова, 2012).

Исследование 412 детей с аутистическими расстройствами показало, что гастроинтестинальные симптомы проявлялись почти в тот же возрастной период, что и первые проявления аутизма, т. е. на первом году жизни [Horvath K., Perman J. A., 2002]. Ряд симптомов, связанных с ЖКТ, такие как «внезапная раздражительность», «агрессивность», обычно расцениваются не как гастроинтестинальные, а как поведенческие, что связано объективными трудностями понимания состояния таких детей, дифференциации их жалоб. Описан типичный хабитус ребенка с детским аутизмом, который косвенно свидетельствует о вовлеченности ЖКТ в патологический процесс [Herbert M., 2012]. По данным родительских опросов, у детей с аутизмом чаще всего выявляются такие гастроинтестинальные симптомы, как хроническая диарея (19%), запор (21%), изменение консистенции стула (7%) [Melmed R.D., Schneider C., Fabes R.A. et al., 2000]. У их сибсов диарея и запор выявлялись соответственно в 8% и 10% случаях.

По данным другого опроса, из 500 детей, страдающих аутизмом, у 20% частота стула была 3 и более раз в день, у половины отмечались частый метеоризм и вздутие живота, а у 1/3 боли в животе [Lightdale J. R., Siegel B., Heyman M.B., 2001]. Обследование показало, что **у** 84,1% детей с аутизмом диагностировался по крайней мере один из перечисленные ниже симптомов: диарея (3 и более раз в день, жидкий или водянистый стул, сохраняющийся дольше, чем 2 недели); запор (2 или менее дефекаций в неделю твердой консистенции); зловонные испражнения; метеоризм 2-3 раза в неделю; вздутие живота по крайней мере 1 раз в неделю; признаки дискомфорта в животе по крайней мере 1 раз в неделю; регургитация пищей. Распространенность этих жалоб у детей с аутизмом было выше, чем у здоровых братьев и сестер [Horvath K., Perman J. A., 2002]. Гастроинтестинальные симптомы влияют на общее психическое состояние пациентов. Отмечена более высокая распространенность нарушений сна у таких детей (в более половины случаев), тогда как у здоровых сибсов это выявлялось лишь у 6,8%.

Суммируя данные различных исследований можно говорить о следующей патологии желудочно-кишечного тракта при аутизме. Эндоскопические, гистологические и иммуногистохимическое исследования выявили наличие хронического воспаления в ЖКТ – неспецифический мультиорганный воспалительный процесс (эгофагит, гастродуоденит, илеит, колит). В 43% у пациентов с аутистическим синдромом отмечается повышенная проницаемость кишечника.

Использование диетотерапии при аутизме основывается на теории избытка кишечных опиоидов (экзорфинов) [Knivsberg A.M., Wiig K., Lind G. et al., 1990]. Согласно ей, экзорфины, т. е. экзогенные опиоиды, такие как бета-казоморфины (источник – казеин) и глиадорфины (источник – глютен), попадая в мозг, вызывают дисфункцию, которая приводит к аутистическим и поведенческим симптомам. Теория основывается на эмпирических фактах, что у детей с аутизмом чаще, чем в популяции, встречаются гастроинтестинальные симптомы (боль в животе, диарея, желудочно-кишечный рефлюкс). С влиянием экзогенных опиоидов гипотетически связаны такие поведенческие и коммуникативные расстройства, как стереотипии и ритуалы, ступор, чрезмерная двигательная активность, речевые нарушения [Shattock P., Lowdon G., 1991].

Безглютеновая и безкозеиновая диета (Gluten–Free Casein-Free Diet, GFCF) требует полного исключения из рациона глютена (пшеница, рожь, ячмень, овес) и казеина (молоко и все молочные продукты). Предъявляются требования к длительности соблюдения диеты – не менее 3-6 мес [Klaveness J., Bigam J., Reichelt K. L., 2013]. Однако, систематический обзор работ с 1970 г. свидетельствует [Salvador M.-B., Itziar Z., Amelia M.-S. et al., 2014], что пока имеется мало доказательных исследований по этой теме (слепых, рандомизированных, контролируемых), и они, как правило, основаны на небольших выборках.

Таким образом, в литературе имеются многочисленные данные о положительном влиянии диет на поведенческие симптомы у пациентов с аутизмом, гиперактивностью и др. расстройствами. Точные механизмы влияния диет пока не установлены. Большинство исследований на эту тему не соответствует критериям доказательности, поэтому диета пока не входит в стандарты лечения аутистических расстройств. Однако в настоящее время проводятся лонгитюдные исследования, имеются перспективы установления клинических закономерностей.

**О.Ф. Панкова**

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕВЕНЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ

**ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (Москва).**

**Введение.** Состоянию психического здоровья студентов всегда традиционно уделялось значительное место в работах и публикациях как отечественных, так и зарубежных психиатров. По оценке Liselotte Dyrbye (2010), которая опросила более 2500 студентов медицинских вузов, около 25% процентов страдают от депрессии, более 50% испытывают симптомы «профессионального выгорания», а 10% признаются в мыслях о суициде. И хотя многие медицинские вузы предлагают свои программы психологической помощи, студенты признаются в страхе, что обращение за помощью к психологу или психиатру окажет негативное влияние на их дальнейшую карьеру. В течение последних десяти лет нами проводились систематические скрининговые исследования, направленные на выявление признаков эмоционального выгорания и профессиональной деформации у студентов уже на этапе получения профессии и пограничных нарушений психики студентов, включая невротизацию, психосоматические расстройства и психопатизацию. Особую значимость в последние два года, по нашему мнению, приобретает изучение возможного влияния на состояние психического здоровья студентов-выпускников медицинского ВУЗа проводимых реформ в профессиональном образовании и возникших в связи с ними новых трудностей в получении высшего профессионального образования и последующего трудоустройства (аккредитация студентов-выпускников, отмена интернатуры, новые правила поступления в ординатуру, преимущественно целевые или коммерческие формы обучения и др.).

**Цель исследования.** Изучение показателей психического здоровья студентов-выпускников медицинских вузов в условиях реформ профессионального образования последних лет.

**Материалы и методы исследовании**. Для выявления СЭВ использовался модифицированный опросник В.В.Бойко. Оценка копингов проводилась с помощью методики Хобфолла (SACS). Было обследовано 300 студентов 5 курса дневного и вечернего отделений педиатрического факультета: 155 человек студенты дневного факультета, 70 – вечернего факультета и 75 - московского факультета (вечернее отделение). Уровень невротизации и психопатизации (УНП) и оценка самочувствия, активности, настроения (САН) изучался с помощью соответствующих опросников, разработанных Бехтеревским институтом. Было обследовано в 2015-2016 учебном году 85 студентов дневного и 105 студентов вечернего отделений; 40 студентов дневного и 30 студентов вечернего отделений в 2016-2017 учебном году.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Отдельные признаки формирования эмоционального выгорания были выявлены у более половины обследованных студентов, что свидетельствует о значительных трудностях их адаптации к будущей профессии.

Среди стратегий преодоления конфликтных и стрессовых ситуаций (копингов) отмечались высокие показатели неконструктивных стратегий: импульсивные действия – 46%, избегание - 60%, агрессивные действия - 63%. В то же время были низкими показатели конструктивных стратегий: вступление в социальный контакт – 40%, поиск социальной поддержки - 41%.

В качестве комплексных психокоррекционных мероприятий, направленных на профилактику СЭВ, нами предлагались и использовались поэтапное психологическое сопровождение студентов в процессе их обучения в медицинском ВУЗе, включающее интеграцию психологической помощи и преподавания психологических дисциплин. Особое значение придавалось развитию самопознания у студентов. Проведение психокоррекционных мероприятий было направлено на формирование конструктивных механизмов совладения со стрессом. Важное место должны были занять центры психологической помощи и профессиональной ориентации в медицинском вузе.

Полученные по соответствующим шкалам показатели невротизации и психопатизации студентов не выходили за пределы существующих норм вплоть до 2016 г. Сравнение полученных результатов тестирования студентов в 2015/2016 гг. и 2016/2017 гг. обнаружило статистически значимое ухудшение показателей их психического здоровья. Резко снизились субъективно оцениваемые ими показатели самочувствия, активности, настроения. Значительный рост отмечен по шкалам невротизации и психопатизации.

**Выводы.**

1.Выявленное в последний год статистически значимое ухудшение показателей психического здоровья студентов-выпускников дает основание предположить непосредственную связь роста пограничных психических расстройств с грядущими трудностями в получении специального профессионального образования и трудоустройства в условиях проводимых реформ здравоохранения и высшего профессионального образования.

2.Необходимо совершенствование в вузе психологической помощи студентам, направленной на формирование конструктивных стратегий совладения в условиях стресса и фрустрации, а также преодоление страха стигматизации.

3.Благоприятной основой для преодоления пограничных кризисных расстройств является сохраняющаяся высокая активность и направленность студентов на сотрудничество.

**О.Ф. Панкова, Р.Э. Гамгия, И.В. Дорина**

## ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ (ШИЗОТИПИЧЕСКИХ) И ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (Москва).**

**Введение.** Со времени выделения шизотипического расстройства личности в DSM-III и МКБ-10 в работах зарубежных и отечественных исследователей не прекращаются дискуссии о его нозологической самостоятельности и роли в возникновении расстройств психотического регистра с возможностью трансформации шизотипического расстройства в шизофрению **[**Parnas J., Raballo A., Handest P. et al. 2011). В исследованиях последних лет широкое распространение получило представление о спектрах психических расстройств (шизофреническом, аффективном), под которыми понимается совокупность и диапазон всех проявлений, характерных для данной группы заболеваний. В.Н. Краснов (2011) предпочитает обозначать это как кластер или континуум расстройств, клинически близких и имеющих некоторые общие нейробиологические, в том числе генетические, признаки и связи. По мнению современных зарубежных исследователей (Daniel R. Rosell, Shira E. Futterman, Antonia McMaster et al., 2014), шизотипическое личностное расстройство (ШЛР) - это в значительной мере и клинический синдром, и промежуточный фенотип расстройств шизофренического спектра, который в перспективе может помочь лучше понять генетику, патогенез и лечение родственных психотических расстройств. В работе С.Н. Мосолова (2012) отмечается, что «мы точно не знаем, есть ли четкие границы искусственно выде-

ленных диагностических категорий, или существует целый спектр шизофренических расстройств с перекрытием симптоматики с аффективными или обсессивно-компульсивными расстройствами, а также с шизотипическим личностным расстройством».

**Целью** настоящего исследования явилось изучение возможной связи первого психотического эпизода, возникшего в детском или подростковом возрасте, с шизотипическими расстройствами.

**Материалы и методы.** Была изучена выборка из 56 пациентов, впервые поступивших в стационар НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой с признаками психотического расстройства. Помимо этого, в клинической картине имеющихся расстройств заметное место занимали непсихотические расстройства, квалифицируемые в рамках шизотипии. Последние отмечались как в преморбиде больных, так и в постпсихотическом периоде. Основные методы исследования - клинико-психопатологический и катамнестический.

**Результаты.** Из 56 больных с первым психотическим эпизодом, находившихся на лечении в 2016 г., пациенты женского пола составили 60,7%, мужского пола - 39,3%. Распределение больных по возрасту: до 12 лет – 2 чел. (3,5%), 12-13 лет – 8 чел. (14,4%), 14-15 лет – 22 чел. (39,2%), 16-17 лет – 24 чел. (42,9%). Наличие шизотипических расстройств было выявлено у 13 пациентов (23%). Анализ психопатологической структуры и динамики расстройств у больных данной группы позволил разделить их на две подгруппы.

В первую вошли 7 больных, у которых при поступлении были выставлены диагнозы из рубрики F23 – острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, шизофреноформный психоз, другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства. Однако, размытость и незавершенность структуры психотических расстройств (имели место идеи отношения, деперсонализация, образное патологическое фантазирование, контрастные навязчивости с элементами бреда, «малые» автоматизмы), их кратковременность и атипичность в сочетании с выраженными шизотипическими проявлениями как в преморбиде, так и в постприступном периоде дали основание квалифицировать субпсихотические проявления в рамках шизотипического личностного расстройства. Именно данный диагноз был основным при выписке из стационара с рекомендацией продолжения амбулаторного наблюдения и лечения у психиатров.

У пациентов второй подгруппы (6 чел.) клинические проявления психозов имели гораздо более очерченный характер, их продолжительность была существенно длиннее, вследствие чего заключительный диагноз отражал психотический регистр имевшихся расстройств. В структуре психозов имели место галлюцинаторно-параноидные проявления, психические автоматизмы, аффективно-бредовые и кататонические расстройства. У пяти из шести больных был выставлен диагноз F25 Другое шизоаффективное расстройство. Подобные психотические состояния могут рассматриваться как манифестные приступы процессуального заболевания у больных с шизотипическим преморбидом по типу диатеза.

**Заключение.** Проведенное исследование подтвердило неоднозначную роль шизотипических расстройств в возникновении первого психотического эпизода, прогностическом значении и степени риска развития психического заболевания в детском и подростковом возрасте. Примерно с одинаковой частотой встречались два типа расстройств психотического регистра: стертые субпсихотические состояния с полиморфной структурой и остро развивающиеся психозы с выраженной аффективной составляющей и преимущественно галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Имелись различия и в динамике психопатологических проявлений. В первой подгруппе течение заболевания носило сравнительно стабильный непрерывный характер. Несмотря на преходящие психотические расстройства, ведущими в клинической картине оставались разнообразные шизотипические проявления. Во второй подгруппе клинически выраженная психотическая симптоматика, имеющая очерченный характер и психопатологическую структуру, позволяла говорить о манифестации процессуального заболевания в рамках шизофрении. Небольшая выборка и короткий период наблюдения не позволяют говорить о закономерностях во взаимоотношении непсихотических (шизотипических) и психотических форм психической патологии с началом в детском и подростковом возрасте. Дальнейшее клинико-катамнестическое исследование данной группы психических расстройств, роли эндоформных и экзогенных факторов является целью нашей дальнейшей работы.

**Л. О. Пережогин**

## ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ИНТЕРНЕТА

**ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России (Москва).**

Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных средств, доступа к нему – одна из форм нехимических зависимостей. Особенность этих патологических состояний заключается в том, что в процессе их формирования реализуется аддиктогенный потенциал, присущий не химическому агенту, обладающему психоактивными свойствами, а набору действий, поведенческих реакций, сложных поведенческих стереотипов, реализующихся комплексно как совокупность моторных, сенсорных, когнитивных и эмоциональных реакций. Как следствие, возможно предположить, что основным методом лечения зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к не-

му, является психотерапия.

Эмпирическую базу исследования составили 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обратившиеся в 2013-2016 гг. за психотерапевтической помощью, обнаруживающие признаки зависимого от интернета поведения. У 110 детей (56 юношей и 54 девушки, из них 21 (37,9%) юноша и 32 (59,3%) девушки преморбидно психически здоровы) при лишении их возможности взаимодействовать с сетью возникли абстинентные реакции, в ряде случаев потребовавшие фармакологической терапии. У 110 детей (77 юношей и 43 девушки, из них 34 (44,2%) юноши и 27 (62,8%) девушек преморбидно психически здоровы) абстинентных реакций не наблюдалось. Среди детей, обнаруживающих психические расстройства, 6 девочек (11,1%) и 8 мальчиков (14,3%), проявляли расстройства шизофренического спектра (в большинстве случаев диагностированные за 1-2 года до настоящего обращения за помощью), расстройства поведения и формирующиеся расстройства личности выявляли у 5 девочек (9,3%) и 11 мальчиков (19,6%)*, невротические расстройства – у 10 девочек (18,5%) и 16 мальчиков (28,6%)* (* - различия между группами статистически достоверны). У 1 девочки выявлена умственная отсталость (F70.0).

На первом этапе (6 индивидуальных встреч) проводится обучение несовершеннолетних аутогенной тренировке 1 ступени (АТ-1). Хорошо зарекомендовала себя модификация АТ-1 по М. С. Лебединскому и Т.Л. Бортник с рядом изменений. Занятия продолжались по 1 часу 1 раз в неделю. Во время каждого занятия совместно с врачом проговаривалась вся формула АТ-1. Между встречами с врачом дети ежедневно занимались самостоятельно. Для усиления эффекта АТ перед занятием осуществлялась работа в технике дыхательной гимнастики «Океан» по В.В. Макарову. На первой встрече основное время уделялось обучению консолидации внимания и вызыванию чувства тепла и тяжести в конечностях и во всем теле. В качестве усиливающего компонента применялась техника прогрессивной мышечной релаксации. Вторая и третья встречи были посвящены регуляции вегетативных проявлений (темп дыхания, сердечный ритм). На четвертой и пятой встречах большинству подростков удавалось достигать состояния аутогенного погружения, характеризовавшегося высоким уровнем внутреннего контроля, активной концентрацией внимания, целенаправленным, сфокусированным на аспектах своего состояния мышлением, выраженной, глубокой релаксацией. В данном состоянии становилась возможной эффективная аутосуггестия, проводившаяся с использованием структурных элементов формулы АТ-1 нейтрализирующего (направленного на влечение к ПК и мобильным устройствам) и поддерживающего (направленного на сознательно выбранный ребенком тип активности) характера. На шестой встрече использовались элементы АТ-2, в первую очередь – визуализация образов, связанных с позитивным мировосприятием, вопросы образам. В заключение первого этапа терапии врачом совместно с ребенком (иногда – с привлечением родителей) анализировались дневниковые записи, составлялся терапевтический договор (обязанности ребенка, желаемые результаты терапии). В случае успешного выполнения программы 1 этапа дети включались в терапевтическую группу.

Дети, подошедшие ко второму этапу терапии и включенные в терапевтическую группу, к этому моменту уже претерпевали существенную положительную динамику. Во-первых, у них существенно снижалось время, проведенное в работе с ПК. В ходе 1,5 месяцев индивидуальной терапии ставилась задача перевода сетевой активности с мобильного устройства на ПК. В этот же период усилиями родителей и третьих лиц (в том числе педагогов) у ребенка формировались навыки альтернативного взаимодействия с компьютером (большинство детей, за редким исключением, не владели программами, позволяющими заниматься творчеством, хобби, не знали простых алгоритмов для пользования поисковыми системами и т. д.). В среднем к концу индивидуального периода ребенок проводил за экраном 1,5-2 часа ежедневно (это время превышает допустимое по гигиеническим нормам), вместо 6-8 часов в начале терапии, причем на игры, социальные сети приходилось не более половины этого времени. Сетевая активность контролировалась взрослыми членами семьи, внутрисемейный договор регламентировал систему положительных и отрицательных подкреплений. Во-вторых, у детей, в силу освободившегося времени, появлялись другие, не связанные с ПК занятия, в том числе – творчество и спорт. В ходе живого общения со сверстниками происходила структуризация личностных запросов, своего рода «ревизия» точек аутоидентификации. Ко второй стадии терапии дети подходили со сформированным запросом, они сознательно нацеливались на определенный характер изменений.

Родители получали по ходу терапевтической работы подробные инструкции, некоторые (по собственной инициативе) сами обучались АТ и вели дневники. Заинтересованное и неравнодушное отношение родителей приносило свои плоды: поведение детей быстрее стабилизировалось, абстинентные реакции протекали мягче и были короче.

На втором этапе (8 групповых встреч) в начале каждой встречи проводился групповой сеанс АТ. Затем проводилась групповая встреча, в рамках которой участники обсуждали свое текущее состояние, проговаривали свои переживания, сообщали об успехах и неудачах лечебного процесса, отчитывались о выполнении домашних заданий. В ходе терапии формировалась диссоциация в структуре аддиктивной личности двух «Я»: одно «Я» – слабое, зависимое от ПК, от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое «Я» – сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность, соблюдающее договор. Основная задача этого этапа по сути сводилась к диссоциации «Я», в основе кото-

рой лежит трансформация «Эго-синтонической позиции» по отношению к зависимости в «Эго-дистоническую позицию», когда индивид может самостоятельно контролировать свое влечение, сознательно контролировать свое состояние и бороться с абстинентной симптоматикой. Особенно важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации «insensu»; мишенью работы по десенсибилизации были ситуации разлучения с персональным компьютером или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления (подростки, освоившие АТ-1, легко достигали его за 1-2 минуты) пациенты вызывали (визуализировали) образы ПК, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главной задачей на данном этапе было научиться наблюдать их без напряжения, без тревоги, без возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации, пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления, снова визуализирует образ. В ряде случаев десенсибилизации было необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например «компьютер – включенный компьютер – запуск игры – типичные сцены игры (их может быть несколько) – победа в игре». Использовались техники «пресыщения» insensu. Как правило, в план работы группы включались 1-2 поведенческих тренинга, направленных на отработку навыков установления межличностных отношений. После окончания групповой встречи проводились краткие индивидуальные консультации в свободном режиме для подростков и родителей.

После окончания терапии в группах все без исключения подростки и их родители отмечали существенные позитивные изменения в состоянии. Во-первых, время, проводимое ежедневно за компьютером, составляло теперь в среднем около 1 часа. Во-вторых, работа за компьютером носила характер необходимой и достаточной: выполнялись в основном те действия, в которых компьютер и его ПО выполняют роль инструментальную. В-третьих, взаимодействие со сверстниками происходило теперь в режиме реального общения. Кроме школы большинство детей посещало спортивные секции, клубы по интересам, многие стали часто ходить с друзьями в кино, на прогулки, кататься на велосипеде и т. д. В-четвертых, улучшилась академическая успеваемость, появились хобби, со слов педагогов, улучшилось и поведение на уроках.

Через полгода были собраны катамнестические сведения. Стойкая ремиссия сформировалась у подростков, обнаруживавших 1 стадию зависимости, в 89,5% случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости – в 76,5% случаев (статистически достоверных различий между группами не выявлено). Причиной рецидивов были стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, значительно реже – длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция).

**И.В. Пестова, Е.В. Милютина, А.Л. Громогласов**

## ДУХОВНО -НРАВСТВЕННЫЙ ПОДХОД КАК ЧАСТЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПТСР

**ГБУ СО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо» (Свердловская область, г. Полевской).**

В современном мире тема сохранения физического, социально–психологического здоровья ребенка очень актуальна. Взаимодействие осуществляется в рамках биопсихосоциальной парадигмы, что позволяет охватить основные жизненные аспекты личности человека. И роль медицины в этом случае составляет всего 10%-15%. Остальное - за самим ребенком и его окружением [6]. Ребенок недостаточно защищен в условиях сегодняшних реалий. Общество, государство, семья, различные программы помощи не всегда способны оградить маленького человека от столкновений с факторами «внезапного» стресса и травмы.

***Посттравматическое стрессовое расстройство*** - это тревожное расстройство, возникающее в результате кратковременных эффектов травмы и длительных (отдаленных) последствий, которые вызывают поведенческие и физиологические нарушения в младшем, детском и подростковом возрасте. В современной науке также выделена новая диагностическая категория - острое стрессовое расстройство, отражающая тот факт, что травматические события часто вызывают острое развитие симптомов, которые могут в дальнейшем сохраняться или претерпевать обратное развитие.

Необходим комплексный подход к реабилитации детей с ПТСР, который обусловлен, в первую очередь, сложностью и мультифакторностью ПТСР. Биопсихосоциальная модель помощи активно используется ГБУ СО ЦППМСП «ЛАДО». Данный подход позволяет подобрать каждому из обратившихся или направленных детей индивидуальную программу помощи.

Данные за последние 3 года (2014-2016 гг.) деятельности нашего учреждения: обратились 5498 детского населения; из них с острыми кризисными состояниями (ОКС) и психологическими травмами – 1155человек, что составляет в общей сложности 21% от числа всех обратившихся.

В рамках работы с этими детьми и семьей, сбора социального анамнеза у 34% от ОКС (7% от общего числа обратившихся) выявлено наличие предшествующих психотравмирующих факторов (ПТФ).

Реабилитация и восстановление детей с ПТСР не могут быть полными без включения в структуру биопсихосоциального подхода духовно-нравственного компонента и рассмотрены в трех позициях:

**1.Время.** У любого события есть свое время.

**2.Пространство.** Среда, в нашем случае - окружающее, внешнее пространство оказывает непосредственное влияние на внутреннее состояние или другими словами на пространство души человека и нами представлена авторская 5-ступенчатая техника «5 шагов к ребенку», разработанная доцентом кафедры практической психологии Института психологии ПГПУ Смирновым Д.О. и адаптированная нами в процессе работы. Данная техника помогает специалисту подготовить родителей и дать им ресурс взаимопонимания с ребенком в трудный период его жизни и способствует более осознанному родительству, а также экологичному внутрисемейному взаимодействию.

**Шаги техники:**

**Вера** - вера в то, во что «верится каждый день», в то, что уже есть в ребенке здесь и сейчас, что им принимается и понимается, что безоговорочно и безусловно воспринимается и ребенком, и родителем.

**Система Общих(Наших) Принципов** – создание таких семейных принципов, ценностей, которые безусловно воспринимаются и родителем, и ребенком, которые базируются на едином стержне того, во что «верится каждый день» всеми членами семьи.

**«Телескоп на себя»** – при развитии конфликтной, кризисной ситуации в отношениях между ребенком и родителем или появлении предпосылки развития ситуации и возникновении желания рассмотреть недостатки ребенка «под микроскопом», причем вместе с ним, то ***посмотри*** сначала ***на себя*** со стороны (в том числе и со стороны ребенка), «разверни телескоп на себя», посмотри на ***свои действия*** со стороны, и ***почувствуй,*** что и как может чувствовать ребенок в конкретной этой ситуации.

**Духовная общность** (формируется месяцы и годы) – воссоздание и сохранение доверия.

Если рассматривать появление, нарастание непонимания (недопонимания), возникновение конфликтов от недостатка доверия, ссор как движения от духовной общности к духовной пропасти, то обязанность родителя, ощутив, обнаружив приближение пропасти, не прыгать в нее с головой, а сначала образно зафиксироваться (остановиться) и сделать шаг назад в «Телескоп» и «Веру» (помогает метафора с альпинистом, остановившимся перед пропастью или препятствием и решившим перед преодолением вернуться на базу, чтобы лучше подготовиться).

**Сотворчество** - воспроизведение совместных действий, конструирование недалекого будущего на базе духовной общности. Законченный и укрепленный со временем шаг позволяет добавить к бедному по содержанию первому пункту техники новые безусловные моменты и укрепляет (насыщает) позицию общих семейных принципов, ценностей.

**3. Опора.** Важно, чтобы был человек, на которого мог бы опереться ребенок, находящийся в кризисе (родители). Самосконструированный на предыдущем этапе родитель таким образом становится главным «компонентом» опоры ребенка.

Этот подход повышает уровень духовного родительства, формирует более глубокие связи между членами семьи, усиливая личностный ресурс развития ребенка. Таким образом, включение духовно-нравственного подхода в биопсихосоциальную модель увеличивает возможности и качественно насыщает терапевтическое и реабилитационное воздействие при взаимодействии с детьми, находящимися в ПТСР.

**Е.В. Петш**

## ОТ ОТНОШЕНИЙ — К ИГРЕ. ПУТИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ДЕТСКОГО САДА

**ГБДОУ № 43 Кировского района (Санкт-Петербург).**

За последние десять лет, по данным статистики, в России произошел резкий скачок рождаемости детей. С одной стороны, этот факт свидетельствует о выходе страны из демографического кризиса, с другой — о появлении новых проблем, связанных с сопровождением семей детей раннего возраста, поступлением детей в детские дошкольные учреждения. Проблемы материального и социального характера все чаще вынуждают родителей обращаться с просьбой о зачислении малышей в ясельные группы дошкольных учреждений. Получив заветное направление в детский сад, родители, чаще мамы, сталкиваются с проблемами другого рода — психологическими. Их беспокоит готовность ребенка и семьи в целом к новым изменениям в жизни.

Для педагогов раннего возраста сегодня тоже непростое время. За последние десять лет произошли существенные изменения в сфере образования, были введены ФГОС. В современной педагогике появились подходы к воспитанию и развитию детей, основанные на новых исследовательских открытиях в области психологии и нейробиологии, которые нельзя игнорировать. Нейробиологические исследования, проводимые последние пятнадцать лет, доказали, что основной мотивационной системой человека является стремление к установлению контакта, к взаимному уважению и любви. Опыт одиночества, потери значимых отношений, длительные разлуки, особенно в раннем возрасте, с близким значимым человеком приводят к повышению уровня кортизола (гормона стресса) в крови, который влияет не только на работу физиологических систем организма, но и на эмоциональное состояние и познавательную активность ребенка. Для нормализации состояния малышу необходимо, чтобы рядом был надежный, принимающий и поддерживающий взрослый. Эти данные подтверждают и развивают научные концепты, описанные еще в 1940–1950-х годах Джоном Боулби в теории привязанности.

Одна из важнейших задач дошкольного учреждения — помочь ребенку в адаптации к социальному миру. Сегодня число сложно адаптирующихся детей к условиям как дошкольного учреждения, так и школы, увеличивается. Эта ситуация обращает внимание исследователей и заставляет специалистов-практиков заняться вопросами ранней социализации.

Социализация, по мнению Л. С. Выготского, - двусторонний процесс, включающий в себя, с одной стороны, усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в определенную социальную среду, систему социальных связей; с другой стороны — это процесс активного воспроизведения индивидом системы социальных связей за счет его активной деятельности и вхождения в социальную среду. Для маленького ребенка вхождение в социальную среду — сложный процесс. Современные исследования указывают на то, что главными помощниками на пути адаптации к новым условиям жизни в детском саду являются отношения, сформировавшиеся у ребенка с матерью, и умение играть. Мать в этой ситуации выступает как «агент социализации», она является значимым для него лицом и осуществляет первичный уровень социализации посредством создания атмосферы принятия, в которой формируется привязанность. Привязанность — это важный фактор социализации, особенности отношений ребенка с матерью становятся «матрицей», по которой в дальнейшем строятся все отношения ребенка с другими людьми. Эти факты подтверждают необходимость работы с родителями, особенно с матерями, детей, поступающих в ясли.

Игра — это естественный способ познания мира ребенком. В процессе игры малыш осваивает различные способы действия с предметами и материалами, формы поведения в социуме, учится всему тому, что необходимо ему для жизни. Для свободной игровой деятельности ребенку нужна психологическая и физическая безопасность. Специалисты знают, что активное поведение, заинтересованность игровой деятельностью, положительный эмоциональный настрой на взаимодействие с воспитателем — это критерии успешной адаптации ребенка к детскому саду. Именно воспитатель становится для ребенка той эмоционально значимой фигурой, которая замещает родителя. Поэтому прочные эмоциональные связи (отношения привязанности) должны сложиться у малыша и с замещающим маму специалистом. Современные исследования доказали, что именно надежные отношения привязанности обеспечивают успешность в развитии познавательных способностей, игровой деятельности и в процессе адаптации детей к новым социальным условиям жизни. В связи с этим возникает необходимость проведения в дошкольных учреждениях дополнительного обучения воспитателей ясельных групп основам психолого-педагогического подхода, базирующегося на теории привязанности Джона Боулби.

*Основные направления работы с родителями, воспитателями групп раннего возраста и детьми*:

1). Индивидуальное консультирование родителей по актуальным вопросам перед поступлением ребенка в ДОУ;

2). Проведение интерактивного семинара «Психологическая готовность к детскому саду»;

3). Проведение семинаров-практикумов для воспитателей групп раннего возраста;

4). Проведение работы в ясельных группах по программе Е.В. Ларечиной «Растем вместе».

Психолого-педагогическая работа с родителями, детьми и воспитателями в рамках дошкольного учреждения является эффективной для профилактики явлений дизадаптации у малышей, а психолог становится значимым специалистом, который сопровождает семью на этапе первичной социализации ребенка.

**А.В. Плиска**

## ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

**ГОБУ МО ЦППМС–помощи (Мурманск).**

Новые тенденции распространения ВИЧ-инфекции в нашей стране заставляют пересмотреть всю стратегию профилактической образовательной деятельности. В настоящее время заражение ВИЧ-инфекцией перестало уже ограничиваться только традиционными группами, уязвимыми к ВИЧ, а стало распространяться среди широких слоев населения и, главным образом, среди молодежи. Очевидной стала и еще одна новая тенденция - повышение частоты распространения ВИЧ-инфекции среди молодых женщин и резкий рост частоты передачи вируса от матери к ребенку, что уже привело к увеличению числа ВИЧ-инфицированных детей как в семьях, так и в образовательных организациях. Все это еще раз подчеркивает реально высокую вероятность встреч с проблемами ВИЧ-инфекции непосредственно в образовательной среде - социальном институте, который в первую очередь занимается детьми, подростками и молодежью. И, естественно, обладая большими и разнообразными возможностями и методами влияния на молодое поколение, его развитие и формирование, образовательная среда не только не может находиться в стороне, но в современных условиях является главным направлением противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди населения нашей страны.

В рамках реализации решений Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в России разработан и реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье». Основные цели и задачи проекта направлены на сохранение здоровья молодого поколения страны.

Проблема распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди подростков и молодежи в современной России не только остается чрезвычайно актуальной, но с каждым годом все более обостряется.

Молодое поколение находится в более уязвимой ситуации, так как именно в подростковом и юношеском возрастах происходит изменение стереотипов, нормативных и ценностных ориентаций, увеличивается количество стрессовых ситуаций, к которым подростки не готовы. Эти и другие причины заставляют их искать средства, помогающие уходить от тягостных переживаний, неразрешенных ситуаций. Именно в этом возрасте свойственно необдуманное поведение в различных ситуациях, иногда из-за незнания, иногда из-за отсутствия жизненного опыта или желания быстрее окунуться во взрослую жизнь. Поэтому предоставление необходимой информации занимает особое место в системе профилактических мероприятий в молодежной среде. Вместе с тем возрастает необходимость модификации способов передачи информации, уход от прямой трансляции знаний к интерактивным способам обучения. Обогащение содержания программ профилактической направленности через включение в учебный процесс тренинговых форм работы позволяет повысить усвоение программного материала, снизить риски заражения ВИЧ/СПИД. Разработанная специалистами ГОБУ МО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» модифицированная программа «Бояться не нужно – нужно знать!» позволяет расширить компетентность обучающихся образовательных организаций по проблеме ВИЧ/СПИДа, что, в свою очередь, способствует качеству проводимой профилактической работы и позволяет снизить риски инфицирования среди молодежи заболеванием ВИЧ /СПИД и других инфекций передаваемых половым путем.

Цель программы – первичная профилактика ВИЧ/СПИДа среди старших подростков посредством формирования системы духовно-нравственных ориентиров; повышение уровня компетентности старших подростков по проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа, снижение риска заболевания.

*Задачи программы:*

- Повышение информированности учащихся общеобразовательных организаций о проблеме распространения ВИЧ-инфекции в подростковой, молодежной среде.
- Формирование ценностного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих людей.
- Формирование у представителей целевой группы толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям и их ближайшему окружению.
- Формирование психологической компетентности, которая является важным ресурсом духовно-нравственного роста путем развития у подростков навыков коммуникации, рефлексии и творческого самовыражения.
- Создание условий для формирования навыков осознания себя как уникальной и полноправной личности со своими взглядами, убеждениями, ценностями. Создание условий для формирования навыков принятия другого человека как такой же уникальной личности. Развитие умения устанавливать контакт и строить отношения на основе взаимопонимания, сотрудничества и поддержки.
- Создание условий для формирования навыков принятия ответственности за свои действия, отношения и свою жизнь, развитие самостоятельности.
- Создание условий для формирования навыков самопомощи и взаимопомощи в ситуациях, потенциально опасных с точки зрения реализации стратегий рискованного поведения.

Целевая аудитория: обучающиеся образовательных организаций старшего подросткового возраста. Срок обучения: 12 занятий. Режим занятий: еженедельно 1 час 30 мин.

**Ф.Б. Плоткин**

## НУЖНА ЛИ НАМ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЗМА?

**Городской клинический наркологический диспансер (Минск).**

Ответ на поставленный в заголовке вроде бы риторический вопрос вовсе не так однозначен, как это кажется на первый взгляд. Под термином «наркотизм» понимается относительно распространенное, статистически устойчивое употребление определенными общественными группами наркотических (токсических, психотропных) веществ, влекущем определенные медицинские (заболевание наркоманией) и социальные последствия. Люди стремятся сознательно или бессознательно к аддиктивному поведению, потому что оно позволяет достичь чувства внутреннего контроля над психической беспомощностью. Прием психоактивных веществ (ПАВ) предпринимается для решения своей внутренней психологической проблемы и основывается на их способности ослаблять определенные чувства, причиняющие боль. Интерес к измененным состояниям сознания явно возрастает благодаря развитию новых информационных технологий.

Давление со стороны различных отраслей индустрии потребления особенно пагубно влияет на психику ребенка, подростка, формируя у них чувство собственной неполноценности, низкую самооценку и, как следствие, снижение активного позитивного отношения к жизни. Основные потребители наркотиков – подростки и молодежь в возрасте 12-25 лет, причем, за последние годы возрастной порог лиц, употребляющих наркотики, опустился до 11-12 лет.

В настоящее время сформировалась молодежная субкультура с высоким уровнем толерантности к наркотикам. Аддиктивная стратегия взаимодействия с действительностью приобретает все большие мас-

штабы. Сложившаяся к настоящему времени ситуация с потреблением ПАВ вызывает острую необходимость активных действий по организации профилактики употребления их. В отечественной наркологии под профилактикой понимается комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин, способствующих распространению и употреблению ПАВ, предупреждению развития наркозависимости. Специалистами уже определены факторы риска, а также условия, обеспечивающие устойчивость личности к развитию зависимости от ПАВ. Сформулированы задачи профилактической деятельности, основные направления, методологические основы и междисциплинарная система технологий профилактики. Разработаны профилактические программы для детей, подростков и молодежи разного возраста, для родителей, учителей.

Наиболее критическим, представляющим особый риск при наркотических соблазнах, является период перехода от подросткового возраста к юношескому. Особого внимания требуют к себе те, чей уход от реальности пока еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды, кто потенциально может оказаться вовлеченным в разные виды аддиктивной реализации. По мнению главного нарколога РФ Е.А. Брюна, «профилактические мероприятия должны начинаться еще до рождения ребенка».

Во всем мире создаются программы превентивного обучения подрастающего поколения здоровому образу жизни, навыкам сопротивления приобщению к наркотикам, развитию социальной и личностной компетенции, выработке навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем. Например, во Франции в каждом учебном заведении среднего образования (около 7 тыс. колледжей и 2600 лицеев) трудятся два специалиста, которые занимаются узко специализированно только профилактикой наркомании.

Ни в какой другой отрасли здравоохранения и медицины проводимые профилактические мероприятия не дают столь значительного эффекта, как в наркологии. В настоящее время в нашем обществе присутствует декларированное признание необходимости профилактической работы, однако активных действий пока не предпринимается. Организация многоуровневой мультидисциплинарной профилактики наркопотребления не является четко сформулированной государственной задачей. Значительная часть тех, кто в соответствии со своим функциональным статусом участвует в различных антинаркотических акциях и программах, по существу не заинтересована в действительном отвлечении от наркотических соблазнов большинства, а тем более всех потребителей наркотиков. Это связано с тем, что объем социальных и финансовых ресурсов для каждого ответственного за решение данной проблемы ведомства определяется размерами решаемой данным ведомством задачи (в данном случае – наркоугрозы), а значит, убедительно поддерживает его объективный интерес не только к сохранению, но и к возможно большему росту этого объема, а значит и самой проблемы. Межведомственное взаимодействие будет декларативным до тех пор, пока не будет обозначен законодательно надведомственный субъект, располагающий достоверной информацией, доверием общества и необходимыми полномочиями.

По горькому признанию известного специалиста в области психологии и профилактики наркозависимости С.В. Березина, «… трудно назвать какой-то социальный институт, ставящий своей задачей защиту, поддержание и развитие свободы личности. В этой ситуации любые успехи в профилактике – скорее случайности, отклонение от правил. И тогда встает вопрос: «А способны ли существующие социальные институты осознавать свои ограничения и ставить своей задачей поддержание того, что не вписывается в их рамки, иметь и нарабатывать опыт в этом направлении?». Пока этого не произойдет, всякая профилактика будет существовать вопреки установленному порядку и оставаться делом «чудаков» и «энтузиастов» или существовать по принципу «спасение утопающих – дело рук самих утопающих». В таком случае претензии на то, что кто-то занимается «профилактикой наркомании» лучше бы снять. Снять хотя бы для того, чтобы подростки и их родители знали – они предоставлены самим себе и должны сами о себе позаботиться».

**Д.Г. Пляс**

## ОКАЗАНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ УСЛУГ ЗА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ - НОРМА ИЛИ ДЕВИАЦИЯ?

**Владивостокский филиал Дальневосточного юридического института МВД России (Владивосток).**

В современном мире, благодаря сексуальной эмансипации, произошло половое раскрепощение несовершеннолетних. Чрезмерная либерализация в области сексуальных отношений повлекла распущенность нравов молодежи, падение духовно-нравственных ценностей и искаженное понимание институтов семьи и брака. Так, А.А. Статская отмечает тот факт, что, не имея жизненного опыта и не умея предвидеть социальные, физиологические последствия беспорядочных половых связей, проституции, наркомании, подростки не считают их отклонением от нормы. Их массовое распространение создает у несовершеннолетних иллюзию нормального поведения [А.А. Станская].

Как указывает Л.А. Бондаренко, исследования показывают, что такие поведенческие девиации, как ранняя сексуальная активность, коммерческий секс, однополые связи, наблюдаются все чаще в среде старших школьников [Л.А. Бондаренко]. Это обусловлено особым и значимым периодом подросткового развития, периодом полового созревания. Возрастные изменения, происходящие в половой системе несо-

вершеннолетних в возрасте 16-17 лет, провоцируют подъем сексуального интереса. Помимо физиологических, фактором, обусловливающим причины того, что большинство несовершеннолетних считает нормой начинать половую жизнь именно с 16 лет, стоит назвать юридический фактор. Он выражается в закрепление юридически значимой нормы с указанием 16-летнего возраста сексуального согласия, а конкретно говоря, закрепление понятия половой свободы – свободы сексуального самоопределения человека, права самостоятельно и без принуждения выбирать половых партнеров, форму интимных отношений [В.Н. Додонов, В.Д. Ермаков, М.А. Крылова]. Однако не всегда достижение указанного возраста позволяет несовершеннолетним беспрепятственное и не заслуживающее порицания вступление в половые контакты. В случаях предоставления сексуальных услуг за вознаграждение либо обещание такового с лицом, достигшим 18 лет, речь идет о совершении аморальных поступков, направленных против норм общества. Именно поэтому сексуальное поведение несовершеннолетних в возрасте от 16-17 лет является предметом не только социально-бытового, психолого-педагогического, но и криминологического исследования. С целью исследования причин распространения проституции особый интерес у ученых-криминологов, вызывает отношение несовершеннолетних к вступлению в сексуальные контакты за вознаграждение, поскольку это является одним из мотивообразующих факторов подростковой проституции.

В современном обществе, где преобладают вещизм и товарно-денежные отношения, такие негативные социальные явления, как проституция и содержанство, по мнению молодых людей, не противоречат нормам половой морали и не являются формой социальной девиации. Об этом могут свидетельствовать данные, полученные нами в ходе опроса 673 несовершеннолетних в возрасте 16-17 лет (анкеты были направлены в 7 регионов России). Так, из 100% опрошенных, 47% ответили, что вступление в сексуальные отношения за деньги является для них недопустимым способом получением доходов, из них 26% несовершеннолетние мужского пола и 21% несовершеннолетние женского пола, а 53% выбрали другие варианты ответов (работа продавцом на рынке, работа в кафе быстрого питания и т. д.).

Отвечая на вопрос: «Как ты относишься к вступлению в сексуальные отношения за вознаграждение?» 76% несовершеннолетних женского пола ответили, что относятся к этому отрицательно, аналогично ответили 58% несовершеннолетних мужского пола. 5% несовершеннолетних женского и мужского пола ответили, что относятся к этому положительно, но лично для них это недопустимо. 5% несовершеннолетних женского и мужского пола ответили, что относятся к этому положительно и для них это вполне допустимо.

Таким образом, из результатов проведенного опроса следует, что в молодежной среде такие поведенческие девиации как вступление в сексуальные контакты за вознаграждение имеют место быть и, по мнению молодых людей, это вполне допустимо. Несмотря на то, что процент несовершеннолетних, не относящихся к такому поведению отрицательно, значительно мал, все же можно сделать вывод о деформации нравственного развития подростков и формированию положительного отношения к проституции.

Хотелось бы особо отметить, что сексуальное поведение именно в подростковом возрасте влияет на дальнейшее становление личности, а именно социализацию, профессиональный выбор, нравственное развитие, отношение к традиционным семейным моделям и стереотипам сексуального поведения в обществе. Изменения в сексуальной жизни подростков влияют на социальную, культурную и нравственную сферу жизнедеятельности молодых людей, а также на формирование мотиваций сексуального поведения. Именно поэтому положительное отношение молодых людейв возрасте 16-17 лет к вступлению в сексуальные контакты за вознаграждение или обещание такового будет способствовать существованию и развитию детской и подростковой проституции, что будет отрицательно влиять на демографическое развитие России.

Формирование негативного отношения у подростков к проституции и содержанству путем осуществления комплекса социально-экономических, моральных, правовых мер, внедрения в образовательные учреждения программ, связанных с вопросами сексуального воспитания, играет первостепенную роль в повышении нравственного развития и формировании правильного сексуального поведения несовершеннолетних.

**В.В. Поздняк**

## РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В АСПЕКТЕ ИЗУЧЕНИЯ СЕНСОРНОГО ПРОФИЛЯ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

Актуальность исследования связана с ростом числа речевых расстройств у детей и их выраженной коморбидностью с другой нервно-психической патологией. Согласно данным Минздрава РФ на 2002 г., общая распространенность речевых нарушений в разных регионах РФ затрагивает 30,7%-92,6% детей дошкольного и младшего школьного возраста. За период 1992-2002 гг. частоты случаев отклонения в речевом развитии у детей в среднем увеличилась на 34%-44,3%.

В настоящее время показано, что в структуре речевых нарушений большое значение имеет феномен «сенсорной защиты». J. Ayers описала поведенческие реакции, которые можно обозначить как избегание и настороженность в ответ на прикосновение, которые встречаются у детей с трудностями обучения (Ayres J., 1975). Описан широкий диапазон сенсорных нарушений, который включает в себя обонятельную, слуховую, зрительную защиты, тревогу по поводу своей неустойчивости и резко отрицательные

эмоциональные реакции в ответ на вестибулярные раздражители. Сенсорная интеграция представляет собой организацию сенсорных сигналов, благодаря которой мозг обеспечивает эффективные реакции тела и перцепцию, формирует эмоции и мысли (Royeen, Lane, 1991). Сенсорная интеграция является неосознаваемым процессом, происходящем в головном мозге. Она организует информацию, полученную с помощью органов чувств, наделяет значением испытываемые ощущения, фильтруя информацию, обеспечивает адаптивный ответ и формирует базу для теоретического обучения и социального поведения.

**Целью** исследования было выявить динамику речевых и сопутствующих поведенческих расстройств у детей, прошедших комплексную терапию с использованием сенсорно-ориентированных методик.

**Материал** исследования - 195 детей (99 девочек, 96 мальчиков) 2-6,5 лет детского сада комбинированного вида № 93 Выборгского района. Исследование проводилось с 2011 по 2016 гг. Условия детского сада позволили обеспечить динамическое наблюдение за детьми от момента поступления до выпуска.

**Методы исследования**: клинический (клинико-психопатологической оценки речевого развития и поведения ребенка в группе), клинико-анамнестический, экспериментально-психологический, оценка сенсорного профиля. Для формализации клинических данных использовалась полустандартизированная анкета для родителей. Использовалась анкета для определения сенсорного профиля ребенка.

По результатам клинико-психопатологического наблюдения были выделены следующие группы детей: 1) астеническая – 15 чел. (37,5%); 2) гиперактивная – 17 чел. (42,5%); 3) ригидная – 8 чел. (20%).

Для астенической группы были характерны следующие особенности поведения: повышенная умственная утомляемость, дети отличались трудностью понимания смысла заданий, общей вялостью и невовлеченностью в совместные игры с другими детьми. При повышении требования к ним дети проявляли реакции пассивной оппозиции: не отвечали на вопросы, смотрели в одну точку. У 2 детей отмечались явления энкопреза и рвоты. Для гиперактивной группы была характерна высокая отвлекаемость, их внимание привлекали все окружающие стимулы, они не могли долго играть в одну игру, при попадании в их поле зрения новой игрушки они тут же отвлекались. Они практически не участвовали в совестных занятиях, не могли выполнить задание до конца, постоянно отвлекались, чем мешали всем детям. Такие дети вызывали наибольшее количество жалоб со стороны педагогов. Нарушения поведения этой группы можно отнести к реакциям активной оппозиции: грубое непослушание, категорический отказ в выполнении требований воспитателя, ломали игрушки, проявляли открытую агрессию в адрес сверстников. Для ригидной группы была характерна медлительность. Наибольшие сложности наблюдались, когда дети пытались переключиться с одного вида занятий на другой. Требование быстрого выполнения вызывало у них слезы, непонимание, что от него хотят, что могло спровоцировать реакции отказа: появлялась заторможенность, дети отказывались играть со сверстниками, у некоторых также отмечался отказ от еды.

Для анализа результатов сенсорных нарушений все дети были разделены на 2 группы – с диагнозом «специфические расстройства речи» и без них. У детей с диагностированными речевыми расстройствами выявились: вестибулярные нарушения – 6,06% (6 детей); тактильные нарушения – 45,45% (45 детей); нарушение зрительной перцепции – 20,2% (20 детей); нарушение слуховой перцепции – 50,5% (50 детей); нарушение движения – 20,2% (20 чел.). В группе детей без расстройств речи выявлялись: вестибулярные нарушения – 8,3% (8 чел.); тактильные нарушения – 18,7% (18чел.); нарушение зрительной перцепции – 26% (25 чел.); нарушение слуховой перцепции – 34,3% (33чел.); нарушение движения – 16,6% (16 детей). Таким образом, тактильная перцепция в группе детей с расстройствами речи достоверно преобладала.

Для коррекции речевых нарушений использовались комплексы сенсорно-ориентированных упражнений: направленные на стимуляцию вестибулярно-билатеральной интеграции, стимуляцию праксиса и развитие гнозиса, стимуляцию адаптации к тактильным стимулам, стимуляцию зрительной перцепции, стимуляцию слуховой перцепции. Были отмечены положительные результаты в отношении показателей речевого развития, саморегуляции поведения, продолжительности активного внимания.

**Н.А. Польская**

## ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ И САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ[9]

**Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

В данном сообщении представлены результаты продолжающегося исследования особенностей эмоциональной регуляции подростков с клинически зафиксированными суицидальными попытками и самоповреждающим поведением. Мы исходили из гипотезы о наличии специфических особенностей эмоциональной регуляции у подростков с диагностированными эмоциональными и поведенческими расстройствами и суицидальными попытками и самоповреждениями в анамнезе.

**Выборка.** Обследовано 23 подростка в возрасте от 14 до 17 лет, на момент исследования находящихся на стационарном лечении в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, из них 19 девушек и 4 юноши. Практически у всех подростков из клинической выборки диагностированы депрессивные расстройства лег-

[9] Исследование поддержано РФФИ, проект № 16-06-01098.

кой, средней или тяжелой степени. В группу сравнения были включены 27 условно здоровых подростков – учащихся средней общеобразовательной школы в возрасте от 15 до 17 лет.

**Методики**. Для оценки особенностей эмоциональной регуляции использовались опросник когнитивной регуляции эмоций (Garnefski et al., 2002; Рассказова, Леонова, Плужников, 2011), шкала эмоциональных схем Р. Лихи (Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. и др., 2016). Для оценки способов и стратегий самоповреждающего поведения использовалась шкала причин самоповреждающего поведения (Польская Н.А., 2014).

**Результаты**. Исходя из того, что акты самоповреждения наблюдаются как в клинической, так и популяционной выборках, была произведена сравнительная оценка самоповреждающего поведения между данными выборками. Были выявлены значимые различия (U-критерий Манна-Уитни) с более высокими значениями в клинической выборке по способам: инструментальному (p=0,000) и соматическому (p=0,003) и стратегиям самоповреждения: контроль над эмоциями (p=0,003), избегание напряжения (p=0,000), воздействие на других (p=0,001), поиск нового опыта (p=0,001).

Значимые различия по опроснику когнитивной регуляции эмоций с более высокими среднеранговыми значениями в клинической выборке были получены по шкалам руминации (p=0,037) и катастрофизации (p=0,022). По опроснику ЭмИн у подростков клинической выборки были выявлены более низкие показатели по сравнению с подростками из популяционной выборки по всем основным шкалам эмоционального интеллекта (ЭИ): внутриличностному ЭИ (p=0,005), межличностному ЭИ (p=0,026), пониманию эмоций (p=0,027) и управлению эмоциями (p=0,004).

По шкале неадаптивных эмоциональных схем Лихи более высокий общий показатель оказался в клинической выборке (p=0,002). При уточнении различий по конкретным эмоциональным схемам было обнаружено, что у подростков из клинической выборки более высокие значения по таким неадаптивным схемам, как страх потери контроля при переживании сильных эмоций (p=0,000), обвинение других (p=0,007), прогнозируемая длительность эмоций (p=0,034), чувство вины (p=0,001), эмоциональное оцепенение (p=0,017), руминация (p=0,005), подавление эмоций (p=0,046).

При оценке взаимосвязей между исследуемыми факторами в совокупной выборке и отдельно в клинической и популяционной выборках были выявлены значимые взаимосвязи между факторами самоповреждающего поведения, неадаптивными эмоциональными схемами, когнитивными стратегиями регуляции эмоций и ЭИ. Отметим общие тенденции и наиболее интересные корреляции. Взаимосвязь неадаптивных стратегий регуляции эмоций с общим показателем самоповреждающего поведения (СП) была выявлена в клинической выборке по шкале руминации ($r_s$=0,43, p=0,04) и самообвинения ($r_s$=0,56, p=0,005), а в популяционной – по шкале катастрофизации ($r_s$=0,39, p=0,05). Все корреляции самоповреждающего поведения со шкалами ЭИ в совокупной выборке носили отрицательный характер: управление эмоциями ($r_s$=-0,42, p=0,000), понимание эмоций ($r_s$=-0,46, p=0,001), внутриличностный ЭИ ($r_s$=-0,50, p=0,000), межличностный ЭИ ($r_s$=-0,40, p=0,004). Отдельно по выборкам: все значимые корреляции были определены только в популяционной выборке.

Взаимосвязь общего показателя СП с общим показателем по шкале Лихи была значима как в клинической ($r_s$=0,44, p=0,046), так и в популяционной выборках ($r_s$=0,45, p=0,018). По отдельным неадаптивным эмоциональным схемам в совокупной выборке были получены значимые взаимосвязи общего показателя СП с такими эмоциональными схемами, как недостаточная осмысленность эмоций ($r_s$=0,42, p=0,03), страх потери контроля при переживании эмоций ($r_s$=0,4, p=0,004), чувство вины за собственные эмоции ($r_s$=0,39, p=0,006), эмоциональное оцепенение ($r_s$=0,51, p=0,000), склонность к руминации ($r_s$=0,55, p=0,000), обвинение других ($r_s$=0,48, p=0,000), обесценивание эмоций ($r_s$=-0,34, p=0,017).

**Обсуждение**. Полученные результаты подтверждают значимую роль эмоциональной регуляции в условиях высокого риска суицидальных и несуицидальных самоповреждений, обнаруженную нами в предыдущих исследованиях по данной проблематике (Польская, 2017) и подтверждаемую зарубежными исследователями, занимающимися этим вопросом (Brown et al., 2002; Chartrand et al., 2012; Klonsky et al., 2013; Muehlenkamp, Gutierrez, 2004; Nock et al., 2006; Plener et al., 2009 и др.).

Снижение эмоционального интеллекта, характерное для подростков с самоповреждающим поведением, а также преобладание неадаптивных когнитивных стратегий регуляции эмоций и эмоциональных схем отражают последствия психического регресса к более ранним уровням психологического функционирования и менее дифференцированным формам психической организации (Польская, 2017). Наиболее близкой этому пониманию является модель Питера Фонаги, согласно которой пограничное расстройство личности формируется в результате сложных взаимодействий генетических предрасположенностей и средовых факторов, ведущих как к специфическим нарушениям многомерных процессов ментализации, так и к регрессу на ранние стадии ментализации в ситуации стресса (Fonagy, Luyten, 2016). Нарушения эмоциональной регуляции рассматриваются Ким Гратц в качестве центрального звена самоповреждающего поведения (Gratz, 2007), что подтверждается в представленных результатах.

Нельзя не обратить внимание на тенденции, характеризующие специфику эмоциональной регуляции подростков из клинической выборки. Это высокая частота самоповреждений, преобладание руминации и самообвинения как когнитивных стратегий регуляции эмоций. Это недостаточность ЭИ при достаточно высокой сосредоточенности на собственных эмоциональных переживаниях и преобладание таких неадап-

тивных (саморазрушительных) эмоциональных схем, как страх потери контроля при переживании сильных эмоций, обвинение других, прогнозируемая длительность эмоций, чувство вины, эмоциональное оцепенение, руминация и подавление эмоций. Связь руминации с СП указывает на слабую контролируемость актов самоповреждения, что объясняется снижением уровня психологической дифференциации, и это касается, прежде всего, дифференциации эмоций (Zaki, Coifman, Rafaeli et al., 2013).

**Выводы**. Таким образом, для подростков с клинически зафиксированными суицидальными попытками и самоповреждениями в анамнезе характерны малоадаптивные когнитивные стратегии регуляции эмоций, дисфункциональные эмоциональные схемы и снижение эмоционального интеллекта, что отражается на индивидуальной устойчивости к стрессу. Отсутствие ясности в понимании собственных эмоций, беспомощность при необходимости управлять ими, сочетание руминации с чувством вины и страхом перед непрогнозируемостью собственных эмоциональных реакций, некомпетентность в сфере понимания эмоциональных состояний других людей, дефицит высокодифференцированных эмоций – все это обусловливает психологическую уязвимость подростка и существенно повышает риск суицидальных и несуицидальных самоповреждений.

**И.В. Полякова**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКА: ТРЕВОЖНОСТЬ И ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ

**Смоленский государственный университет (Смоленск).**

Феномен позитивной социализации подростка традиционно связывается одновременно с просоциальным поведением и психологическим здоровьем или благополучием человека. Позитивная социализация достигается посредством овладения общественно значимыми социальными ролями, стандартами и нормами поведения, субъективной удовлетворенностью собственной деятельностью [2]. Овладение социальными ролями не всегда гарантирует переживание субъективной удовлетворенности. Наоборот, они могут вызывать тревогу и психоэмоциональное напряжение. Позитивная социализация в современном транзитивном обществе, в терминах Т.Д. Марцинковской, связана с трудностями адаптации подростка и систематическими проблемами/утратами идентичности, непрерывности собственного «Я» [1].Трудности адаптации подростка сопровождаются чувством тревоги как своего рода нормативного состояния.

Тревожность как предрасположенность подростка к переживанию тревоги является как бы естественным фоном его развития. В тревожности подростка проявляется его эго-идентичность. Оценка подростком тревожности понимается как значимый компонент самоконтроля и самовоспитания. Вместе с тем оценка тревожности подростком не всегда гарантирует актуализацию саморегуляции. В связи с этим понимание психологических особенностей переживания этого чувства подростками поможет педагогам и психологам осуществить соответствующее сопровождение подростка и обеспечить его эффективную позитивную социализацию. Представляется, что трансформация психоэмоциональной напряженности подростка в удовлетворенность или благополучие реализуется в том числе через общение, поэтому овладение операционно-техническими моделями коммуникации будет способствовать преодолению тревожности и позитивной социализации подростка.

**Цель** нашего исследования, проведенного совместно со студенткой четвертого курса психолого-педагогического факультета Смоленского государственного университета М.О. Ермаковой, состояла в изучении психологических особенностей влияния тревожности на общительность подростков. В качестве гипотетического было выдвинуто предположение о том, что имеется связь между тревожностью и общительностью подростков.

В качестве инструментария были использованы **методики**: тест суждений общительности А.И. Крупнова, методика измерения подростковой тревожности «МИПТ» Ю.А. Зайцева, тест «Оценка уровня общительности» В.Ф. Ряховского и «Шкала социально-ситуативной тревожности» Кондаша.

В эксперименте приняли участие 30 учащихся 9-х классов 15-16-летнего возраста (10 мальчиков и 20 девочек), обучающихся в МБОУ «Гимназии № 4» г. Смоленска. Исследование проводилось в марте 2017 г. Структура исследования включала три этапа: диагностика тревожности, затем общительности и, наконец, установление особенностей их взаимосвязи с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

В ходе исследования было установлено, что число тревожных подростков значительно превышает количество не тревожных (76% и 24% соответственно, то есть тревожных подростков оказалось втрое больше нетревожных). На основании полученных данных было подтверждено положение о том, что тревожность подростков является тенденцией развития. В числе различных видов тревожности (школьная, самооценочная, межличностная) самооценочная тревожность превалирует над остальными видами (средние значения: 14, 16 и 15 соответственно), причем самооценочная тревожность, связанная с будущим, доминирует над всеми остальными видами тревожности. Иными словами, самооценочная тревожность является одним из основных источников подростковой тревожности. В связи с этим необходима специальная организация обучения подростков методам и приемам саморегуляции своего поведения и деятельности.

Установлено, что для испытуемых характерен в основном умеренный (17%) и низкий уровни (24%)

общительности. Нормативный уровень общительности был выявлен лишь у 24% испытуемых.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что общительность у испытуемых сформирована недостаточно для позитивной социализации. Вместе с тем выраженность компонентов общительности по гармоническим и агармоническим показателям общительности приблизительно одинаковая (39 и 36 соответственно, при превалировании на 10% когнитивного компонента, то есть он является формирующим по отношению к остальным).

В исследовании установлена умеренная прямая корреляционная связь между общей тревожностью и компонентами общительности (0,45; уровень значимости 0,05). Таким образом, повышение тревожности вызывает напряжение, которое реализуется в повышенной общительности как механизме, снимающим тревогу. Обучение операционно-техническим приемам общения будет способствовать формированию коммуникативной компетентности, редуцирующей психоэмоциональное напряжение в процессе социализации подростка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аянян А.Н., Голубева А.Н., Марцинковская Т.Д., Полева Н.С. Специфика становления идентичности детей и подростков в ситуации транзитивности // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 50. С. 1- 13. http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n50/1356-ayanyan50.html

2. Волкова Е.Н., Вереитинова Т.В., Волкова И.В., Михалюк О.С. К определению понятия позитивной социализации молодежи. - «Вестник Мининского университета». - 2016. – № 2. С.1-9. http://vestnik.mininuniver.ru/upload/iblock/684/volkova.pdf

**А.А. Портнова, О.В. Серебровская**

## ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ», ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗ г. Москвы» (Москва).**

**Актуальность.** Современная система психопрофилактической, специализированной психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи находится в процессе реформирования. Одним из приоритетных направлений реформированной системы является переход от преимущественно медицинской модели оказания специализированной помощи к биопсихосоциальной. Смещение акцентов с психофармакотерапии на нейропсихиатрические и нейрореабилитационные методы повышает роль и ответственность всех специалистов, работающих в области психического здоровья детей и подростков, а необходимость интеграции логопедической помощи в комплекс специализированной медицинской помощи продиктована высокой распространенностью нарушений речи у детей и подростков.

**Цель исследования.** Основной целью стала разработка научно-методических основ логопедического сопровождения в детских отделениях стационаров психоневрологического и психиатрического профиля.

**Материалы и методы.** Материалом послужил анализ деятельности логопедической службы государственных учреждений здравоохранения города Москвы. Общее число наблюдений - 3950 случаев логопедического сопровождения. Методологической основой исследования явились сравнительно-аналитический метод, метод экспертных оценок, методы системного анализа.

**Результаты и их обсуждение.** Задачей логопедической службы детского стационара психоневрологического и психиатрического профиля является оказание специализированной консультативно-диагностической и коррекционно-восстановительной помощи детям и подросткам с нарушениями речи и других высших психических функций. Для реализации цели в рамках междисциплинарного подхода логопедами проводятся: углубленная диагностика речевых нарушений и коррекционно-восстановительная помощь детям и подросткам с нарушениями речи и других высших психических функций, нарушениями коммуникации и общения; разработка и внедрение в практику диагностического логопедического инструментария, учитывающего нейропсихологическую специфику речевого расстройства и сопутствующих заболеваний; определение оптимального объема коррекционно-восстановительных мероприятий; разработка и апробация новых способов и методов логопедической коррекции и нейрореабилитации. Основной объем психиатрической помощи должен осуществляться находящимися в тесном взаимодействии психологами, логопедами-психологами, социальными педагогами и др. специалистами.

В настоящее время логопеды и дефектологи выведены из системы бесплатной коррекционной помощи; в 2012 г. были ликвидированы организационно-методические отделы по логопедии и медицинской психологии, работавшие в структуре Департамента здравоохранения г. Москвы. В настоящее время бесплатная логопедическая помощь в системе здравоохранения оказывается только в ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой и в ГБУЗ ЦПРиН. В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.12.1998 № 383 устанавливалась 1 должность логопеда на 10 тыс. детского населения. Исходя из этого приказа, городу требуется 197 логопедов, то есть дефицит кадров составляет 42%.

В настоящее время деятельность специалистов осуществляется по нескольким направлениям: ана-

литико-диагностическая работа (комплексное логопедическое исследование состояния устной и письменной речи пациентов; дифференциальная диагностика речевых расстройств); просветительская работа (популяризация логопедических знаний, повышение уровня профессиональной компетенции специалистов смежных специальностей, обеспечение осведомленности родителей о результатах логопедической диагностики, задачах и специфике логопедической коррекционной работы); профилактическая работа (предупреждение и преодоление вторичных расстройств, обусловленных первичной речевой патологией); коррекционно-развивающая и восстановительная работа (формирование и совершенствование речевых процессов на фонетическом, лексическом и синтаксическом уровнях; коррекция и компенсация нарушений речевой деятельности; развитие коммуникативной и регулирующей функции речи); консультативная работа (консультирование родителей по проблемам речевого развития детей, имеющих речевую патологию); научно-исследовательская работа (получение новых знаний в области логопедии и их практическое применение; проведение научных исследований). Методы коррекции нарушений речи у пациентов детского и подросткового возрастов индивидуализируются в соответствии с особенностями речевой патологии и особенностями поведения, уровня умственного развития, психического и соматического здоровья. Планируя коррекционную работу, логопед согласовывает ее с общим планом ведения пациента, в первую очередь - с клиническим планом психиатра.

Благодаря интеграции знаний из смежных областей современная логопедия стала специальностью, тесно связанной с медицинской реабилитацией (нейрореабилитацией), психиатрией, психотерапией, медицинской психологией, восстановительным обучением; ее формирование происходит на стыке с прикладными областями психологии, коррекционной педагогики и психолингвистики.

**Заключение.** Современная логопедия стала неотъемлемой частью детской психиатрии. Специфика деятельности логопедов в детско-подростковой психиатрии обусловливает необходимость слияния основательности научно-исследовательских подходов с практической ориентацией наук на конкретные запросы медицинской практики.

**С.Т. Посохова**

## СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УЯЗВИМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

**Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).**

Современное молодое поколение формируется под влиянием разных, в большинстве своем противоречивых социокультурных тенденций. Среди них особое место занимает экстремальность, предполагающая жизнедеятельность в предельно допустимых условиях, причем при отсутствии готовых адаптивных программ активности. Это обостряет имеющиеся, даже хорошо скомпенсированные психофизиологические и психические дефициты личности. Сегодня молодежь сталкивается с социальной, техногенной, природной экстремальностью. Экстремальность формирует так называемую рискованную личность, для которой характерны отношение к риску как жизненной ценности и преобладание удовольствия от рискованной ситуации над страхом смерти или разрушения самоценности. Отмеченные особенности рискованного поведения создают базу для самых опрометчивых поступков и действий, вплоть до асоциальных.

Психологическая уязвимость молодых людей определяется не только экстремальностью социокультурных процессов, но и противоречивыми трансформациями межличностных отношений. С одной стороны, в обществе наблюдается все нарастающая социальная аутизация, связанная с усиливающейся социальной стратификацией и масштабным распространением информационных технологий. Диапазон форм социального отчуждения современных молодых людей чрезвычайно широк: суициды, наркомания, алкоголизация и т. п. С другой стороны, ослабление социофобий в форме снижения страха межличностного взаимодействия и неуверенности в себе подталкивает молодежь к общению. Столкновение этих противоречивых тенденций создает проблему доверия, которая особенно остро встает в подростковом и юношеском возрасте. Доверие для молодежи – это не что иное, как избирательное личностное отношение**,** обеспечивающее ощущение безопасности, уверенности в себе и в другом человеке, которое сопровождается позитивными эмоциональными переживаниями и регулирует границы открытости личности во взаимодействии с окружающей реальностью и собой (Посохова С.Т., Зарипова Ю.Р.). Однако переживание психической травмы, связанной с ограничением или лишением родительской заботы, привязанности, усиливает доверие к домашним животным, предметному миру как более безопасному. Чем больше подростки, оказавшиеся в подобной ситуации, доверяют вещам, неодушевленным предметам, тем менее выражено у них ощущение психологического комфорта в той жизненной среде, в которой они проживают и воспитываются.

В настоящее время обширную зону психологической уязвимости молодежи создают лень и скука. Социальная оценка лени колеблется в широком диапазоне: от порока до двигателя прогресса. Психологическая суть лени кроется, главным образом, в несовершенстве, незрелости разнообразных – смысловых, волевых, мотивационных – механизмов саморегуляции, в неспособности личности управлять своим поведением в сложных жизненных ситуациях. Лень целесообразно рассматривать как выражение смыслового

конфликта. Вполне допустимо, что лень представляет собой ответ на несоответствие социального смысла требований, предъявляемых человеку, личностному смыслу этих требований. Внешне лень проявляется в отказе или уклонении от деятельности, а внутренне – в переживании нежелания или невозможности совершать необходимые действия (Посохова С.Т., Богданова Д.А.).

Скука представляет собой особое психическое состояние, развивающееся в зависимости от особенностей внешней стимуляции и насыщенности внутренней жизни, проявляющееся в астенических переживаниях, в ограничении усилий, направляемых на психическую и социальную активность, на преодоление неудовлетворенности собственным Я и окружающей реальностью (Посохова С.Т., Рохина Е.В.). Наиболее часто к источникам скуки молодежь относит снижение уровня психической активности и общего эмоционального тонуса, невысокую мотивационную включенность в разные сферы деятельности, отсутствие друзей и общения, неудовлетворенность социальной средой и т. п. Негативный смысл скуки заключается в том, что ее переживание затрагивает разные сферы жизни и деятельности, включая труд, познание, обучение, общение и пр.

Психологическая уязвимость формируется в результате интеграции личностных характеристик, повышающих чувствительность к экстремальным жизненным ситуациям, внутриличностным проблемам и препятствующих адаптации в современных меняющихся социокультурных условиях. Психологическую уязвимость создают: эмоциональная неустойчивость как способность воспринимать окружающую реальность угрожающей физическому существованию или самооценке; тревога, страх перед барьерами на пути к достижению цели, недооценка своей индивидуальности и неспособность преодолевать жизненные трудности; закрытость как склонность к ограничению круга общения, к избеганию ситуаций, требующих лидерских качеств и навыков; несамостоятельность как склонность ориентироваться на мнение окружающих людей при принятии решений; избирательность отношения к нормам поведения, проявлению ответственности, принятию общественных требований в зависимости от личной значимости ситуации; сниженная предметная и социальная активность как ограничение взаимодействия с предметной и социальной средой, избегание усилий по освоению новых видов деятельности и коммуникаций.

Противостоять психологической уязвимости можно путем преобразования деструктивных воздействий в русло самопознания и саморазвития, развития жизненных потенциалов и ценности здоровья.

**С.Т. Посохова, Н.Д. Жукова**

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ СЕМЕЙ В ИММИГРАЦИИ

**Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), «Natus-center» (Хельсинки).**

К современным цивилизационным признакам относятся разнообразные иммиграционные процессы, в которые вовлечены целые семьи. Привлечение российских иммигрантов в ряде европейских стран, таких как Австрия, Англия, Германия, Ирландия, Испания, Норвегия, Финляндия, Швеция, к участию в опросе позволило определить несколько устойчивых проблемных зон, требующих организации психологического сопровождения. В этих странах повышенной социальной и психологической уязвимостью отличаются как русскоязычные, как и двуязычные семьи.

Психологическое сопровождение представляет собой систему научно-обоснованных технологий, обеспечивающих психологически безопасную жизненную среду, необходимую для полного и своевременного раскрытия адаптационного потенциала личности. В условиях иммиграции психологическое сопровождение в первую очередь должно быть направлено на обеспечение успешной социальной и культурной адаптации семей русскоязычных иммигрантов. Именно семья создает для ребенка психологически и физически безопасную жизненную и образовательную среду. В семье родители транслируют модели жизнестойкости при возникновении культурного и социального шока, ориентируют детей на сохранение и трансформацию этнокультурной идентичности, на поиски социальных и психологических ресурсов. Семья дает возможность ребенку почувствовать доверие к себе как самоценной личности, а также доверие к новому социальному окружению, без чего невозможно сопротивление деструктивным тенденциям иммиграции. Высокая социальная значимость требует эффективных мер для поддержки психологического здоровья семьи как целостной системы в новой культурной среде, высокой компетентности каждого из родителей в области психологии детского развития, понимания родителями возможных пересечений возрастных кризисов и кризисов культурной адаптации.

Еще одна проблемная зона связана с многофазными и противоречивыми адаптационными процессами, которые наблюдаются в иммигрантских семьях у женщин, как воспитывающих детей, так и еще не имеющих своих детей, работающих и не включенных в профессиональную сферу. Так, для матерей в русскоязычных и двуязычных иммигрантских семьях актуально переживание материального обеспечение семьи, ощущение материнского эмоционального комфорта, осознание необычности собственного ребенка, преодоление социальных и витальных страхов и созависимости, т. е. всего того, что составляет основу жизненного благополучия детей. В отличие от них женщины, не имеющие своих детей, скон-

центрированы на проблемах профессиональной самореализации и ощущении женского счастья. В каждом из случаев психологическое сопровождение должно быть направлено на освоение женщинами новых адаптационных программ, на расширение моделей поведения в незнакомой социокультурной среде и взаимодействия с ближайшим семейным окружением.

Обширная проблемная зона в русскоязычных семьях концентрируется в сфере адаптационных возможностей детей. Формирование новой культурной идентичности, обеспечение самоценности, самостоятельного и активного взаимодействия с новой социальной, культурной, предметной и природной сферами жизнедеятельности требуют психологического сопровождения. В новых языковых условиях межличностного взаимодействия необходима особая психологическая подготовка ребенка к ответственности за свою жизнь, личностный и профессиональный успех. Психологическое сопровождение должно быть направлено также и на преодоление психологических барьеров межличностной коммуникации не только в пространстве семьи, но и в образовательном и общественном пространстве. В условиях иммиграции детские проблемы усугубляются разнообразием языковых моделей, в которых воспитываются дети и которые влияют на их психическое развитие, личностное становление.

При организации и реализации психологического сопровождения семей необходимо учитывать ряд принципов, в частности, принцип трансформации внутрисемейных процессов вследствие интеграции в новую социокультурную среду на фоне сохранения семейного гомеостаза; принцип вариативности моделей культурной и социальной адаптации каждой семьи; принцип уникальности психологических проблем семьи и разных возможностей самореализации членов семьи в новых условиях проживания.

Многолетнее включенное наблюдение показало, что модели психологического сопровождения русскоязычных семей в условиях иммиграции разнообразны и во многом зависят от страны проживания. Тем не менее можно выделить достаточно устойчивый комплекс средств сопровождения, который применим в разных странах. Он включает в себя прежде всего индивидуальные консультации психолога как каждого члена семьи, так и семьи в целом, которые ведутся на русском языке. В Финляндии психологическое консультирование дополнено специальной образовательной поддержкой, направленной на расширение общих представлений о психологии человека и о внутрисемейных процессах в условиях нового мультикультурного окружения. Психологическое консультирование предваряется открытыми тематическими лекциями, методическими практикумами. Эффективной формой информационной поддержки оказалось обсуждение семейных и личностных проблем в формате «круглого стола». Психологическую и информационную поддержку семья получает также благодаря систематическим тематическим циклам радиопередач и телепередач на русском языке, в которых участвуют специалисты соотечественники. Например, на финском телевидении ведутся передачи по теме «Дети эмигрантов – кто они?», на телевидении Испании - «Особенности воспитания ребенка в условиях многоязычного окружения», «Психология иммиграции». Большой образовательный потенциал заключен также в публикациях методической литературе на русском языке.

**Т.Г. Поспелова**

## СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСОВ

**Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).**

Здоровье как устойчивое состояние, в котором личность хорошо адаптирована, сохраняет интерес к жизни, стремится к самоактуализации и самореализации на всем протяжении жизненного пути, рассматривается как основная задача индивидуального психологического развития. [1]. В социологическом плане здоровье может рассматриваться как экзистенциальная проблематика, отражающая различные аспекты жизнедеятельности индивидов, групп и общества, факторную обусловленность здоровья совокупностью социальных факторов.

Контекст социологических исследований в области социологии молодежи включает проблематику здоровья в различные направления исследований, связанных с изучением процессов самоопределения молодежи в различных сферах социальной жизни, формирования ее ценностных ориентаций и образа жизни, включения в социальные структуры и институты, определения качества жизни и уровня благополучия. В рамках общей программы реализуются такие исследовательские проекты, как «Жизненные планы и социальные ориентации молодежи», «Социальное здоровье молодежи», «Проблемы экстремизма и наркотизма в молодежной среде», «Ориентации молодежи на жизненный успех», «Отношение молодежи к вызовам современности». [2].

Известно, что тенденции динамичных социальных трансформаций общества, новые условия социализации молодежи обнаруживают риски снижения или утраты здоровья, выдвигают новые требования к самоопределению молодежи в различных сферах социальной жизни. По мнению Н.Л. Смакотиной, проблемы, возникающие в ситуации неопределенности, рискованности, негарантированности требуют выработки специальных механизмов и технологий, способствующих адаптации молодежи к актуальной ситуации, выделения специального направления исследований – социологии неопределенности. [3]

Рассматривая проблему смены поколений в современном обществе, О.Н. Козлова отмечает, что каждая поколенческая группа, проходя стадии жизненного цикла, проявляет активность для решения двух за-

дач – адаптации и самореализации. При этом в каждой фазе жизненного цикла поколения возникает свое специфическое содержание этих задач. Оформляются проблемы включения в экономическую, политическую, духовную сферы воспроизводства социальной жизни и обозначения себя в этих сферах. [4].

Молодежь как часть общества подвержена влиянию общих объективных условий и внешних по отношению к ней факторов риска, но в силу своего социального статуса более чувствительна к рискам утраты возможностей завершения образования, получения работы, условий для создания семьи и т. д. На фоне социальных проблем возникает широкий спектр психологических проблем, которые отражают внутренние противоречия индивида, обусловленные неадекватной картиной мира и системой ценностных ориентаций, депривацией потребностей, неэффективными межличностными отношениями. [5]

Анализируя психологические проблемы современной молодежи, психотерапевты отмечают распространение чувства одиночества, потерянности, страха перед неопределенностью и будущим. [6]

Сравнительный анализ результатов опросов молодежи разных лет отражает динамику и факторную обусловленность социального самочувствия и проблем социального самоопределения молодежи.

Так, результаты, полученные в ходе опросов учащейся молодежи, проведенных в Санкт-Петербурге в период кризиса 90-х годов, отражали высокий уровень социального неблагополучия у значительной части молодежи: безвыходных ситуаций, отсутствия жизненных планов и перспектив, суицидальных интенций. На этом фоне многие респонденты имели опыт обращения к наркотикам, одним из факторов-предикторов которого являлись различные виды семейного неблагополучия. Психологические проблемы в семье значительно повышали риск формирования у молодежи аддиктивных зависимостей [7]. По мнению А. Лэнгле, отсутствие у части молодежи ориентации на будущее означает блокирование экзистенциальных установок, причинами которого могут быть оставшиеся неразрешенными семейные проблемы, искаженные социальные установки, экзистенциальный вакуум, непроявленность смысла существования, отсутствие базовых ориентиров. [8]

На мировоззрение и социальные установки молодежи оказывают давление состояние и характер ценностных ориентиров общества. Доминирующая ориентация и пропаганда обязательного «жизненного успеха» при ограниченности возможностей достичь в нынешних условиях процветания может стать фрустрирующим фактором для определенной части молодежи, использующей неэффективные копинг-стратегии. По мнению М. Селигмана, понятие «благополучие» включает такие компоненты, как: вовлеченность в осмысленную деятельность, востребованность, позитивные эмоции и взаимоотношения, достижения. Для полного благополучия необходим баланс внешних успехов и внутренней гармонии, который обеспечивает состояние процветания [9].

Мониторинг отношения молодежи к условиям кризиса является частью исследовательской программы «Социальное самочувствие молодежи». Согласно опросам молодежи 2015-2017 гг., воздействие кризиса ощутила значительная часть студентов и учащейся молодежи - примерно 70% опрошенных. В качестве болевых точек студенты отмечают финансовые затруднения, необходимость экономить на питании, сложности с подработкой, необходимость отложить на время рождение детей, снижение возможностей досуга и жизненных перспектив. Однако кризис не подорвал доверие молодежи к социуму, а целевой установкой большинства респондентов остается стремление независимо от обстоятельств завершить образование [10].

Для решения проблем молодежи в СПбГУ в 2012 г. организована служба профессиональной психологической помощи. Среди проблем, с которыми обращаются клиенты, присутствуют не только типичные студенческие трудности, но и проблемы личностного и даже экзистенциального характера. Регулярный мониторинг проблем, с которыми сталкивается молодежь, необходим для оказания эффективной помощи [11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб. 2003.

2. Актуальные аспекты исследования социального здоровья молодежи. СПб. 2005.

3. Смакотина Н.Л. Основы социологии нестабильности и риска. М. МГУ. 2009.

4. Козлова О.Н. Социальные миры поколений. Социальные и гуманитарные науки. 2004.N2.

5. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. М.,2002.

6. Кривцова С.В. Вызовы неопределенности и становления внутренней прочности личности в процессе онтогенеза (экзистенциально-аналитический подход). http://www.psystudy.com/index.php/num/2015v

7. Поспелова Т.Г. Социологические аспекты проблемы поиска смысла // Проблемы смысла в науках о человеке. М. 2005.

8. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом, прикладная логотерапия. М., 2008.

9. Селигман М. В поисках счастья. М. 2010.

10. Козлов А.А.Молодежь в условиях современного кризиса // МолодежнаяЕЕ галактика. 2015. № 12.

11. Kostromina S., Zinovyeva E., BeykinaA. Description of Problematic Situations for Students Referring to the Psychological Support Center of the St. Petersburg State University // Procedia-Social and Behavioral Science, 2015, V. 165, 69-77.

**Д.В. Пушкарева, Т.И. Иванова**

## ИЗУЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВНЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ

**ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» (Омск).**

В настоящее время суициды среды подростков являются огромной социальной проблемой. У детей нет по-настоящему осмысленной картины смерти. Для них это в какой-то мере виртуальная игра. Подтверждением этому служит нашумевшая онлайн–игра «синий кит». Также суицидальные попытки могут происходить на фоне депрессии, часто протекающей под нераспознанными «масками». Дети и подростки, имеющие аффективные расстройства, с опозданием попадают в поле зрения психиатра, поскольку на первый план выходят нарушения поведения, которые окружающие расценивают как проявление «дурного характера и распущенности». В связи с чем депрессивное расстройство, возникшее в детском или подростковом возрасте, является актуальной мишенью изучения в связи с высокой социальной значимостью со смещением акцента внимания на доклинические состояния депрессивного спектра.

**Цель исследования**: изучить распространенность суицидальных мыслей и депрессивных проявлений у подростков г. Омска вне психиатрической сети.

**Материалы и методы исследования**: было проведено скрининговое обследование учеников трех школ г. Омска. Окончательную выборку составили 310 подростков в возрасте от 11 до 17 лет. Из них мальчиков 128 (41,3%); девочек 182 (58,7%). Для оценки уровня распространенности суицидальных мыслей, уровня распространенности и уровня глубины депрессии у детей был использован опросник CDI (M. Kovacs). Особенности микро- и макросоциального окружения оценивались со слов ребенка, путем заполнения оригинального скрининг-опросника, специально разработанного для целей и задач исследования. Все участники исследования самостоятельно заполняли данные опросники по предварительному разъяснению правил заполнения в присутствии учителя и психолога. Статистическому анализу полученные данные подвергались с помощью программы Microsoft Excel, STATISTICA 7.0.

**Результаты исследования.** Проведенное исследование показало высокий процент распространенности суицидальных мыслей. Из 310 детей на вопрос о суицидальных мыслях согласно опроснику CDI (M. Kovacs) вариант «Я не думаю о том, чтобы покончить с собой» выбрали 68,4% (n=212) детей, «Я думаю о самоубийстве, но я не совершу его» - 23,5% (n=73), «Я хочу убить себя» утвердительно ответили 16,1% (n=50). Уровень субдепрессивных проявлений отмечается у 9% детей, и у 28% обследуемых выявлены явления депрессии.

По результатам проведенного исследования были выявлены две группы подростков: группа «А» - подростки имеющие депрессивные и субдепрессивные проявления (n=115), группа «В» - подростки, не имеющие депрессивных проявлений (n=195).

Сравнив группы «А» и «В» на наличие суицидальных мыслей было выявлено, что вариант «Я не думаю о том, чтобы покончить с собой» выбрало из гр. «А» 44,3% (n=51) и из гр. «В» 75,1% (n=146); «Я думаю о самоубийстве, но я не совершу его» - 35,7% (n=41) и 18,3% (n=36) соответственно; вариант «Я хочу убить себя» – 20% (n=23) и 6,6% (n=13) соответственно. Из чего можно сделать вывод о том, что симптомы депрессии оказывают значительную роль в формировании суицидальных мыслей.

Депрессия у детей и подростков возникает в силу самых разнообразных причин, которые можно объединить в следующие группы: биологические, генетические и психосоциальные. Последняя группа факторов в значительной степени участвует в возникновении депрессивных расстройств.

При исследовании влияния психосоциальных факторов среди двух групп выявлено, что наибольшее значение на формирование депрессивных расстройств настроения оказывают: частые ссоры в семье, тип воспитания – «принудительный» и «невмешательства». Данные показатели у подростков с депрессивными проявлениями в среднем 2,4 раза выше по сравнению с подростками без признаков депрессии.

Проанализировав микроокружение подростков из группы «А» и «В» на наличие острых стрессовых ситуаций (развод родителей, смерть одного или обоих родителей), было выявлено, что разница по данному признаку между двумя группами статистически незначима ($p \geq 0{,}05$), из чего можно сделать вывод, что острые стрессовые ситуации, произошедшие в микроокружении подростка, отдаленного влияния на возникновение депрессии не оказывают.

Наибольшая роль в формировании симптомов депрессии отводится шкале «межличностные проблемы» – 64,3% (n=74), на втором месте – шкала «негативное настроение» - 52,2% (n=60), что свидетельствует о необходимости, в первую очередь, обратить внимание именно на подростков, проявляющих себя подобным образом как составляющих группу риска.

Процент употребления ПАВ (курение, алкоголь, наркотики) в 2 раз выше у подростков с депрессивными проявлениями. Раннее употребление ПАВ повышает риск соматических заболеваний во взрослом возрасте, что, в свою очередь, приводит к дальнейшему снижению качества жизни и трудоспособности.

**Вывод.** Проведенное исследование подчеркивает необходимость разработки программ превенции детских психических расстройств на доклиническом уровне, что требует объединения усилий образовательной системы и специалистов психиатрического профиля. Эти меры приведут к повышению уровня здоровья, как физического, так и психического во всех возрастных группах и повышению качества жизни населения.

**Е.А. Рафальская**

## ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПОДРАСТАЮЩЕЕ ПОКОЛЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ДЕСТРУКТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ИНТЕРНЕТА КАК МЕХАНИЗМ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ОБЩНОСТИ

**ГУ «НИИ вооруженных сил Республики Беларусь» (Минск).**

Обладая рядом специфических особенностей, тем не менее психика человека - объект не наблюдаемый, это затрудняет как ее изучение, так и описание. По мнению В.А. Ганзена, к этим особенностям относятся: полиструктурность психики, изменчивость вектора «сознания», распределенность в пространстве и размытость границ психических явлений, недоступность для непосредственного наблюдения внутренних процессов и механизмов психических явлений, высокая адаптивность [1]. Исключение составляют лишь акты деятельности – внешние проявления. Отражение человеком окружающего мира происходит с той позиции, которую он в этом мире занимает. Не вдаваясь в анализ ряда выявленных исследователями индивидуальных различий и типологических структур личности, отметим роль интерперсонального воздействия на человека. Объективно понятно, что общение необходимо для установления общности между людьми. Так, по мнению Т.И. Марголиной, процессы, происходящие в межличностном общении, во многом и являются проводником воздействия личности на личность[2]. Современные социальные сети, не только facebook, vk, twitter, но и профессиональные сообщества типа linkedIn, academia.edu, сообщества врачей, учителей, политологов формируют вокруг себя определенную культурную среду и социальное пространство. По своей сути социальные сети способствуют, во-первых, организации социальных коммуникаций между людьми и, во-вторых, – реализации их базовых социальных потребностей. Однако создатели асоциальных сетей - так называемые «ловцы душ», зная, что психический процесс - непрерывное взаимодействие с внешним миром, формируют этот «внешний мир», в котором постепенно с помощью антивитальных сообщений и установок подросток или молодой человек принимает их точку зрения, а в последствии ее одобряет. Таким образом происходит интерперсональное воздействие, результаты которого проявляются и в исключении из социальной созидательной жизни в обществе и «замыкании» участника сети на «лидере» группы, углублении в контекст сети с постепенным предъявлением требований («оставь знак на теле» - «скинь фото», «проснись в 4 утра- «маякни»» и т. п.), росте не только уровня тревоги, но и страха наказания или мести (в зависимости от предоставленной информации в сети). Вокруг каждого конкретного человека в конкретной (в данном случае, виртуальной социальной) группе создается специфическая атмосфера, которая проявляется, с одной стороны, в субъектном отклике «сети» на индивидуальность, например, поддержка подавленного настроения, мистификация происходящих событий в жизни подростка, объяснение явлений с помощью эзотерических сайтов, использование символов и знаков, как тайных знаний), а с другой стороны, в том влиянии, которое индивидуальность оказывает на деятельность «группы в сети». Не случайно так трудно юридически доказать факт принуждения к суициду, поскольку человек, вовлеченный в деструктивную сеть, раскрывая свою индивидуальность в социальной сети, проявляя доверие к этой социальной группе (высказывание мыслей,чувств, информирование о своих увлечениях, отношениях с родными, друзьями), тем самым дает возможность сгенерировать оценочные реакции относительно себя. Включение в группу в социальных сетях решает не только задачу идентификации (в данном контексте групповой), но и формирует угрозу для группы в случае ее обнаружения, тем самым формируя реакцию на угрозу уже не индивидуальную, а групповую. Исследования в области этнической дискриминации, радикализации показывают, что в основе воздействия и вовлечения в деструктивные социальные сети с помощью Интернета два скрытых механизма: а) влияние деструктивной группы (организации) с помощью социальных сетей на социальную идентичность определенной категории (например, подростки, молодежь, трудовые мигранты) в целом; б) влияние социальной идентичности на индивидуальную идентичность - как форму проявления социальной идентичности. Социальные сети Интернета становятся существенным инструментом деструктивного информационно-психологического влияния, в том числе – в целях манипулирования личностью, социальными группами и обществом в целом. Необходимо понимать, что усиление деструктивных сетей, скорее имеет более выраженную динамику от межгрупповых отношений, чем от особенностей индивидуальности личности.

ЛИТЕРАТУРА

1.Ганзен В.А. Системные описания в психологии.- Л.,1984.

2.Интегральная индивидуальность человека и ее развитие / Под ред. Б.А. Вяткина. - М.: Издательство «Институт психологии РАН»,1999.

**А.С. Рахимкулова**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКРЫТЫМИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

**Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, (Одесса).**

Рисковое поведение – это поведение, прямо или косвенно связанное со здоровьем, благополучием и здоровым развитием личности. Вовлеченность подростка в рисковое поведение влечет за собой поведенческие и психологические изменения. Чем выше интенсивность вовлеченности (частота, продолжительность, кластеризация разных видов) подростков в рисковое поведение, тем более устойчивы эти измене-

ния и тем сложнее они поддаются коррекции со стороны специалистов. Большинство видов рискового поведения ассоциируется с повышенным риском развития тех или иных нарушений психического здоровья, в частности, депрессии, тревоги и расстройств 1 и 2 оси ДСМ. Полученные нами данные также подтверждают тот факт, что все виды рискового поведения сопровождаются повышенной суицидальной активностью. Чем выше объективный риск для жизни и здоровья, который несет в себе тот или иной вариант рискового поведения, тем выше степень суицидального намерения, которую он озвучивает.

Сравнение групп подростков, отличающих по степени вовлеченности в рисковое поведение, позволяет сделать вывод, что даже не регулярное увлечение рисковым поведением вызывает статистически значимые изменения на эмоциональном, когнитивном, психологическом, личностном, социальном уровнях. Хотя мы имеем основание считать, что вовлеченность подростков в рисковое поведение является, скорее, эндогенным феноменом, связанным с психологическими особенностями личности, но проявляемом под действием определенных экзогенных факторов. Выявленные психологические особенности, по нашему мнению, могут указывать на то, что в силу наличия некоторых биологических особенностей, под влиянием средовых воздействий в структуре личности формируются некие психологические конструкты, которые выступают в качестве предиспозиции к рисковому и суицидальному поведению.

**A.S. Rakhimkulova**

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RISKY BEHAVIOR OF ADOLESCENTS EXPERIENCING SUICIDE IDEATION**

**Odessa I.I. Mechnikov National University (Odessa).**

Risky behavior is any type of behavior which is directly or indirectly linked with personality health, wellbeing or healthy development. Adolescent risk-taking causes serious behavioral and psychological changes. The higher the intensity (frequency, duration, clusterization of different types) of risky behavior, the more persistent these changes are and the less susceptible they are for correction. Most types of risky behavior are associated with heightened risk of developing mental health disorders including depression, anxiety, 1 and 2 axises disorders. The data we obtained in our research prove that all kinds of risky behavior are correlated with increased suicidal activity. The higher is the chance for harming one's life and health when risk-taking, the higher is the intensity of suicidal intentions that are being expressed.

Comparing groups of teenagers who reported different degree of risky behavior involvement allowed us to come to conclusions that even irregular risk-taking leads to statistically significant changes on emotional, cognitive, psychological, personal and social levels. Still we presume that adolescent risk taking is more probable to be an endogenous phenomenon induced by personality traits and manifested when certain exogenous factors come into play. Methods of cluster and regression analyses allowed us to identify those personality traits, which we believe are neurobiologically and environmentally impelled. Not only these personality traits prompt risky behavior, but they also create predisposition to ignite suicidal activity in adolescents.

**М.М. Решетников**

**МОЗГ И ПСИХИКА**

**Восточно-Европейский Институт Психоанализа (Санкт-Петербург).**

Проблема взаимоотношений и взаимосвязи головного мозга и психики на протяжении двух тысячелетий является одной из основных, наиболее загадочных и в целом – нерешенных. Еще до Гиппократа была сформулирована (не вызывающая возражений) идея о том, что **психические явления тесно связаны с работой мозга**, но затем Гиппократ модифицирует эту идею, и на все последующие века постулирует, что **вместилищем всех психических процессов является головной мозг**. Несмотря на огромный прогресс исследований в этой сфере, гипотеза Гиппократа на протяжении двух тысячелетий остается основной и главенствующей как в физиологии, так и в психиатрии и психологии. Исключение составляют разве что некоторые модальности психотерапии, где психика рассматривается как эпифеномен.

Прежде чем перейти к последнему тезису (об эпифеномене) напомним некоторые ключевые этапы в формировании современных научных представлений. На стыке психологии и физиологии, благодаря теориям И.М. Сеченова и И.П. Павлова, сформировались две новые области знания: физиология высшей нервной деятельности (ВНД) и психофизиология. Нужно отметить, что эти две сферы знания после почти вековых попыток объяснения всей психической деятельности на основе реакций возбуждения и торможения, рефлекторной деятельности и биохимических реакций ограничили область своих интересов изучением мозговых структур, на основе которых реализуется психическая деятельность. Подчеркнем еще раз - **структур, на основе которых** реализуется психическая деятельность.

Однако в психиатрии и - частично – в психологии все подходы к психопатологии до настоящего времени базируются на ортодоксальной теории ВНД, **которая по-прежнему во многом идентифицирует психику и мозговые механизмы**, напрямую апеллируя к анатомическому строению нервной сис-

темы, локализации функций в коре головного мозга, проводящим путям и биохимическим реакциям, связанным с нейромедиаторами. Именно этот тезис (идентификация) лежит в основе традиционных методов терапии психических расстройств, которая в большинстве случаев осуществляется путем химического воздействия на мозговую ткань и обмен нейромедиаторов в синаптической щели.

В 2008 г. автором была выдвинута гипотеза о мозге как биологическом интерфейсе. В рамках этой гипотезы проводится аналогия между мозгом и компьютером, который обычно характеризуется как аппаратная часть или «железо» (hardware), и между психикой и программным обеспечением, обычно именуемым как «софт» (software), а процесс воспитания и обучения рассматривается как вариант программирования. Психическая деятельность в данном случае рассматривается как вариант информационного обмена и взаимодействия, а физические и психофизиологические феномены - как телесные симптомы душевной жизни, не несущие никакой прагматической информации о мыслях, идеях и переживаниях и о психических содержаниях в целом.

Дополнительно нужно отметить, что **информация современной наукой общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор**, материальны только ее носители (биологические, бумажные, электронные и т. д.). Само по себе наличие информации на каком-либо носителе (вне субъекта или при отсутствии субъекта) – фактически не существует.

Обратимся к психопатологии. Как представляется, мы до настоящего времени не совсем точно выделили два ее принципиально различающихся типа. А именно:

1. Психопатология, которая развивается как следствие органических поражений головного мозга: вследствие инфекционных процессов, склеротических изменений, онкологических заболевай и т. д. То есть речь идет о тех случаях, когда повреждается носитель информации – мозг (возвращаясь к аналогии с компьютером – аппаратная часть или «железо»). В этом случае даже по внешним (поведенческим и психическим) проявлениям локализация поврежденной части мозга легко опознаваема и прогнозируема, а подходы биологической медицины абсолютно адекватны: нужно лечить мозг, используя соответствующие препараты (химические вещества), с помощью оперативного вмешательства, с применением облучения или лазера и т. д.

2. Психопатология, которая развивается как следствие информационного поражения самой психики, то есть – когда один нематериальный фактор (например, индивидуально значимая психическая травма) повреждает другой нематериальный фактор (нормально функционирующую психику), точно также как компьютерный вирус (информация) повреждает до этого стабильно функционирующее программное обеспечение (software). Самый наглядный пример – якобы «массовое отравление» нервнопаралитическим газом учащихся сразу нескольких школ в Чечне в сентябре–декабре 2005 г. (которое оказалось типичным вариантом массового психического заражения ложными идеями).

В отличие от первой группы психические нарушения в этом случае (в зависимости от индивидуальных особенностей того или иного субъекта) исходно могут реализоваться в самых различных вариантах: от легкой дисфории до тяжелого аутизма или устойчивой паранойи. А терапия, соответственно, должна осуществляться информационным воздействием на поврежденные не мозговые, а **психические** структуры. Химическое воздействие - еще раз прибегнем к образному сравнению - на «hardware» в данном случае ничего не даст (психические содержания останутся неизменными).

При наличии нескольких (более обоснованных и более подробных) классификаций психофармакологических препаратов их также можно условно разделить на две группы: те, которые притупляют душевные переживания (возвращаясь к используемым аналогиям – снижают яркость «интерфейса», то есть экрана, на котором проецируется информация); или наоборот - стимулируют общую психическую активность и яркость восприятия. Но они никак не меняют содержательное наполнение психической сферы (информацию).

Здесь нет негативизма к психофармакологии, успехи которой было бы неверно не замечать. И автор вовсе не является ее противником, но последовательно выступает против ее необоснованного назначения (а до 60% таких назначений делают врачи общей практики), длительного, изолированного и бесконтрольного применения. В последних двух случаях имеется в виду – без систематического контроля со стороны психиатра и взаимодействия с психотерапевтом, которые внимательно отслеживают эффекты психофармакологического воздействия и изменения состояния пациентов (включая побочные реакции). Когда человек страдает физически или душевно, безусловно, вначале нужно прибегнуть к обезболиванию. Однако в случае психического страдания главной задачей остается психическое воздействие психиатров и терапевтов на состояние и содержание психической сферы пациентов.

Приведем еще один дополнительный фактор, свидетельствующий в пользу изложенной гипотезы. Изучение ферральных детей (более известных как «Маугли») показывает, что при отсутствии раннего погружения в социальную среду (или, как уже отмечалось, при отсутствии языкового программирования мозга ребенка социальным окружением) нормальная человеческая психика не формируется, впрочем, как и прямохождение. Это позволяет сделать еще один вывод, что **наличие здорового мозга является необходимым, но недостаточным условием формирования и адекватного функционирования человеческой психики.**

**Т.В. Рогачева**

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ

**ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» (Екатеринбург).**

Реабилитационный потенциал следует рассматривать как один из фрагментов инфраструктуры реабилитационного процесса, который включает в себя реабилитационную диагностику, реабилитационные воздействия и реабилитационное сопровождение. Особенно актуальна такая постановка вопроса для детей, имеющих заболевание с непроясненной этиологией, с различными вариантами патогенеза и неоднозначным результатом реабилитации. К таким детям можно отнести и пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС). Принято определять аутизм как первазивное (комбинированное дизадаптивное) нарушение развития, представленное различными симптомами в социальных, коммуникативных и поведенческих проявлениях. Наиболее часто у таких детей диагностируются следующие затруднения:

- качественное нарушение в социальном взаимодействии (например, отсутствие эмоциональной или социальной взаимности, сниженное использование невербальной коммуникации и пр.);
- качественное нарушение коммуникации (например, отставание или отсутствие разговорной речи, стереотипное использование языка, отсутствие разнообразной спонтанной игры или игры по социальной имитации и пр.);
- ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения, ритуалы.

Другими словами, РАС – это не заболевание психиатрического регистра (хотя в МКБ-10 расположено в разделе F), поэтому задача специалистов, помогающих ребенку с РАС и членам его семьи, развивать те аспекты реабилитационного потенциала, которые помогают адекватному, насколько это возможно для данного ребенка, функционированию в социуме. Саногенный компонент реабилитационного потенциала у ребенка с РАС минимален, т. к. вылечить аутизм невозможно. Человек будет иметь данный диагноз до 18 лет, а затем, по крайней мере в нашей стране, если семья примет решение определить для него статус инвалида, то психиатры будут диагностировать его как шизофреника. Психологический компонент как вклад в реабилитацию ребенка с РАС имеет серьезные перспективы при условии активизации социально-средового потенциала на самых ранних этапах онтогенеза. Главным компонентом реабилитационного потенциала для таких детей выступает социально-средовой потенциал, т. е. те возможности, которые может предоставить среда. К сожалению, в нашей стране сложилась практика определения психиатрами статуса «ребенок-инвалид» примерно с 4 лет. До 4 лет такому ребенку зачастую помощь не оказывается, а родители не понимают особенностей своего ребенка. Признаки РАС можно отследить и, следовательно, оказать специализированную помощь уже в период до 1 года. Так, в возрасте от 2 до 12 месяцев младенец не поворачивает голову и глаза на звук, менее активен, не улыбается при взаимодействии с мамой, не демонстрирует двигательную активность при контакте с другим человеком, доминируют повторяющиеся движения, часто громко кричит и пр. Серьезным фактором, обусловливающим реабилитационный потенциал такого ребенка, выступает формирование специфической привязанности как своеобразной эмоциональной связи, помогающей матери определить потребности своего ребенка. Основой формирования привязанности является чуткость матери к специфически проявляемым потребностям ребенка. Если обычный ребенок начинает улыбаться в течение первых 3 недель после рождения, то ребенок с РАС практически не реагирует на человеческое лицо. Свои потребности он обозначает плачем, поэтому главная задача для матери - выявить основные виды плача ребенка с РАС и соотнести их с его потребностями. Чем раньше мать научится определять потребности своего малыша, а главное – удовлетворять их стереотипным образом, тем больше вероятность благоприятного прогноза их взаимодействия в дальнейшем.

Другая особенность детей с РАС – приверженность порядку. Такой порядок предполагает «пространственное планирование», т. е. четкое функциональное разделение пространства (ребенок спит в одном месте, ест - в другом, одевается в третьем, играет в четвертом и пр.), о котором позаботилась семья. Желательно, чтобы члены семьи также выполняли определенные действия в конкретных местах. Тогда ребенок с РАС чувствует себя в безопасности, т. к. среда для него предсказуема. Для таких детей важно организовать соблюдение режима дня практически с рождения, т. к. одинаковая последовательность действий во времени успокаивает таких детей. Д. Боулби отмечает большую значимость в жизни маленьких детей параметра «знакомый-незнакомый», который, несомненно, вдвойне значим для ребенка с РАС. Мама ребенка с РАС, адекватно представляя его потребности, формирует тем самым эмоциональную связь с ним, смысл которой в обеспечении безопасности. Для ребенка с РАС потребность в безопасности акцентуирована, т. к. такому ребенку достаточно тяжело даются социальные контакты. Поэтому понимающая мать как лицо, которому можно доверять, обеспечивает ребенку уверенность в поддержке и помощи. Таким образом, уже на первом году жизни можно сформировать у ребенка с РАС навыки самовыражения, специально адаптированную систему коммуникации, которую понимают члены его семьи. Чаще дети с РАС не очень заинтересованы в коммуникации, они как бы не обращают внимание на других людей, и даже на маму, «изображают» глухих (очень часто таких детей в возрасте до 2 лет путают с глухими детьми), не демонстрируют невербальные способы взаимодействия, эхола-

личны. Свои потребности они выражают криками и плачем. Формирование речи отличается тем, что дети с РАС используют определенное слово для обозначения конкретного предмета. Для коммуникативной помощи ребенку с РАС существуют специальные визуальные коммуникационные системы, в которой наглядно зафиксирована связь между символом и значением. Обычно это либо рисунки, либо фотографии. Чем раньше мама и другие члены семьи начнут коммуникацию с помощью визуальных систем коммуникации, тем быстрее малыш поймет, что просьба, выраженная пусть и специфическим способом, является более эффективным средством, нежели вспышка гнева или самоповреждение.

Если та среда, в которой оказался ребенок с РАС, создаст адаптированную для него систему коммуникации, то он получает инструмент, с помощью которого может влиять на свое окружение и удовлетворять собственные потребности. Такая система позволяет сформировать у ребенка с РАС навыки самовыражения и получать удовольствие от коммуникации. Следовательно, в ситуации с нарушениями развития ребенка именно социально-средовой компонент реабилитационного потенциала помогает активизировать как саногенный, так и психологический компоненты реабилитационного потенциала.

**В.А. Розанов**

## СУИЦИДЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ – БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В КОНТЕКСТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ

**Одесский национальный университет имени И.И.Мечникова (Одесса).**

В последнее время внимание суицидологов приковано к росту самоубийств среди молодежи. В данном случае речь не идет о вовлечении в «группы смерти» в соцсетях (это лишь частный случай), а о более глобальных тенденциях, охватывающих многие страны в течение последних 30-40 лет. Это касается как стран Запада, так и всего постсоветского пространства, а также стран Юго-Восточной Азии, Латинской Америки и Африки. В ряде стран ярко выраженный подъем начался достаточно давно, еще в 60-х годах прошлого века, и сегодня на фоне используемых целенаправленных мер превенции эти тенденции не столь заметны. Так обстоит дело в Великобритании, Австрии, Финляндии, Швейцарии, Италии и др. странах Европы. В США, Канаде и Австралии пик подростковых самоубийств тоже пройден в 90-х годах, иситуация характеризуется как относительно стабильная. В то же время наметившееся снижение за счет интенсивных мер первичной и вторичной суицидальной превенции в большинстве перечисленных стран не позволяет добиться снижения до уровня 40-50-летней давности. Поднявшись и достигнув пика, уровни уже не снижаются до исходного. На этом фоне особенно выражен рост на европейском постсоветском пространстве, в Латинской Америке и странах Средней и Юго-Восточной Азии, известных как «молодые тигры». Таким образом, налицо глобальное ухудшение ситуации, причем прежде всего среди совсем молодых людей, в то время как в традиционных группах риска (средний и пожилой возраст) такие тенденции отсутствуют или не столь выражены.

В значительной части работ специалисты по данной проблеме указывают, что повышение суицидальности в наибольшей степени коснулось молодых представителей аутохтонных народов, например, саамов в Швеции, тувинцев, якутов, эвенов, бурятов и алтайцев в России, маори в Новой Зеландии, североамериканских индейцев и австралийских аборигенов. Существует вполне обоснованная точка зрения, что основной причиной этого является угроза для своей культурной идентичности, необходимость приспосабливаться к условиям и стилю жизни, которые диктует западная культура, продвигающая такие ценности, как потребительство, соревновательность, индивидуализм и материализм, вступающие в резкую конфронтацию с ценностями традиционных сообществ. Свою роль, очевидно, играют и обрушившиеся на молодежь этих народов потоки информации. Учитывая те сложности и трудности, которые испытывает подросток или молодой человек в процессе своего становления, связанные как с внутренними переживаниями и поиском своего места в мире, так и с внешними (прежде всего социальными) вызовами, эта причина представляется наиболее вероятной.

За последние годы наше понимание природы подростковых суицидов значительно продвинулось вперед благодаря синтезу представлений психологического, психофизиологического и нейробиологического характера относительно особенностей созревания ЦНС. В частности, большую роль сыграли представления о стресс-диатезе и стресс-уязвимости и о значении траектории развития, особенно роли ранних этапов развития, в генезе этих характеристик суицидальной личности. Все самые современные теории суицида трактуют повышенную уязвимость к стрессу как ведущий фактор, влекущий за собой многочисленные поведенческие (импульсивность, агрессия, аутоагрессия), эмоциональные (страх, депрессия, раздражение, тревога) и когнитивные (трудности в оценке опасности ситуации, нерациональность в принятии решений, когнитивная ригидность и тоннельное сознание) нарушения, роль которых в вероятности суицида очень велика. На данном этапе также подробно описаны все эмоциональные, поведенческие и когнитивные особенности подросткового возраста, многочисленные факторы риска, повышающие возможность суицида у подростка, равно как и протективные факторы, способные защитить от подобного исхода.

Все эти наработки и модели, однако, должны быть оценены с позиций исключительно быстро ме-

няющейся психосоциальной среды, а также с учетом роли культурных, экзистенциальных, духовных и иных ценностных характеристик личности в условиях современного доминирующего мировоззрения, миросозерцания и жизненного планирования. Человек – слишком социальное существо, и все изменения, происходящие в современном мире, связанные с модернизацией, «сжатием времени», нарастанием психосоциального стресса, всеобщей доступностью информации, информационными перегрузками, оказывают на него существенное влияние. Этому способствует и демографическая модернизация, перенаселенность на фоне одиночества, доминирование материалистического подхода к человеку, продвижение нереалистичных ожиданий от будущего в угоду экономическим моделям процветания и всеобщего прогресса.

Все это особенно затронуло молодых представителей аутохтонных народов, пребывающих в условиях давления традиций, диктуемых старшими поколениями, и стремящихся к заманчивым высотам информационного общества. В то же время и весь мир оказался охвачен аналогичными тенденциями. Конфликт культур благодаря информационному напору приобрел глобальный характер, индивидуалистическая культура превратилась в угрозу для всех, а не только для островков традиционной культуры. Все это означает повсеместный рост психосоциального стресса – подспудно проявляющегося хронического напряжения, фрустрации, тревоги и депрессии, вызванного нарастанием несправедливости, неравенства, несбывшихся ожиданий и негативного восприятия будущего.На основе этих взглядов формируется непротиворечивая модель, объясняющая суициды среди наиболее уязвимых подростков, что приводит к статистически заметному росту в данной возрастной группе. Данная модель намечает пути выстраивания долговременных стратегий превенции.

**Ф.А. Романова, И.М. Романова**

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ

**ГБУЗ ПБ № 13 ДЗМ филиал № 3 (Москва))**

Социально психологическая адаптация (СПА) дошкольников представляет собой сложную систему мероприятий, в которую входит процесс овладения новыми общественными нормами самим ребенком, а также изменение его статуса. Когда дети приходят в школу, то новое учебное заведение ставит перед ними ряд задач: приспособиться к новому режиму и виду деятельности, принять школьные нормы поведения, приобщиться к новому коллективу и, конечно же, успешно овладеть школьной программой.

Для того, чтобы ребенок смог выполнить поставленные перед ним задачи, ему необходимо обратиться к ранее полученному опыту. По этой причине можно отметить, что ребенок готов адаптироваться в новой среде и начать выполнять поставленные задачи, если он начал успешно реализовывать полученные до школы знания и выказывает адекватное поведение в новых ситуациях. Также необходимо отметить, что в процессе адаптации дошкольника внимание уделяется и эмоциональной сфере ребенка. Поскольку, если новые требования превосходят возможности ребенка, то соответственно они становятся толчком к изменению его эмоциональной сферы, что в свою очередь ведет к стрессовому состоянию организма.

Учебная деятельность в этом возрасте является ведущей, поэтому ее развитие обусловливает изменения в психологических особенностях личности ребенка. При поступлении ребенка в школу социально-психологическая адаптация представляет собой процесс перестройки поведения и деятельности для успешного функционирования в новых условиях, включающий в себя формирование средств и способов поведения, направленных на овладение учебной деятельностью и взаимодействие с новой социальной средой. В случае несоответствия умственных возможностей ребенка и поступающей информации могут возникнуть трудности, которые усложняют процесс адаптации и, как следствие, тормозят общее психологическое развитие.

Отметим также, что психологическая готовность к школе включает в себя и социальную зрелость. Недоразвитие мотивационно-потребностной сферы, несоблюдение социальных норм становятся препятствием в овладении школьных навыков. Ребенок, кроме этого, должен уметь общаться с другими детьми, соблюдать нормы и правила школы. Если ребенок не справляется с этим, то в результате замедляется адаптация в школе.

Еще одним важным фактором является то, что разнообразие эмоций, которые испытывает ребенок, во многом формируют его поведение. На фоне этого облегчается или усложняется учебная деятельность. Поскольку успех в учебе вызывает положительные эмоции, ребенок становится уверенным в своих силах, благодаря чему ребенку значительно проще адаптироваться в школе. Эта схема применима и в случае, когда учебный процесс вызывает отрицательные эмоции. Ребенок не уверен в своих сила, чувствует себя изгоем в коллективе и возникают трудности с привыканием к новому окружению и статусу.

Наибольшие трудности испытывают дети, у которых наряду с интеллектуальными дефектами обнаруживается недоразвитие мотивационно-потребностной сферы. Отметим, что в поведении детей данной категории преобладают черты инфантилизма. Иными словами, происходит своеобразная форма компенсации, когда ребенок на подсознательном уровне стремится сделать свое существование более благоприятным. Подобное поведение приводит к нарушению адаптации и обусловливает задержку пси-

хического развития.

В итоге все эти компоненты приводят к школьным фобиям, а затем соответственно к школьной дизадаптации. Последнее неблагоприятно отражается на состоянии детей и приводит к возникновение разнообразных нервно-психических расстройств.

На сегодняшний день проблема диагностики нервно-психических расстройств в условиях общеобразовательного учреждения является актуальной. Основными формами нарушений психического здоровья школьника являются пограничные состояния. Диагностика нервно-психических расстройств как раз и проводится на уровне донозологических нарушений. Для этого используется комплекс современных медицинских, психологических, физиологических и педагогических тестов, которые позволяют выявить истинное состояние психики индивидуума на данный момент.

Исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что полидисциплинарный подход к вопросу адаптации ребенка в школе необходимо проводить с целью выявления уровня устойчивости организма школьника в отношении психогенных воздействий в различных возрастных группах.

**Н.А. Русина, С.А. Абдулганиева**

## ПРОЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА

**Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

**Цель исследования:** сравнение уровня семейной тревожности родителей здоровых детей и детей с гематологическими заболеваниями.

**Материал и методы исследования:** родители 20 детей (экспериментальная группа), проходивших лечение в отделении гематологии и химиотерапии Областной детской больницы г. Ярославля (ср. возраст родителей 35,3 лет, детей - 6,8 лет), родители 20 здоровых детей (контрольная группа), проходивших медицинский осмотр в Городском центре здоровья (ср. возраст родителей 35,8 лет, детей - 6,8 лет). **Методики** «Анализ семейной тревоги Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса; «Человек под дождем» Е.С. Романовой и Т.И. Сытько. Программа Statistica 8: корреляционный анализ (непараметрическая версия, ранговый коэффициент корреляции Спирмена), U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** Между группами по общему тестовому показателю, включающему показатели чувства вины, тревожности и напряженности, получены достоверные различия ($p<0,05$). Родители в экспериментальной группе испытывают чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешиваться в ход событий в семье. Гематологическое заболевание ребенка становится источником постоянного психологического давления. Им приходится прилагать усилия, чтобы сдержать чувства фрустрации, раздражения, агрессии. Родители, особенно перед детьми, желают показать, насколько они сильны и смогут побороть тяжелые заболевания, но делают это без внутренней уверенности. Внешняя смелость в борьбе с болезнью оборачивается внутренней напряженностью и тревогой. Родители пребывают на лечении вместе с детьми на протяжении длительного времени. Они вынуждены отлучиться от других членов семьи, уйти с работы; у них сужен круг общения. Показатель общей семейной тревожности в экспериментальной группе выражается в умеренной предрасположенности к преобладанию отрицательно окрашенных переживаний, связанных с семейной жизнью. Получены достоверные различия по показателям: 1. Чувство неполноценности ($p<0,01$); 2. Инфантильность ($p<0,05$); 3. Конфликтность в семье ($p<0,001$); 4. Тревожность ($p<0,001$). Показатели в экспериментальной группе выражены сильнее. Корреляционный анализ: В экспериментальной группе показатель «Конфликтность в семье» имеет положительную корреляцию с субшкалой «Тревожность» и со шкалой «Общий уровень семейной тревожности». Тревожность переносится на окружающих чувством страха, незащищенности, беззащитности. Тревожные опасения за состояние ребенка усиливают негативные переживания родителя. Возрастание переживаний приводит к возрастанию конфликтности в семье, отсутствие готовности членов семье поддерживать друг друга обостряет ситуацию. В экспериментальной группе проявляются тенденции отрицательных корреляционных связей: субшкала «вина» - симптомокомплекс «недоверие к себе»; субшкала «вина» - симптомокомплекс «импульсивность»; шкала «общий уровень семейной тревожности» - симптомокомплекс «импульсивность». Это означает, что у родителей больных детей проявление импульсивности и недоверия к себе отрицательно взаимосвязано со склонностью к отрицанию своей виновности в отношении неудач в семье. Тенденцию к отрицательной взаимосвязи импульсивности и семейной тревожности в экспериментальной группе можно объяснить тем, что родители не предаются тяжелым переживаниям в случае неконтролируемых вспышек раздражительности, объясняя свое поведение тяжелой ситуацией.

**Выводы.**

1.Уровень семейной тревожности выше у родителей детей с гематологическим заболеванием в сравнении с родителями здоровых детей.

2. По методике «Анализ семейной тревоги» в экспериментальной группе более, чем в контрольной группе, выражена шкала «Общий уровень семейной тревоги.

3. По методике «Человек под дождем» в экспериментальной группе сильнее, чем в контрольной группе, выражены симптомокомплексы «чувство неполноценности», «инфантильность», «конфликтность в семье» и «тревожность».

4. В экспериментальной группе получены значимые положительные корреляционные связи между тревожностью/общим уровнем семейной тревожности и конфликтностью в семье; отрицательные связи между импульсивностью и количеством детей в семье/образованием.

Полученные результаты дают возможность оказания адресной психологической помощи родителям детей, больных гематологическими заболеваниями.

**Н.А. Русина, А.А. Михнюк**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

**Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Результаты исследований показывают, что для женщин с нарушением течения беременности характерно наличие внутреннего конфликта, связанного с неготовностью принятия материнской роли, проявляющегося в глубокой внутренней неудовлетворенности и создающего ситуацию острой напряженности. Подобную ситуацию женщина не может разрешить конструктивно. Имеет место неэффективность копинг-механизмов. Было выявлено, что для группы с нарушением течения характерен конфликтный образ себя как матери, эйфорическое или дискомфортное отношение к собственной материнской позиции; тревожный или конфликтный образ своей матери.

Для нашего исследования было значимым выявление несформированности адаптационных механизмов, поскольку это ведет к невротическим или психосоматическим формам совладания со стрессовыми ситуациями и проявляется в нарушениях течения беременности. Рождение ребенка можно рассматривать как фактор ситуации адаптации. При нарушении развития ребенка его появление становится дополнительным стрессовым фактором ситуации адаптации. Мы старались обратить внимание на фактор осложнения в сфере семейных и социальных отношений, катастрофы и другие стрессовые обстоятельства, на случаи экстрагенитальной патологии и на то, как нарушение здоровья женщины оказывает влияние на течение беременности:

Исследование проводилось на базе Ярославского областного перинатального центра. В исследовании принимали участие 27 женщин с диагнозом угрозы невынашивания беременности (УНБ) на ранних сроках. У всех беременность желанная. Группы формировались по принципу готовности и желанию к психологической работе, что определялось путем опроса. Экспериментальная группа 18 женщин, контрольная группа 9 женщин. С экспериментальной группой проводилась психологическая работа с целью коррекции выявленных психологических факторов УНБ. В контрольной группе такая работа не проводилась. В обеих группах проводилось медикаментозное лечение по поводу УНБ.

**Методы и методики исследования.** Диагностические*:* авторская анкета, клиническое интервью, анализ выписок из истории болезни, методика Р. Лазаруса и С. Фолкман для изучения стратегий совладания, метод цветовых выборов М. Люшера, методика «Самочувствие, активность, настроение» (САН). Коррекционные: дыхательная релаксационная гимнастика, медитация с цветом, арт-терапия, коррекция мотивации на рождение ребенка, психокоррекционная работа с выявленными причинами стресса.

**Результаты.** У женщин обеих групп выявлено наличие стресса. Проведен теоретический анализ значения психологических факторов в возникновении УНБ на ранних сроках. Выявлены ведущие факторы в возникновении УНБ на ранних сроках: 1. *Социально-психологические:* конфликт на работе, непонимание близких людей, конфликт с отцом ребенка, незащищенный тыл – неустроенная семейная жизнь, страх выкидыша, страх родов. Стрессором является само состояние возникновение УНБ на ранних сроках. 2. *Акушерские факторы* с точки зрения их стрессогенного действия: возраст старше 30 лет, наличие в анамнезе выкидышей, наличие УНБ до исследования во время этой беременности. Выявлено, что повышение показателей отягощенности психологического статуса (незащищенность в социальном плане, возраст старше 30 лет, наличие во время этой беременности до исследования УНБ, наличие в анамнезе выкидыша, наличие страха выкидыша, страха родов) сопровождается повышением показателя возникновения УНБ на ранних сроках. Установлено, что реже возникает УНБ на ранних сроках, если женщина замужем и если выносила и родила здорового ребенка. Выраженная копинг-стратегия «Принятие ответственности» связана со страхом выкидыша. Женщины с преобладанием этой стратегии более ответственно подходят к вынашиванию беременности и при возникновении неблагоприятного течения беременности больше переживают за исход беременности (R=0,38). У них реже возникают повторные УНБ (R=-0,44), что связано с ответственным подходом к вынашиванию беременности. У женщин со стратегией «Избегание» реже в анамнезе присутствуют нормальные роды (R=-0,49). Женщины со стратегией «Положительная переоценка» чаще обращаются за помощью к психологам (R=0,46). Выявлены преобладающие копинг-стратегии и особенности их проявления при УНБ на ранних сроках: «Положительная переоценка» и «Самоконтроль». В обычной ситуации эти стратегии оказываются эффек-

тивными, но в ситуации угрозы УНБ они работают против, т. к. в состоянии беременности на первый план выходят чувства и телесные ощущения. Разрешение стрессовых ситуаций с помощью этих копинг-механизмов в состоянии беременности ***может быть не эффективным***. Стратегия «Самоконтроль» основана на том, что негативное переживание преодолевается за счет намеренного подавления эмоций. При этом может наблюдаться стремление скрыть от окружающих свои переживания, связанные с проблемой. Это ведет к тому, что женщина с УНБ, находящаяся в состоянии дистресса, не может вывести свои переживания на уровень чувств, выразить их в слове, разрешить возникшую проблему. Переживания остаются «внутри», и состояние дистресса усугубляется. Важно понять, что стратегия «Самоконтроль» предполагает стремление скрыть от окружающих свои переживания, поэтому женщина с УНБ не обратится *сама* за помощью к психологу. Женщины с ведущей стратегией «Самоконтроль» чаще оказываются подверженными возникновению УНБ второй стадии, более опасной для сохранения беременности. Это может быть связано с тем, что эти женщины предпочитают сдерживать свои чувства, терпеть и не обращаются за медицинской помощью сразу при появлении первых тревожных симптомов, что приводит к развитию УНБ более тяжелой формы. Но если им предложить психологическую помощь, то они охотнее идут на контакт с психологом.

При оказании психологической помощи важно знать, что во время беременности, особенно в состоянии возникшей УНБ, нельзя погружать женщину в работу с ситуацией выкидыша в анамнезе. Это может растревожить женщину и привести к ухудшению психического состояния, что может быть опасно и привести к усугублению течения УНБ и к потере ребенка. Поэтому, если беременность сохранить все же не удается, то оказывать психологическую помощь нужно сразу, в отделении, до и после операции чистки. Или, что менее желательно, в промежутке времени до новой беременности. Психологу нужно быть осторожным, понимая, что работая с прошлыми родами или прорабатывая предстоящие роды, можно спровоцировать угрозу преждевременных родов. Такую работу лучше проводить до 28 недели беременности.

Программа психологического сопровождения беременной женщины с УНБ на ранних строках состояла из двух частей: *1 часть:* Всем женщинам в экспериментальной группе проводилась одновременно с проведением диагностики оперативная помощь в совладании с состоянием повышенной тревожности, вызванной воздействием стрессогенных факторов. Применялись методы: дыхательная релаксирующая гимнастика, цветомедитация и арт-терапия. *2 часть:* Работа с мотивацией и причиной стресса, выявленной с помощью анкеты, клинического интервью, теста на совладание со стрессом. Работа строилась на выявлении причины стресса через устранение ее или через изменение отношения женщины к ней, если устранить причину не получалось.

Работа с мотивацией с УНБ на ранних сроках необходима. В этот период женщина еще не адаптировалась к новой роли, не чувствует присутствие «ребенка в себе»; он характеризуется одновременным сосуществованием нескольких противоположных мотивов и сложными взаимоотношениями между ними — антагонистическими, что ведет к состоянию конфликта. Во время психологической помощи важно помочь женщине мотивировать себя на рождение ребенка, разобраться в движущих мотивах. Психодиагностическая программа позволила выявить причины стресса, понять, почему женщина не смогла успешно адаптироваться к состоянию беременности при воздействии стрессогенных факторов. Создавались условия, при которых женщина оказывалась способной взглянуть на свои жизненные трудности со стороны, осознать неконструктивность способов поведения, найти адекватные действия, позволяющие получить новый эмоциональный и личностный опыт. Работа строилась строго индивидуально в виде клинической беседы.

**Результаты.** В экспериментальной группе у всех женщин беременность сохранилась. В контрольной группе из 9 женщин беременность сохранена у 7 женщин. Выявлены значимые различия в экспериментальной и контрольной группах по показателю сохранности беременности ($p=0,047$). В экспериментальной группе повышение показателей «Активность» и «Настроение» значимо выше, чем в контрольной, т. е. значимо повысились психосоматические показатели. Клинические показатели также улучшились; значимо увеличился показатель сохранности беременности.

**Н.А. Русина, А.Б. Оленчук**

## ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, УРОВНЯ САМООЦЕНКИ И ПРОКРАСТИНАЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

**Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

В настоящее время в связи с увеличением стрессового фактора, перегруженностью информацией, высокими требованиями к успешности личности уделяется все более пристальное внимание изучению феномена прокрастинации **(**сознательного откладывания выполнения дел, принятий решений), связанного с субъективным ощущением внутреннего дискомфорта при откладывании). Прокрастинация означает добровольный выбор в пользу одной задачи по отношению к другим.

В нашей работе изучался феномен прокрастинации в связи с личностными характеристиками (тревожностью, самооценкой) в юношеском возрасте. **Материал и методы исследования:** в исследовании

приняли участие студенты 1–6 курсов лечебного факультета и факультета клинической психологии ЯГМУ, а также интерны и ординаторы, обоего пола в возрасте от 18 до 25 лет. Исследуемая группа составила 71 человек. Применялись опросник «Шкала оценки прокрастинации PASS» (Procrastination Assessment Scale-Students (PASS), Solomon L.J., Rothblum E.D в адаптации Зверевой М.В.), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Для статистической обработки использовались дисперсионной анализ ANOVA, критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Пирсона.

**Полученные результаты и их обсуждение.**

1. Наибольший вклад в формирование самооценки вносят такие факторы прокрастинации, как самоконтроль (var00007) и социальная тревожность (var00003)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VAR00007 | 2,943 | 1,224 | ,274 | 2,405 | ,019 |
| VAR00003 | -3,202 | 1,517 | -,241 | -2,110 | ,039 |

2. Подтверждено наличие влияния уровня социальной тревожности (var00003), ситуативной тревожности (var00011) и общей частоты прокрастинации (var00002) на личностную тревожность.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VAR00003 | 4,010 | 1,150 | ,359 | 3,488 | ,001 |
| VAR00011 | ,353 | ,127 | ,285 | 2,786 | ,007 |
| VAR00002 | -,405 | ,188 | -,222 | -2,159 | ,034 |

3. Наибольшее влияние на показатель личностной тревожности оказывает общая частота прокрастинации.

4. При наличии феномена прокрастинации уровень самоконтроля у мужчин выше, чем у женщин (уровень значимости =0,042, что подтверждается средним рангом у мужчин =46,50, у женщин =33,65).

5. Показатель социальной тревожности по шкале оценки прокрастинации взаимосвязан с показателем личностной тревожности: чем выше личностная тревожность, тем выше социальная тревожность ($p<0.001$, $r=0,41$).

6. Показатель «вызов» по шкале оценки прокрастинации взаимосвязан с показателем личностной тревожности: чем выше личностная тревожность, тем выше «вызов» ($p<0.001$, $r=0,41$). Такие «прокрастинаторы» склонны к выполнению задания в последнюю минуту, поскольку только в последний момент возникает необходимая для выполнения задания активация организма. При этом они высоко «личностно тревожны».

7. Показатель социальной тревожности положительно связан с показателем «перфекционизм»: ($p<0.001$, $r=0,71$). Показатель «лень» отрицательно связан с показателем «перфекционизм»: ($p<0.001$, $r=-0,51$). Показатель «лень» отрицательно связан с показателем «самоконтроль»: ($p<0.001$, $r=-0,56$). Показатель «самоконтроль» отрицательно связан с показателем «вызов»: ($p<0.001$, $r=-0,40$).

Полученные результаты могут быть использованы в работе практических психологов при организации индивидуального консультирования и психотерапии студентов в связи с наличием у них дискомфорта в обучении из-за феномена прокрастинации.

**Н.А. Русина, З.Р. Усубова**

## ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ САМООЦЕНКИ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Перфекционизм в зависимости от степени его проявления может выступать как фактором, стимулирующим личность к активности и непрерывному саморазвитию, так и подавляющим и формирующим искаженное восприятие себя и окружающей действительности. Чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим чувством эмоционального дискомфорта, низкой продуктивностью деятельности, риском психических расстройств и даже риском суицидального поведения. Рано или поздно все перфекционисты начинают испытывать чувство усталости, тревоги и безнадежности. Часто возникают различные проблемы со здоровьем на фоне хронического стресса и истощения: головные боли, слабость, обострения хронических заболеваний. На фоне постоянного напряжения весьма вероятно развитие невроза.

Научными исследованиями подтверждено, что среди перфекционистов много людей, страдающих серьезными тревожными и депрессивными расстройствами. В литературе довольно часто встречаются указания на связь между перфекционизмом и суицидальными поступками как у подростков, так и у взрослых. Результаты ряда работ свидетельствуют: личностная черта «перфекционизм» существенно повышает риск по ряду психопатологических расстройств (в первую очередь, депрессии) и создает значительные препятствия в получении психологической помощи. В классической работе Д. Хамачека (1977) сравниваются «здоровый» и «невротический» перфекционизм. «Невротичные перфекционисты» перманентно недовольны

сделанным, результат никогда не кажется им достаточным; руководствуются только крайне высокими ожиданиями от себя; действуют под влиянием страха неудачи, испытывают сильную тревогу, стыд, вину; демонстрируют поведение избегания; концентрируют внимание на собственных недостатках и мысли о том, как бы избежать ошибки. На основе психотерапевтических наблюдений Д. Хамачек описал два вида семейного окружения, в котором «вызревает» невротический перфекционизм – атмосфера постоянного неодобрения при отсутствии похвалы и так называемое «условное одобрение». В первом случае ребенок стремится стать совершенным не только для того, чтобы избежать неодобрения других, но для того, чтобы, наконец, принять самого себя через сверхчеловеческие усилия и грандиозные достижения. Во втором случае человек приходит к пониманию – только хорошее выполнение деятельности делает его ценным.

В нашем исследовании изучалась взаимосвязь самооценки личности и перфекционизма. **Материал и методы исследования:** В исследовании приняли участие 44 студента 1–5 курсов, лечебного факультета и факультета клинической психологии и социальной работы Ярославского государственного медицинского университета. Использовались методики диагностики тревожности Спилбергера–Ханина, самооценки Дембо–Рубинштейн, измерения перфекционизма Р. Слейни «Почти совершенная шкала». Применялись методы математико–статистической обработки данных (коэффициент корреляции Спирмена и метод Е.А. Пустыльника с целью проверки распределения на нормальность).

**Результаты исследования:** высокий уровень ситуативной тревожности наблюдался у 20 человек (46%), средний уровень – у 23 человек (52%), низкий уровень наблюдался у 1 испытуемого (2%). Высокий уровень личностной тревожности проявили 28 человек (64%), средний – 16 человек (36%), низкий уровень не был диагностирован ни у одного испытуемого (0%).

Завышенная самооценка наблюдалась у 7 человек (26%), средняя – у 19 человек (38%), заниженная – у 18 человек (36%).

Результаты установления взаимосвязи между уровнем самооценки и уровнями тревожности и перфекционизма

| Шкала/методика | r (крит.) 0,05% | r (крит.) 0,01% | r (эмпир.) |
|---|---|---|---|
| Ситуативная тревожность | 0,3 | 0,39 | 0,17 |
| Личностная тревожность | 0,3 | 0,39 | -0,10 |
| Стандарты и порядок | 0,3 | 0,39 | **0,55** |
| Расхождение | 0,3 | 0,39 | **-0,43** |
| Отношения | 0,3 | 0,39 | **0,49** |
| Перфекционистская тревога | 0,3 | 0,39 | **0,47** |
| Прокрастинация | 0,3 | 0,39 | **-0,41** |

Результаты, представленные в таблице, демонстрируют, что эмпирические значения коэффициента превышают критические по таким показателям, как «Стандарты и порядок», «Расхождения», «Отношения», «Перфекционистская тревога», «Прокрастинация», при этом со шкалами «Стандарты и порядок», «Отношения», «Перфекционистская тревога» наблюдается прямая корреляция, а со шкалами «Расхождения» и «Прокрастинация» - обратная корреляция. Это означает, что существует статистически значимая взаимосвязь между данными показателями и уровнем самооценки, которая выражается в следующем:

- чем выше уровень самооценки, тем более высоким является стремление стандартам и порядку, перфекционизму в отношениях;
- чем выше уровень самооценки, тем более высокий уровень перфекционистской тревоги;
- чем ниже уровень самооценки, тем выше проявление в структуре перфекционизма таких показателей, как расхождение и прокрастинация.

В то же время, статистически значимой взаимосвязи между самооценкой и такими показателями, как личностная тревожность, ситуативная тревожность, выявлено не было, что говорит о том, что выраженность данных качеств у студентов может быть обусловлена рядом других факторов.

Полученные результаты могут быть использованы в работе практических психологов при организации индивидуального консультирования и психотерапии студентов, разработке различных тренингов, а также с целью расширения теоретических представлений о самооценке, самовосприятии и их влиянии на их индивидуально–психологические характеристики.

**О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев**

## ОПРОСНИК «АНТИВИТАЛЬНОСТИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ»

**Алтайский государственный университет (Барнаул).**

Необходимость разработки скрининговой методики, направленной на экспресс-диагностику составляющих антивитального поведения и сдерживающих факторов (жизнестойкость) обусловлена, с одной стороны, высокой распространенностью разных форм антивитального и суицидального поведения среди современной молодежи. С другой стороны, - отсутствием комплексных диагностических ин-

струментов, которые бы не содержали прямые формулировки о суицидальных действиях. Жизнестойкость выступает важным фактором, сдерживающим вероятность антивитального поведения и понимается как развивающаяся система адаптивных убеждений о собственных способностях к преодолению препятствий, навыков конструктивно противостоять стрессовым влияниям и обобщать адаптивный опыт совладания и ресурсов функциональной социальной ситуации развития. Теоретические положения, лежащие в основе разработки Опросника, опираются на методологические положения культурно-деятельностного и когнитивно-поведенческого подходов.

Итоговое исследование, направленное на апробацию и валидизацию Опросника, построено на выборке 1163 человека подросткового и юношеского возраста (от 14 до 18 лет), обучающихся в разных образовательных учреждениях Алтайского края. Включает 72 пункта. Рассчитан на обследование испытуемых подросткового, юношеского возраста, периода ранней взрослости. **Методы** математико-статистической обработки данных: кластерный анализ, альфа Кронбаха, корреляционный анализ Пирсона, Хи-квадрат критерий. Данные обработаны в программе SPSS 22 [1].

Пункты Опросника и соответствующие параметры антивитальности и жизнестойкости определены на основе анализа случаев антивитального и суицидального поведения молодежи, экспертного анализа данных и интервью с испытуемыми групп «риска» и условной нормы, метаанализа имеющихся результатов исследования и особенностей диагностических инструментов, а также собственных исследований в данной области и пошаговой апробации Опросника (в рамках проекта РНФ, № 14-18-01174).

Кластерный анализ (метод Уорда) позволил сгруппировать пункты и выделить ряд шкал [1]. Шкалы жизнестойкости: 1 – психологическая поддержка, 2 - функциональная семья, 3 - удовлетворенность жизнью, 4 - стремление к успеху, 5 – саморегуляция, 6 - позитивный образ будущего. Шкалы определяют факторы, сдерживающие антивитальные тенденции, а также выявляют компенсаторные механизмы личности, ресурсы совладания с трудными жизненными ситуациями. Жизнестойкость проявляется в уровне оптимизма в области будущего, способностях к совладанию с затруднениями, принятии «взвешенных» решений, наличии ресурсов компенсации самооценки в стрессовых ситуациях и др. Наиболее прогностически значимыми факторами, сдерживающими антивитальное поведение, выступают шкалы: «функциональная семья», «саморегуляция», обеспечивающие надежные отношения в окружении, а также - собственные ресурсы саморегуляции и опосредствования эмоций в стрессовых ситуациях.

Шкалы «антивитальности»: 1 - антивитальные мысли и действия*;* 2 - антивитальные переживания; 3 - страх негативной оценки; 4 - микросоциальный конфликт; 5 - одиночество, недоверчивость; 6 - вредные привычки; 7 - тревожные руминации; 8 - склонность к асоциальному поведению. Шкалы содержат подшкалы. Наиболее значимыми предикторами риска выступает наличие микросоциального конфликта (дисфункциональная семья, конфликтные отношения и психологическая травля среди сверстников). Наличие убеждений о себе как «лишнем», о беспомощности перед препятствиями, об окружающих как равнодушных, ненадежных, а о будущем как неопределенном, негативном, - способствует формированию антивитального поведения. Тревожные руминации в контексте общего психологического неблагополучия провоцируют циклический рост эмоционального напряжения. Проверка согласованности пунктов методики по параметру Альфа Кронбаха показала хорошую согласованность направленности методики (0,9).

Анализ вариативности ответов среди молодежи на пункты, наиболее связанные с явными формами антивитального поведения (причинение самовреда) показал различие в ответах между юношами и девушками. Готовность к обдумыванию и реализации антивитальных действий сопровождается социальной тревогой (причинить себе физическую боль, мысли о причинении себе вреда). Ее проявляют 9,9% юношей и 17,3% девушек (обдумывание); 9% юношей и 15,2% девушек (действия). Выборки девушек и юношей различаются по выраженности антивитальных действий (таблицы сопряженности; $\chi^2$=14,2 – «готовность причинить себе физическую боль» и $\chi^2$=19,6 – «мысли о причинении себе вреда», при p<<0,001). Внешняя валидность проверена взаимными корреляциями с Опросником суицидального риска А.Г. Шмелева (в адаптации Т.Н. Разуваевой) [2]. Наибольшее число прямых значимых взаимосвязей обнаружено между шкалами – параметрами антивитальности и шкалами Опросника суицидального риска (демонстративность, аффективность, уникальность), а параметр «тревожные руминации» (постситуативное обдумывание неудачи) значимо положительно коррелирует, помимо указанных шкал, со шкалами «несостоятельность», «социальный пессимизм». Уплощение временной перспективы отрицательно связано с рядом параметров жизнестойкости (социально-психологическая поддержка, функциональная семья, удовлетворенность жизнью). Отрицательные значимые связи обнаружены между шкалами жизнестойкости (удовлетворенность жизнью, стремление к успеху, позитивный образ будущего) и шкалами Опросника суицидального риска (демонстративность, аффективность, уникальность). «Максимализм» отрицательно взаимосвязан со шкалой «стремление к успеху».

ЛИТЕРАТУРА

1. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник «Антивитальность и Жизнестойкость» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 2(43) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 19.07.2017).

2. Гуренкова Т.Н., Голубева О.Ю., Тарасова А.А. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения. – М., 2009. – 108 с.

**А.В. Сантимов, С.В. Гречаный**

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (Санкт-Петербург).**

*Актуальность исследования:* Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте до 16 лет, при исключении другой патологии суставов. ЮИА – одно из наиболее распространенных и инвалидизирующих ревматических заболеваний детского возраста. На сегодняшний день этиология ЮИА остается неизвестной, что отражено в самом названии заболевания. Многие зарубежные авторы выделяют такие факторы риска, как авторитарное воспитание в семье, высокая тревожность и повышенная чувствительность индивида. Одним из наиболее характерных проявлений ЮИА является болевой синдром, который зачастую длительно сохраняется, несмотря на успешное лечение остальных симптомов заболевания, тогда как многие пациенты с признаками активного воспаления суставов, напротив, боли не испытывают. В ревматологии проблема хронического болевого синдрома тесно связана с проблемой пограничных психических расстройств. В настоящее время психические расстройства при ревматических заболеваниях часто не диагностируются, а пациенты в связи с этим не получают адекватную терапию. Педиатры, терапевты, ревматологи зачастую рассматривают симптомы депрессии и тревоги при ревматических заболеваниях исключительно как закономерную реакцию пациентов на тяжелое соматическое состояние, не требующую специального лечения. Всесторонне изучены психосоматические аспекты при ревматоидном артрите и других ревматических заболеваниях взрослых, тогда как психоэмоциональным особенностям детей с ЮИА посвящены лишь единичные работы.

*Цель исследования:* изучить влияние психотравмирующих факторов в сфере семейных взаимоотношений на возникновение хронического болевого синдрома и пограничных психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у детей с ЮИА.

*Материалы и методы:* обследовано 19 детей (8 мальчиков, 11 девочек) в возрасте от 2 до 17 лет с верифицированным диагнозом ЮИА. Всем пациентам проводилось традиционное ревматологическое обследование с оценкой активности заболевания. Оценка выраженности хронического болевого синдрома проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ, мм). Дети школьного возраста дополнительно заполняли опросник Ван Корффа (с оценкой интенсивности болевого синдрома, степени и уровня социальной дизадаптации, класса хронической боли). Определение уровня тревожности и выявление связанных с ней психоэмоциональных расстройств у школьников проводилось с помощью шкалы SCAS (Spence Children's Anxiety Scale, Susan H. Spence, 1994), а у дошкольников с помощью шкалы PAS (The Preschool Anxiety Scale, Susan H. Spence, Ron Rapee, 1999). Дети школьного возраста также заполняли опросник CES-D (Center of Epidimiological Studies of USA - Depression) для выявления симптомов депрессии. В случае выявления повышенного уровня тревожности или депрессии проводилось дальнейшее психиатрическое обследование для подтверждения диагноза (посредством клинической беседы). С целью анализа семейного воспитания родители пациентов заполняли опросник АСВ (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 1987)

*Результаты:* у 8 из 19 (42,1%) пациентов с ЮИА был зарегистрирован хронический болевой синдром (медиана ВАШ боли 50, медиана интенсивности боли по шкале Ван-Корффа 40, медиана степени дизадаптации по шкале Ван-Корффа 50). Из них у 6 (75%) был выявлен повышенный уровень тревожности, у 2 (25%) – высокий уровень депрессии, у 4 (50%) – неправильный тип семейного воспитания (у 3 – потворствующая гиперпротекция, у 1 – доминирующая гиперпротекция). Тогда как у 11 (57,9%) пациентов с ЮИА без хронического болевого синдрома (медиана ВАШ боли 0, медиана интенсивности боли по шкале Ван-Корффа 3,33, медиана степени дизадаптации по шкале Ван-Корффа – 6,67) неправильных типов семейного воспитания выявлено не было. Повышенный уровень тревожности был зафиксирован только у 1 пациентки (9,09%), высокий уровень депрессии был выявлен так же у 1 пациентки (9,09%) по данным опросника CES-D, однако, депрессия была у нее исключена в процессе клинической беседы и дальнейшего наблюдения. В группе пациентов с болевым синдромом активная фаза ЮИА была зафиксирована у 5 из 8 (62,5%) пациентов, в группе без болевого синдрома – у 8 из 11 (72,7%).

*Выводы:* на примере наших пациентов связать наличие хронического болевого синдрома при ЮИА с активностью заболевания не представляется возможным. У детей и подростков с хроническим болевым синдромом часто отмечаются неправильные типы семейного воспитания, повышенный уровень тревожности и депрессии в отличие от пациентов с ЮИА без хронического болевого синдрома. Одним из факторов, влияющих на формирование пограничных психических расстройств и хронического болевого синдрома у пациентов с ЮИА, может выступать неправильный тип семейного воспитания (преимущественно по типу потворствующей гиперпротекции). Детским ревматологам необходимо более активно сотрудничать с психиатрами, психотерапевтами и психологами для своевременного выявления и коррекции сопутствующих пограничных психических расстройств и комплексной терапии хронического болевого синдрома у пациентов с ЮИА. Так же необходимо усовершенствование доступных, разработка и внедрение новых применимых в педиатрической практике опросников для выявления пограничных психических расстройств.

**З.Н. Сафина**

## ГОСУДАРСТВО И СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВО БЛАГО СЕМЬИ

**Поволжской государственной академии физической культуры, спорта и туризма (Казань).**

Последние годы характеризуются процессами эффективного взаимодействия государства с некоммерческим сектором, которые системно предпринимаются органами власти с 2010 г. с известного ФЗ № 40 [1].Федеральные программы поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций (СО НКО) свидетельствуют, что государство рассматривает некоммерческие организации как партнера в реализации семейной политики, поддержки институтов семьи и детства, свидетельством чему являются, в том числе, президентские гранты, актуализирующие запросы на решение важнейших проблем ресурсами СО НКО. Для многих целевой аудиторией стали слабо социально защищенные семьи, дети, подростки, женщины с предоставлением для них вариативного спектра социальных услуг.

Взаимодействие, как известно, выстраивается на разных уровнях и реализуется в разных форматах. СО НКО вовлечены в деятельность федеральной и региональных Общественных палат, входят в состав общественных советов при органах исполнительной власти, муниципальных общественных советов. Например, в Республике Татарстан в целях обеспечения согласованных действий при Кабинете Министров создана межведомственная рабочая группа. Среди мероприятий – организация семейных клубов и родительских сообществ, направленных на популяризацию и продвижение традиционных семейных ценностей, поддержку и защиту семьи, материнства, отцовства и детства. Планируется, например, создание во всех муниципальных районах и городских округах «Советов отцов» для пропаганды в обществе семейного образа жизни, позитивного отцовства и материнства [2].

Для выработки консолидированного мнения в сфере поддержки материнства и детства, обмена опытом работы при Общественной палате Республики Татарстан создан координационный совет СО НКО, работающих в обозначенной области, в который входит около 40 общественных организаций. Например, по инициативе благотворительного Фонда «АК БАРС Созидание» и при поддержке Общественной палаты в 2016 г. был проведен Форум с участием представителей НКО 10 регионов Приволжского Федерального округа по роли СО НКО в реализации национальной стратегии в интересах детей.

Очевидна тенденция устойчивого развития отдельных СО НКО, причинами которого являются высокий профессионализм деятельности, инновация и достигаемые социальные эффекты в работе с целевой аудиторией. Ассоциация школьных психологов Республики Татарстан «Параллель» сосредоточилась на вопросах психологического просвещения родителей и содействия развитию сети психологических служб в муниципалитетах. Благотворительный фонд охраны здоровья и защиты прав граждан (Фонд Тимура Исламова) более 11 лет оказывает помощь и поддержку людям, живущим с ВИЧ и их близким. Женский кризисный центр «Фатима» ведет деятельность, созвучную названию организации. Можно привести немало примеров структурной институционализации НКО, работающих с обозначенной сфере, сетевых проектах, участии в деятельности общественной организации волонтеров, социальном партнерстве, прежде всего с органами власти и местного самоуправления, как необходимом условии плодотворной работы.

Значимым в ряду последовательных действий по выстраиванию системного взаимодействия государства и СО НКОстали процессы вовлеченности некоммерческих организаций в сферу предоставления услуг через участие в закупках для государственных и муниципальных нужд, что развивает конкуренцию на рынке социальных услуг, расширяет ассортимент услуг, позволяет институтам гражданского общества привлекать бюджетное финансирование и использовать новые возможности для реализации своей деятельности. Несмотря на определенные сложности в реестре поставщиков услуг в настоящее время появляется все большее число СО НКО.

Делегирование полномочий общественному сектору в вопросах независимой оценки качества социальных услуг стало свидетельством высокого уровня доверия государства институтам гражданского общества и еще одним фактором партнерского взаимодействия. В Республике Татарстан, например, полномочия по проведению данной процедуры возложены на общественные советы при органах исполнительной власти и муниципальные общественные советы.

Таким образом, СО НКО в настоящее время стали проводниками идей государства в сфере поддержки института семьи и детства, социальными инноваторами, актуализирующими и решающими значимые проблемы. Вместе с тем на повестке дня остаются вопросы отработки механизмов оценивания общественностью качества предоставляемых социальных услуг, моделей передачи полномочий СО НКО по оказанию социальных услуг, что, прежде всего, связано с повышением уровня профессионализма общественных организаций и доверия граждан к деятельности СО НКО.

ЛИТЕРАТУРА

1.Федеральный закон от 05.04.2010 № 40-ФЗ (ред. от 27.04.2014) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу поддержки социально-ориентированных некоммерческих организаций / Электронный ресурс: htpp://www.consultant.tu/document/cons_dos_ LAW_99113.

2.План мероприятий на 2016-2018 гг. по реализации в Республике Татарстан первого этапа Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года / Электронный ресурс: http://mtsz.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_573842.pdf.

**Е.В. Свистунова**

## ДИАГНОСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

**ГБОУ ВПО Московский городской педагогический университет (Москва).**

Качество жизни – интегративный показатель физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик, отражающих способность человека адаптироваться к проявлениям болезни. Особое значение диагностика качества жизни приобретает для молодых людей, находящихся в начале жизненного пути. Ограничения, которые болезнь накладывает на подростков, могут стать для него важнее, чем сама болезнь, обострить невротические черты, затруднить адаптацию в социуме. Измерение качества жизни до и после психологического вмешательства позволяет использовать критерии качества жизни в качестве прогностического фактора для выбора стратегии индивидуальной психотерапии или консультирования подростка с сахарным диабетом 1 типа (СД1). Показатели качества жизни подростка изменяются во времени в зависимости от состояния, что позволяет осуществить мониторинг проводимой психокоррекции и в случае необходимости вносить в нее изменения.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие подростки с СД1 в количестве 108 человек (43 мальчика и 65 девочек), находящиеся на стационарном лечении в детском отделении сахарного диабета ФГУ ЭНЦ.

Возраст больных составил в среднем 15,4±2,6, средний стаж заболевания 6,8±3,4 лет. В группу контроля вошли 110 подростков (основная группа здоровья в школе), соответствующих экспериментальной группе по полу и возрасту.

При изучении качества жизни использовалась анкета для сбора социально-демографических данных и Педиатрический опросник качества жизни PedsQL™4.0 – общий и диабетический модули (Д. Варни). Статистический анализ данных исследования проведен с применением непараметрического метода – U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты и обсуждение.** Большинство подростков с СД1 имели сниженные показатели качества жизни по всем шкалам опросника PedsQL™4.0 (при норме 100 баллов, суммарный средний балл в экспериментальной группе не превышал 80%, в контрольной группе составил 96%). Статистически значимое снижение показателей у больных СД1 в сравнении с контрольной группой наблюдалось по всем шкалам, кроме шкалы «Социальное функционирование» (СФ). С наибольшей достоверностью различия обнаружены по шкалам «Эмоциональное функционирование» и «Функционирование в школе».

Полученные данные позволяют предположить, что болезнь в большей степени сказывается на невозможности полного принятия себя и своей болезни (эмоциональное функционирование), на взаимоотношениях с людьми из референтной группы (социальное функционирование), на степени напряжения, связанного с повседневными школьными делами (школьное функционирование).

Анализ результатов качества жизни позволил наметить основные мишени поведенческой психотерапии и сформировать психотерапевтические группы. В них вошли подростки с СД1 у которых показатели по отдельным шкалам не превышали 70%. По шкале физическое функционирование (ФФ) таких оказалось 25% от общей выборочной совокупности подростков с СД1, по шкале эмоциональное функционирование (ЭФ) – 38%, по шкале социальное функционирование (СФ) – 41% и по шкале жизнь в школе (ЖШ) – 63%.

Показателями эффективности психотерапевтической работы послужили результаты проведенного диабетического модуля опросника PedsQL. (результаты представлены в табл.).

Показатели качества жизни подростков с СД1 до и после проведения психотерапевтической программы

Различия достоверны при $p<0,05^{*}$; $p<0,01^{**}$

| Шкалы диабетического модуля PedsQL | До проведения ПТ | После проведения ПТ | t |
|---|---|---|---|
| Симптомы диабета | 63,9±14,2* | 74,5±15,3 | 0,036 |
| Барьеры обусловленные лечением | 71,8±19,2* | 83,1±14,3 | 0,049 |
| Приверженность лечению | 81,8±13,4 | 89,5±16,1 | 0,064 |
| Беспокойство из-за диабета | 60,8±19,4** | 73,5±18,3 | 0,014 |
| Общение | 80,8±15,3 | 87,0±16,4 | 0,061 |

Показатели по шкалам «Симптомы диабета» и «Барьеры, обусловленные лечением» указывают на сильное переживание подростками соматических проявлений диабета, сложностей в соблюдении режима питания и регулярных физических нагрузках, дискомфорта, связанного с инсулинотерапией. Психологическая поддержка, направленная на выработку некоторых поведенческих ритуалов, позволила несколько снизить физиологическое напряжение, что привело к достоверному улучшению показателей качества жизни.

По шкалам «Приверженность лечению» и «Общение» исходные показатели были наиболее высокими. По ним наблюдалась положительная тенденция, хотя достоверных изменений достичь не удалось.

Наиболее низкие показатели получены по шкале «Беспокойство из-за диабета», указывающие на

наличие у подростков с СД1 эмоциональных проблем (тревожность, связанная со спецификой лечения заболевания и по поводу отдалённых осложнений диабета). Именно эти показатели лучше других подверглись психологической коррекции.

**Заключение.** У подростков с СД1 наблюдаются сложности с физиологической и психологической адаптацией к заболеванию. Своевременно оказанная психологическая помощь всем участникам лечебного процесса, поможет повысить уровень качества жизни подростков с СД1. На сегодняшний день остается актуальным вопрос поиска способов оптимизации оказания профессиональной психологической помощи данной группе подростков.

**А.А. Северный, Н.М. Иовчук**

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

**Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).**

Проблема взаимопонимания и адекватной совместной деятельности администрации, педагогов, психологов, психиатров, психотерапевтов, дефектологов, социальных работников и педиатров в процессе диагностической и коррекционной работы с дизадаптированными детьми представляет собой крайне важную, но концептуально и практически во многом не решенную задачу. В частности, неясна проблема индивидуальной профессиональной ответственности за ее результаты. Не разработаны и не апробированы обоснованные принципы структурного построения подобной службы, методического руководства и профессионального контроля разнопрофильных специалистов, в связи с чем продуктивность деятельности последних практически полностью зависит лишь от их профессиональных и личностных качеств.

Несомненно, психолог — это центральное лицо в профилактике и коррекции социальной и школьной дизадаптации.

Тем не менее изолированная деятельность психологов, даже весьма опытных (не говоря уже о тех, кто не получил подготовки по медицинской психологии, а ограничен психологическим образованием в рамках педагогической системы), во многих случаях по объективным причинам оказывается малоэффективной или дает лишь кратковременный эффект.

Во-первых, психолог в силу своего образования и особенностей профессионального мышления ищет истоки дизадаптации ребенка в структуре его личности и в тех микросоциальных условиях, которые могут быть причиной патологического реагирования личности, ее декомпенсации.

Во-вторых, наиболее распространенные в детско-подростковой популяции психические нарушения в подавляющем большинстве случаев носят стертый, субклинический или «маскированный» характер и, по хорошо известным в психиатрии закономерностям, создают благоприятную почву для патологических реакций, декомпенсаций, которые в глазах психолога, педагога, родителя носят характер «естественных», психологически понятных, логически объяснимых (что мы называем «ловушкой очевидности»).

В общественном сознании россиян психиатрия несет в себе непоправимый вред, «социальный позор», психотропное лечение лишает больного главного человеческого достоинства — личностной индивидуальности, свободы воли, психотропные препараты наносят необратимый вред не только психике, но и всему организму. Эти опасения возводятся в особо высокую степень, когда речь идет о ребенке, подростке.

Противодействие психиатрической помощи присуще и многим психологам, и врачам общей практики, которые направляют детей к психиатру лишь в ситуациях неизбежности, что приводит к нарастанию в детско-подростковой популяции социальной, в том числе учебной, дизадаптации, агрессии, направленной как на себя (самоубийства, самоповреждения), так и на окружающих.

Немаловажным субъективным фактором является собственное психическое здоровье лиц, окружающих дизадаптированного ребенка с пограничной психической патологией. Родители такого ребенка весьма часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию. Страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом нездоровье.

Негативное значение такой оппозиции ясно уже из того, что по крайней мере у 95% детей в коррекционно-реабилитационных учреждениях имеется психическая патология пограничного уровня; почти постоянно возникает нужда в срочной психиатрической диагностике и коррекции в отношении кого-то из учеников в связи с поведенческими нарушениями, депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, субпсихотическими обострениями, наркоманическими и токсикоманическими эпизодами.

Из описанной ситуации вытекает важнейшая задача коррекционной медико-психологической службы — адаптирование микросоциального окружения ребенка к психиатрическому обследованию, что требует соответствующих методических разработок, значительного времени и специальной профес-

сиональной подготовки.

Собственное негативное отношение детей (особенно подростков) к контакту с психиатром также создает затруднения в обследовании и оказании лечебно-реабилитационной помощи. Помимо всего перечисленного в таком отношении важную роль играют, с одной стороны, недостаточность или отсутствие критического отношения к собственным психическим нарушениям, что свойственно многим формам психической патологии, а с другой — страх «ярлыка» психически больного, страх остракизма со стороны сверстников, педагогов, страх социальной дискриминации.

Педагогам и администрации детских учреждений какие бы то ни было диагностические результаты обследования не должны сообщаться ни в коем случае, поскольку, не связанные жесткими рамками профессиональной этики и знаниями деонтологии, они могут либо неосознанно, либо преследуя вполне эгоистические цели, нанести психике ребенка и его родителей трудно поправимый вред. Только описательная характеристика особенностей развития и индивидуальности ребенка, а также рекомендации в отношении помощи ребенку, индивидуальной организации его жизнедеятельности, особенностей личностного взаимодействия с ним, создания определенного психологического климата в семье и в детском учреждении должны быть сведениями, получаемыми педагогами и администрацией.

Что касается организации взаимодействия специалистов различного профиля в процессе преодоления дизадаптации ребенка, то она строится поэтапно:

1) предварительная диагностика;

2) первичная и углубленная диагностика;

3) комплексная коррекция и реабилитация;

4) собственно реадаптационный, этап.

Нами разработана и внедрена *специальная компактная форма регистрации результатов предварительной диагностики и рекомендаций, представляемая на психолого-медико-педагогическую комиссию.*

На втором этапе, проходящем одновременно с началом коррекционного процесса, проводятся углубленные обследования различными специалистами, вырабатываются конкретные планы комплексной реабилитации. Принципиальным является введение нами *коррекционного показателя,* выставляемого каждым специалистом. Получая суммарный коррекционный показатель и затем отслеживая его динамику в процессе коррекционной работы, мы получаем возможность объективировать эффективность деятельности как отдельных специалистов, так и учреждения в целом. На этом этапе для педагогов и родителей специалистами медико-психологической службы заполняется также разработанная нами специальная форма — развернутая *медико-психологическая характеристика-рекомендация,*

Для облегчения и фиксации взаимодействия всех участников реадаптационного процесса нами разработана *комплексная индивидуальная карта учащегося,* включающая в себя помимо паспортной части результаты предварительной медико-психологической и педагогической диагностик, социально-психологический анамнез, медико-психологическую характеристику-рекомендацию, составленные по специальным, общедоступным формам заключения дефектолога, педиатра, социального работника, педагога, формы динамического наблюдения и коррекции с этапными заключениями специалистов; *заключения медико-психолого-педагогических консилиумов* (основная форма взаимодействия) и, наконец, заключения специалистов по результатам реабилитационной работы.

Задачи медико-психолого-педагогического консилиума состоят в следующем:

1. Предоставление каждым специалистом результатов обследования ребенка и членов его семьи и предложения по социопрофилактической и социокоррекционной работе в своей области.

2. Взаимное согласование диагностических суждений и коррекционно-профилактических предложений с выработкой единого поэтапного плана медико-психолого-педагогической работы с ребенком и его семьей. В случае необходимости назначаются дополнительные обследования и консультации специалистов.

3. Обсуждение с родственниками ребенка или подростка его состояния, успеваемости, поведения и предложений по коррекционно-профилактической работе.

**Н.В. Семакина, М.В. Злоказова**

## О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ СКРИНИНГ-ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

**Кировский государственный медицинский университет (Киров).**

Пубертатный возраст является периодом высокого риска психической дизадаптации с развитием различных форм психических расстройств (ПР). В современном мире жизнь подростков становится все сложнее вследствие социально-экономических потрясений, неблагоприятных экологических влияний, активного внедрения в повседневную жизнь компьютерных технологий, агрессивной информационной среды. Это подтверждается тем, что за последние 20 лет в РФ отмечается рост заболеваемости ПР среди

подросткового населения на 29,1%, в структуре которой большая доля – 72,6% - приходится на непсихотические расстройства (Макушкин Е.В., 2016). Эпидемиологические исследования среди подростков общеобразовательных школ показывают высокую распространенность (48%-68%) непсихотических ПР (Кулаков С.А., 1997; Чуркин А.А., 2003; Говорин Н.В., 2011; Лебедев М.А., Палатова С.Ю. 2013; Попова Н.М., 2013). Особую опасность в пубертатном возрасте представляют аддиктивные расстройства (химические и технологические зависимости, суицидальное и делинквентное поведение), зачастую выявляемые уже на этапах психологической и социальной дизадаптации, когда имеются серьезные негативные последствия для психики подростка.

В настоящее время одним из приоритетных направлений детско-подростковой психиатрии является превенция состояний декомпенсации преморбидных и донозологических состояний, представляющих собой группу высокого риска по развитию психической дизадаптации в форме психического заболевания. В качестве конституциональных преморбидных особенностей принято рассматривать генетически обусловленную скрытую (латентную) психобиологическую сенситивность (повышенную уязвимость) к внешним стрессорным влияниям (Коцюбинский А.П. и др., 2013). К данной группе могут быть отнесены дети с наследственной отягощенностью психическими заболеваниями, функциональными признаками невропатии в младенческом возрасте, акцентуациями характера. При этом необходимо учитывать, что усугублению преморбидных состояний и переходу их в предболезнь или болезнь способствуют неблагоприятные микросоциальные факторы (неправильные типы воспитания, стрессорные ситуации), степень психологической устойчивости и соматическая ослабленность организма.

Для выявления групп риска по ПР у детей раннего возраста в последнее время в РФ достаточно много сделано в направлении скрининг-диагностики расстройств аутистического спектра. Однако по выявлению групп риска ПР у подростков подобных программ нет, и несмотря на внедрение ежегодных профилактических осмотров подростков с 14 до 17 лет (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. № 1346н) роль психиатра в них фактически заключается в выявлении уже имеющихся психических расстройств, что не соответствует задачам превентивной психиатрии.

К главным направлениям первичной психопрофилактики относятся мероприятия по выявлению неблагоприятных преморбидных биологических (генетических, конституциональных, резидуально-органических), психологических, социальных факторов и разработка дифференцированных индивидуальных рекомендаций по их преодолению. На наш взгляд, в решении данной задачи большое значение имеет разработка и внедрение скрининговых тестов, учитывающих анамнестические сведения, личностные особенности подростков, паттерны психического диатеза, воспитательный процесс, особенности психологической и социальной адаптации, помогающих определить наиболее чувствительные и уязвимые локусы психики подростка для выявления донозологических состояний в ходе углубленного психиатрического обследования и оказания своевременной медико-психологической помощи. На основании данных скрининговых методик необходима разработка компьютерных программ, позволяющих существенно упростить выявление подростков, находящихся в группе риска по возникновению ПР и аддикций. Именно такой подход к профилактическим психиатрическим осмотрам позволит выявить формирующиеся проблемы психического здоровья на инициальных этапах без грубых проявлений социально-психологической дизадаптации, своевременно предпринять медико-психолого-социальные реабилитационные мероприятия и оценить их эффективность в динамике.

**E.V. Semakova, I.Yu. Mashkova**

## NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO FAMILY, WHICH RAISING CHILD WITH AUTISM DISORDERS[1]

**FSBEI HE «Smolensk state University» (Smolensk).**

The necessity of developing of early intervention services in the Russian Federation due to the provisions of the universal Declaration of human rights, the Convention on the rights of the child in terms of creating a comfortable and friendly for the living environment, ensuring the availability and quality of preschool education for children with disabilities, children with disabilities and for children from risk groups. According to statistical data, in the last five years, the number of disabled children in Russia is increasing and accounts for about 2 % of the child population. In the structure of causes of disability the most frequently observed mental disorders and behavioural disorders (22.8 %). These include and autism spectrum disorders (ASD).

Early comprehensive assistance to families of children with autism promotes the highest possible achievements in the development and the maintenance of a healthy, resulting in a successful socialization of the child and inclusion it in the educational environment with subsequent integration in society. That puts individuals with this type of disorders in the target group (children from birth to 3 years with disabilities and children from risk groups) to implement “The Interagency Concept development early intervention” (“Concept development early intervention”) in Russian Federation for the period till 2020.

[1] The study was performed with financial support RFFR, research project: The introduction and adaptation of neuropsychological technology in support of the case of family, which raising an autistic child" No. 17-16-67017 a/r.

Current understanding of mechanisms of pathogenesis of autistic disorders identified the need for implementing the neuropsychological approach in support of this category of children. In this regard, we proposed a study on " The introduction and adaptation of neuropsychological technology in support of the case of family, which raising an autistic child ", which was supported by the Russian Foundation for fundamental research and the administration of the Smolensk region.

The present study aimed at improving neuropsychological technologies in support of the case of families raising an autistic child accordingly with the programm's guidelines of the Concept of early assistance and the tasks to create a regional model of early intervention to families of children with autism spectrum disorders based on the support of family troubles. One of the goals of this study is the modeling of mental processes in autism, their level differentiation, which considering the structure of the defect and improvement of early intervention to children with ASD on the basis of a neuropsychological approach.

Accordingly of the purpose of research have been identified the following tasks:

1.To adapt the neuropsychological methods for the diagnosis of mental processes in autism.

2.To study the structure of neuropsychological defect in disorders of autism spectrum.

3.Develop, implement, and evaluate the effectiveness of neuropsychological correction in the support for families, *which raising an autistic child* .

In our study, we used the following methods:

1.The study of anamnesis (according to medical documentation).

2. Observation.

3. Conversation.

4. Luriya's method of neuropsychological studies and syndrome analysis with the using of modern neuropsychological tests (T.V. Ahutina, 2008).

5. Method level differentiation of mental functions disorders for the individualization of programs of neuropsychological correction.

Presently we recruited the main group of the study, which included 24 families with children who have been verified autism spectrum disorders. Included in the observation the children were subjected to clinical and instrumental examination methods of research, which were adapted at identifying neuropsychological defect. For the subsequent organization of individual assistance support of the case of family, which raising an autistic child, all children were divided into three groups. The first group included children with dominant problems of the first functional block, the second - second, and the third group was combined children with all three blocks.

Currently, the research continues, implemented corrective measures, forward-looking assessment which will form the basis for developing criteria of neuropsychological input block and output from the program of early intervention, and criteria for passing to other programs of family support in interdisciplinary case management.

**М.С. Серавкина, М.С. Свистунова**

## ОБРАЗ МАТЕРИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**ГБОУ ВПО Московский городской педагогический университет (Москва).**

В настоящее время большое внимание уделяется изучению хронических соматических заболеваний, поскольку данная проблема все чаще затрагивает детское население. В первую очередь это относится к аллергическим заболеваниям. Наиболее часто (66% случаев) встречаются аллергические заболевания дыхательных путей (риниты, бронхиальная астма), пищевая аллергия (20%) [3]. Проводятся исследования по нахождению новых способов лечения, профилактики и реабилитации [1, 2]. Для успешной реабилитационной и психокоррекционной работы большое значение имеют внутрисемейные отношения, в частности взаимодействие матери и ребенка.

Задачей данного исследования явилось изучение отношения к матери детей старшего дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями. Выбор возрастной группы определило то, что в данном возрасте у детей достаточно сформировано самосознание, чтобы определить свое отношение к той или иной проблеме, в том числе сепарации от матери, позволяющей ребенку действовать самостоятельно.

Базами исследования стали ГБОУ Детские сады комбинированного вида № 2201 и 2104, которые посещали как условно здоровые дети, так и дети с хроническими аллергическими заболеваниями.

В исследовании приняли участие 280 детей старшего дошкольного возраста, из которых были сформированы контрольная (90 чел.) и экспериментальная (150 чел.) группы. В контрольную группу вошли дети, не имеющие в анамнезе каких-либо хронических заболеваний. Экспериментальную группу составили дети, имеющие аллергические заболевания.

Психологическое развитие детей соответствовало возрастной норме, все они воспитывались в социально-благополучных семьях.

Были использованы методики «Незаконченные предложения» (модификация методики Saks–Sidney) и «Дерево» (Дайана и Джон Лампен, адаптация Л.П. Пономаренко). Социальная позиция матери определялась с помощью методики «Цветовой тест отношений» (ЦТО) А.М. Эткинда.

Полученные результаты позволили выделить 3 наиболее часто встречающиеся эмоциональные позиции матери: мать-помощник («вызывает врача», «дает лекарства»), мать-агрессор («мама ругается»), мать-

соучастник («мама грустит, беспокоится» и т. п.). Здоровые дети в 83% случаев определяли мать как помощника и в 17% случаев как соучастника. Дети с аллергическими заболеваниями определяли мать как помощника несколько реже (68% случаев), отдавая предпочтение определению матери как соучастника (25% случаев). Вместе с тем 7% детей экспериментальной группы определяют мать как агрессора. Такие данные говорят о более сильной эмоциональной привязанности матери к ребенку с аллергическими заболеваниями по сравнению со здоровыми сверстниками. Вместе с тем наличие такой эмоциональной позиции, как мать-агрессор у детей с аллергическими заболеваниями говорит о повышенном контроле и некоторой тоталитарности со стороны матери, что не наблюдалось в контрольной группе.

В образе матери здоровые дети и дети с аллергическими заболеваниями в равной степени выделяют такое качество, как общительность (7% и 8% соответственно). Лидерские способности отмечают 8% детей контрольной группы и 18% детей экспериментальной группы, такое же соотношение наблюдается при выделении такого качества, как расчетливость (10% и 21%). Установку на преодоление препятствий и отсутствие сочувствия в большей степени выбирают дети экспериментальной группы (5% и 13%; 2% и 9%). Здоровые дети чаще считают свою маму любознательной (44%), чем дети экспериментальной группы (37%), и в большей степени наделяют ее таким качеством, как мотивация на развлечения (13% и 2%). Такие качества, как тревожность (10%) и утомление (7%) отмечают только дети контрольной группы.

По результатам ЦТО детей из контрольной группы образ мамы у них ассоциируется с красным и фиолетовым цветом, что говорит о таких качествах, как активность, наличие силы воли, агрессивность и тревожность. Дети же экспериментальной группы отмечают у мамы самоуверенность, настойчивость.

**Заключение.** У детей с аллергическими заболеваниями более тесная связь с матерью. Дети в ней видят ресурс решительности и ответственности. Образ матери у детей с аллергическими заболеваниями более целеустремленный, решительный по сравнению с образом матери здоровых детей. Они могут воспринимать свою маму как расчетливую и не проявляющую сочувствие, что возможно связано с теми ограничениями, которые мама накладывает на ребенка в связи со спецификой заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1.Особенности общения в процессе совместных с взрослым действий у детей раннего возраста // Развитие общения у дошкольников / Под ред. А.В. Запорожца и М.И. Лисиной. – М., 1974.

2.Федосеев Г.Б. Аллергология. Частная аллергология. Том 2. - СПб.: Нормед-Издат, 2001. - 464 с.

3.Хаитов Р.М. Клиническая аллергология. М.: МЕДпресс-информ, 2002. - С. 138–145.

**О.А. Сидоренко, И.В. Хабарова, В.С. Попов**

## О ГОТОВНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ПЕДАГОГАМИ И СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ ОСОБОГО ДЕТСТВА

**Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования (Красноярск).**

Федеральный закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 27.12.2012 № 273-ФЗ обеспечил законодательное закрепление практики инклюзивного образования, возможность получения образования для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей, предоставил право выбора образовательного маршрута семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья. Родители, получив широкие возможности выбора образовательной организации, формы получения образования ребенком, определения образовательного маршрута и программы обучения, получили и большую ответственность. Насколько успешно «особый» ребенок сможет обучаться в массовом учреждении зависит в том числе и от уровня педагогической компетентности родителей, от их активности, от установления конструктивного взаимодействия, сотрудничества между родителями и специалистами в области особого детства образовательных организаций.

Для успешности инклюзивного процесса, эффективного решения задач развития, воспитания, образования детей с ОВЗ требуется совместное взаимодействие команды специалистов, обеспечивающей психолого-педагогическое сопровождение, с семьей ребенка, нуждающегося в особых образовательных условиях. Важно чтобы участниками этой команды постепенно стали и родители ребенка с ОВЗ. Усилия педагогов и специалистов будут эффективными, только если они поддержаны родителями, понятны им и соответствуют потребностям семьи. В инклюзивном образовательном процессе возрастает значимость сотрудничества педагогов, специалистов и родителей в части согласования целей и задач, решаемых ими, определения приоритетов развития ребенка, а в последующем – планирования согласованных действий и методик в работе с ребенком. Сегодня наиболее востребованная парадигма сотрудничества с родителями может быть выражена в виде триады «понимание-поддержка-совместные действия». На наш взгляд, обе стороны взаимодействия – и родители, и педагоги – пока недостаточно готовы к ее реализации. Родители особого ребенка, находясь в трудной жизненной ситуации, не всегда адекватно оценивают состояние и перспективы развития своего ребенка с ограниченными возможностями здоровья, не всегда готовы услышать специалистов. В этих случаях семье трудно преодолеть кризисное состояние и оказать ребенку необходимую помощь как для его полноценного физического и психического развития, так и для психологического самочувствия.

В ходе наших исследований, диалогов со специалистами и родителями и в образовательных организациях, и в ПМПК, удалось выделить наиболее часто встречающиеся трудности и проблемы, проявляющиеся в поведении и действиях родителей детей с ОВЗ, которые характеризуют их недостаточную готовность к взаимодействию как со своим ребенком, так и со специалистами по поводу его развития и реабилитации, которые состоят в следующем:

- родители не принимают имеющиеся у ребенка трудности,
- не всегда адекватно оценивают состояние и перспективы развития ребенка с ОВЗ,
- не в полной мере учитывают индивидуальные особенности ребенка;
- часто руководствуются своими амбициями,
- ориентируются на оценку знаний, а не на социальную адаптацию,
- часто выбирают общеобразовательные детский сад или школу, в которых не созданы условия для «особых» детей.
- недостаточно компетентны в особенностях современного общего и специального образования,
- не видят своей роли в образовании ребенка, считают, что помощь ребенку - дело специалистов;
- невнимательно, несерьезно относятся к предложениям обучающего и просветительского характера со стороны специалистов школы;
- не находят времени на осуществление преемственной коррекционно-развивающей работы со своим ребенком в домашних условиях.

Помочь семье, имеющей ребенка с ОВЗ, преодолеть трудности, стать союзником и соавтором в построении перспектив и реализации образовательного маршрута ребенка, и в целом занять субъектную позицию в воспитании «особого ребенка» и во взаимодействии с педагогами могут педагоги и специалисты в области особого детства.

Говоря о значимости субъектной позиции родителей при определении и реализации образовательного маршрута ребенка, в то же время отметим, что родители детей с ОВЗ сами являются объектом поддержки и помощи со стороны педагогов и специалистов сопровождения. Психология родителей детей с ОВЗ имеет свои особенности и порождает вопросы как для педагогов, так и для специалистов сопровождения. Родители детей с ОВЗ нуждаются в помощи и поддержке, в том числе психотерапевтической, направленной на снижение у них уровня психоэмоционального напряжения, запуска конструктивных изменений, формирование как ведущей установки «необходимо достигнуть как можно больше там, где это возможно».

Поддержка родителей детей с ОВЗ также связана с их обучением и просвещением в целях формирования знаний об особенностях ребенка, обусловленных имеющимися нарушениями, формированием умений использовать знания для построения взаимодействия с ребенком, формированием родительской компетентности. Эти родители значительно дольше несут ответственность за своих детей, чем родители здоровых детей. Им нужен гораздо больший объем специальных знаний и умений, необходимых для правильного обучения и воспитания.

Обучение родителей возможно по трем направлениям:

- обучение родителя как воспитателя;
- обучение родителя как учителя своего ребенка;
- обучение родителя как союзника, партнера.

Отдельное направление поддержки родителей представляет собой помощь в изменении характера отношения родителей к ребенку и его нарушению, коррекция стиля детско-родительских отношений.

Для психолого-педагогического сопровождения семьи очень важно, чтобы особое внимание уделялось выявлению отношения родителей к ребенку и его нарушению. В. Соммерс выделил пять категорий отношения родителей к ребенку, имеющему нарушения в развитии: принятие ребенка и его дефекта, реакция отрицания дефекта, реакция чрезмерной опеки, защиты и протекции, скрытое отречение и отвержение ребенка, открытое отречение и отвержение ребенка. Первые два типа В. Соммерс считает положительными, так как ребенок принимает участие в жизни семьи и общества, а следовательно, обеспечивается его развитие. Третий тип, по мнению автора, вызывает нарушения личностного развития, но при сильной нервной системе ребенка достигается положительный результат. Четвертый и пятый — однозначно негативные реакции, мешающие развитию личности ребенка.

Довольно часто родители детей с ОВЗ имеют деструктивные родительские позиции, они характеризуются несбалансированностью содержания общения между родителями и детьми. Эти родительские позиции могут быть обусловлены чрезмерным уровнем опеки в воспитании, недостаточностью или чрезмерностью требований-запретов, установками на минимальность санкций, применяемых по отношению к ребенку, в сочетании с воспитательной неуверенностью и тревогой за его жизнь, здоровье и успешность. Таким образом, при «выращивании» позиции «союзника» у родителей детей с ОВЗ одно из ключевых направлений их поддержки – исследование и влияние на тип родительского отношения (родительской позиции).

Осуществление разносторонней поддержки родителей детей с ОВЗ может стать предпосылкой построения сотрудничающих стратегий во взаимодействии с ними, постепенного и последовательного их вовлечения в инклюзивный образовательный процесс в интересах развития и образования ребенка с ОВЗ.

**Л.Р. Ситдикова**

## О ГОТОВНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ К РАБОТЕ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ ОСОБОГО ДЕТСТВА

**МОБУ Гимназия № 2 с. Бураево (Республика Башкортостан).**

В современном мире увеличивается численность детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), которые испытывают трудности в усвоении образовательной программы. Для них требуется создание специальных условий обучения и воспитания, возникает необходимость комплексного сопровождения в условиях образовательных организаций. Иными словами, необходима безбарьерная образовательная среда, которая позволила бы реализовать в полной мере образовательные потребности.

Достижение целей обучения и воспитания детей с ОВЗ предполагает самое активное участие их родителей в этом процессе. Они также должны знать и понимать работу специалистов психолого-медико-педагогического консилиума школы (ПМПк), продолжать, дополнять их усилия в домашних условия. [1, 5]. Родители (62,5%), получившие заключение психолого-медико-педагогической комиссии, продолжают посещать и интересоваться развитием, состоянием ребенка с ОВЗ. Но, есть родители (37,5%), которые считают, что это состояние с возрастом пройдет. Нас, как специалистов, больше тревожит этот контингент родителей [3, 4]. К сожалению, большинство родителей, где есть особый ребенок, начинает отгораживаться от социума. «Получают» обучение на дому, детский сад и школу не посещают, отгораживаются от общественных мероприятий, тем самым еще больше замыкают круг и ограничивают развитие ребенка.

В целях реализации ФЗ об инклюзивном образовании в штат образовательных организаций включены должности учителя-логопеда, социального педагога, педагога-психолога, тьютора [2]. При решении проблемы с родителями необходимо учитывать индивидуальное взаимодействие специалистов психологической службы в зависимости от ожиданий и запросов родителей детей с ОВЗ.

МОБУ Гимназия № 2 с. Бураево Республики Башкортостан располагает современной материально-технической базой для реализации инклюзивного образования. Кабинет педагога-психолога оформлен в рамках Государственной программы «Доступная среда» для организации коррекционно-развивающей работы. В Гимназии из 585 обучающихся 15% (88 человек) детей с ОВЗ. По результатам обследования этих детей составлены индивидуальные профилактические, коррекционно-развивающие программы психолого-педагогического сопровождения. На заседаниях школьной ПМПк рассматриваются вопросы, направленные на оказание помощи педагогам и родителям при работе с обучающимися, имеющими трудности в развитии, поведении, обучении и коммуникации. Рассматриваются персональные дела обучающихся, состояние их здоровья, уровень адаптации, вопросы выполнения рекомендаций зональной ПМПК. Осуществляется сопровождение детей с ОВЗ (дети-инвалиды, обучающиеся с задержкой психического развития, с интеллектуальными нарушениями), наблюдается положительная динамика в их развитии.

Коррекционно-развивающая работа с обучающимися с ОВЗ направлена на снижение уровня тревожности, эмоционального напряжения; развитие эмоционально-волевой сферы, основных психических процессов, мыслительных операций и коммуникативных навыков. Нами используются элементы арт-терапии, игровой терапии, сказкотерапии, развивающие упражнения. Групповая работа носит в большей степени развивающий характер, а индивидуальная направлена на коррекцию. В международный день инвалидов обучающиеся с родителями принимают участие в муниципальных конкурсах и награждаются Грамотами отдела образования. Для всех субъектов образовательного процесса ведется наглядная информационная работа. Каждый месяц обновляется «Уголок психолога». На стендах своевременно размещается информация по здоровому образу жизни, правовой ответственности несовершеннолетних, защите их прав, памятки с адресами и телефонами должностных лиц, осуществляющих контроль и надзор за соблюдением, обеспечением и защитой прав детей и детей-инвалидов, номера муниципальных и всероссийских телефонов доверия. На сайтах школы для обучающихся и родителей размещены буклеты, статьи и памятки с рекомендациями. Там же можно посмотреть фотографии, презентацию и оборудование кабинета педагога-психолога.

В настоящее время наблюдается увеличение посещения родителями детей с ОВЗ психологических консультаций. Они обращаются по проблемам агрессивности, поведения ребенка с ОВЗ в школе и дома, личностным проблемам, проблемам общения, школьной дизадаптации, по вопросам развития ребенка с ОВЗ, конфликтам в семье и школе, профориентации.

Таким образом, очень важно активное взаимодействие родителей со всеми специалистами ПМПк – педагогом-психологом, учителем-логопедом, социальным педагогом, классным руководителем и тьютором.

ЛИТЕРАТУРА

1.Гамезо М.В., Петрова. Е.А., Орлова Л.М. Возрастная и педагогическая психология: Учеб. пособие для студентов всех специальностей педагогических вузов. - М.: Педагогическое общество России, 2003. - 512 с.

2.Инклюзивное образование: право, принципы, практика / Н.В.Борисова, С.А. Прушинский. Отв. ред.: М.Ю.Перфильева. - М.: Владимир, ООО «Транзит-ИКС», 2009. - С. 28-35

3.Мамайчук. И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2003. - 400 с

4.Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е.И. Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова / под ред. Е.Г. Силяевой. - М.: Академия, 2002 .- 192 с.

5.Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Под науч. ред. проф. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2003. - 240 с.

**А.Л. Скачкова, Т.В. Миркульева, И.В. Яни**

## ИГРА КАК ОТРАЖЕНИЕ РЕАЛЬНОСТИ РЕБЕНКА, СПОСОБ РАЗВИТИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ

**СПБ ГБУ СОН «Центр социальной помощи семье и детям Центрального района Санкт-Петербурга» (Санкт-Петербург).**

Игра – ведущий вид деятельности ребенка, посредством которого он осваивает окружающий мир. В соответствии с теорией когнитивного развития Ж. Пиаже, каждой стадии развития соответствует определенный тип игры: от простого повторения паттернов действий или звуков на сенсомоторной стадии до соревновательных социальных игр на стадии коллективной. В процессе игры развивается произвольное внимание, обогащается воображение, активизируется творческий потенциал, снижается психологическое напряжение, укрепляется вера в себя и в собственные силы, обретаются решительность и смелость. Таким образом, играя, ребенок включает себя в отношения с внешним миром, развивается и социализируется. В игре складываются другие виды деятельности, которые потом приобретают самостоятельное значение.

Основываясь на естественной склонности ребенка к игре, А.Фрейд и М. Кляйн выражали идею, что игра дает выход бессознательным желаниям и конфликтам ребенка. Она позволяет выразить желания, фантазии и внутренние конфликты таким путем, который эмоционально приемлем для ребенка и отвечает уровню его когнитивных способностей. Игра позволяет ребенку воспроизвести бессознательные конфликты и встретиться со своими негативными переживаниями в безопасной обстановке, интегрируя таким образом переживания, которые, оставаясь нетронутыми, могли стать причиной симптоматического или отыгрывающего поведения. Функция психолога состоит в том, чтобы наблюдать, пытаться понять, обобщить и, в конечном счете, установить смысл игры ребенка, чтобы помочь ему понять его конфликт с точки зрения наиболее приемлемого разрешения.

Психологами Центра социальной помощи семье и детям Центрального района Санкт-Петербурга разработана и с 2010 г. реализуется программа «Психологический кукольный театр «ИМПРОВИЗАЦИЯ», основанная на методах игровой терапии, куклотерапии, арт-терапии. Охватывая практически все возрастные категории, проект используется как средство индивидуальной, семейной и групповой психологической помощи, а также развивающей и формирующей важные социальные навыки у детей и родителей. Программа объединяет в себе следующие направления работы с семьей:

1. **«Мастерская кукол»**, организованная союзом психолога и художника, ориентирована на восстановление целостности и внутреннего равновесия участников посредством творческого самовыражения и куклотерапии. Создание куклы целительно, как и любой акт творческого самовыражения. Неординарность процесса изготовления собственной куклы дает клиенту доступ к детским ресурсам, связанным с игрой и удовольствием, от нее получаемым, предоставляет возможность преодолеть естественное сопротивление и стереотипное поведение в виде мыслительных и поведенческих паттернов. Работая с любым самостоятельно созданным образом, клиент в конечном итоге работает над преобразованием себя. Процесс создания куклы является целительным.

2. **Перчаточные куклы**, созданные в мастерской, служат промежуточным объектом взаимодействия ребенка с психологом на **семейных и индивидуальных консультациях**. Метод куклотерапии основан на процессах идентификации ребенка с героем игровой истории. Познавая мир, его социальные связи и отношения, ребенок активно проецирует воспринимаемый опыт в специфическую игровую ситуацию. Игра для него –средство выражения чувств, исследования отношений и самореализации. А кукла, надетая на руку, - ширма, за которой можно спрятаться, отделиться от самого себя, идентифицируясь с образом героя, и раскрыться.

3. **Тренинг для подростков «Замок сказки»** основан на концепции об особенностях развития детей младшего школьного возраста, на принципе импровизации сюжетов и кукольных представлений. Участие в тренинге побуждает к творческому самовыражению, позволяет выразить желания, фантазии и внутренние конфликты эмоционально приемлемым для ребенка путем. Спонтанное проигрывание детьми актуальных жизненных, в том числе семейных ситуаций, позволяет найти ресурсы для разрешения конфликтов и адаптации в окружающем их пространстве.

4. Сказочные представления дошкольников и их родителей **«Интерактивного кукольного театра «ЖИЛИ-БЫЛИ…»** знакомят ребенка с окружающим миром, учат добру, побуждают сопереживать героям, показывают последствия легкомысленных поступков, предлагают модели успешного преодоления испытаний. Спектакли носят интерактивный характер, нацелены на развитие мышления, внимания, памяти у детей и формирование навыков игрового взаимодействия родителей с детьми.

В целом применение представленной модели социально-психологической помощи, основанной на естественной склонности ребенка к игре, благоприятствует гармоничному развитию детей и подростков, укреплению внутрисемейных отношений и социализации семьи.

**Е.С. Скворцова**

# СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПОДРОСТКОВ, ЕЖЕДНЕВНО, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНО ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ

**Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (Москва).**

В настоящее время интернет с его обилием и доступностью любой информации, прочно вошел в повседневную жизнь людей самых разных возрастов, профессий и увлечений. Являясь источником новостей, развлечений и общения, он притягивает к себе очень сильно внимание подростков и молодежи. Обладая столь привлекательными свойствами, интернет зачастую поглощает все свободное время подростков и молодежи, не оставляя времени на реальное общение и другие занятия.

Изучение распространенности пользования интернетом среди подростков проводилось нами в рамках мониторинга алкоголизации, курения и наркотизации среди городских подростков, учащихся учреждений начального профессионального образования (учащихся УНПО) в 2013-2014 гг.

Выборка охватила подростков 16 территориальных образований из 5 федеральных округов РФ (15 городов и 1 область). Всего было обследовано 22204 подростка. Число опрошенных мальчиков составляло 11005 (49,6%), а девочек - 11199 (50,4%). Опрос подростков проводился методом анонимного анкетирования. Создание баз данных и обработка полученных материалов проводилась с помощью разработанной и зарегистрированной нами компьютерной программы «AnkProc» («Факторы риска»).

Исследование показало, что среди учащихся УНПО в возрасте 15-17 лет практически все пользовались интернетом (97,1 из каждых 100 мальчиков и 97,9 из каждых 100 девочек).

Основной целью пользования интернетом как для мальчиков, так и для девочек являлось желание общения и знакомства (49,1% среди девочек и 39,5% среди мальчиков). Второй по значимости целью у мальчиков был поиск информации для хобби (22,2%), а у девочек - подготовка к учебе (20,3%).

Важной характеристикой пользования интернетом является частота и продолжительность. Оказалось, что подавляющее большинство подростков, 88,2% мальчиков и 90,1% девочек, пользовались интернетом ежедневно, причем 50,9% мальчиков и 59% девочек - 3 и более часов в день.

Мы рассматриваем ежедневное, длительное пользование интернетом (3 и более часов в день), как чрезмерное и влекущее различные негативные последствия: нарушение режима дня, нарушение правильного чередования труда и отдыха, невыполнение домашних поручений, пропуски занятий в училище и т. д. Ежедневное, длительное пользование интернетом неизбежно заставляет подростков что-либо пропускать, от чего-либо отказываться.

Подростки, пользовавшиеся интернетом «ежедневно 3 и более часов» сокращали ночной сон - 17,4% мальчиков и 18,5% девочек; «жертвовали» прогулками с друзьями 17,3% мальчиков и 18,1% девочек; пропускали прием пищи 8,3% мальчиков и 12,7% девочек. 5% мальчиков и 4% девочек не посещали занятия в секциях и кружках, а 4,4% мальчиков и 2,8% девочек прогуливали занятия в училище.

Почти каждый четвертый мальчик и почти каждая третья девочка, проводившие ежедневно в интернете 3 и более часов, испытывали тот или иной психологический дискомфорт при отсутствии возможности пользования интернетом. 14,7% мальчиков и 18,3% девочек в отсутствии интернета скучали и ничем не могли себя занять; 2,8% мальчиков и 2,6% девочек раздражались, становились агрессивными; 4,2% мальчиков и 6,9% девочек испытывали чувства подавленности и беспокойства; 1,7% мальчиков и 1,8% девочек ни о чем другом, кроме интернета, не могли думать.

В совокупности все эти проявления психологического дискомфорта у 23,4% мальчиков и 29,6% девочек можно рассматривать как проявление формирующейся в той или иной степени психологической зависимости от интернета.

Несмотря на ежедневное, длительное пользование интернетом 76,4% мальчиков и 69% девочек этой группы не отмечали каких-либо проблем со здоровьем. Однако, 6% мальчиков и 7,5% девочек жаловалось на бессонницу, 5,4% мальчиков и 9% девочек указывали на сухость и жжение в глазах, а 5,6% мальчиков и 9% - на боли в спине.

Дополняя социально-гигиенический портрет подростков, проводящих в интернете 3 и более часов в день, необходимо еще отметить, что они, как правило, из полной семьи, учатся в большинстве случаев удовлетворительно и наряду с интернетом имеют и другие занятия (помощь по дому, спортивные секции, кружки, хобби). В основном этим подросткам уделяет внимание только мать.

Большая часть таких подростков не курит (55% мальчиков и 70% девочек). Однако им не чуждо употребление алкоголя (52,5% мальчиков и 64% девочек) и даже проба наркотиков (12% мальчиков и 7,6% девочек). Таким образом, «бытующее» мнение о том, что длительное занятие интернетом уберегает подростков от употребления алкоголя и пробы наркотиков, ошибочно.

В связи с вышеизложенным подростков, ежедневно пользующихся интернетом 3 более часов, понашему мнению, следует относить к «группе риска» из-за негативных последствий для их соматического и психического здоровья и потенциальной опасности развития зависимости от интернета. Педагоги, психологи и родители должны уделять особое внимание подросткам данной группы с целью своевременной коррекционной и профилактической работы среди них.

**И.И. Смирнов[2], О.Ф. Панкова[1], С.А. Мозговой[1], О.Ю. Агеенкова[1]**

## УВЛЕЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМИ СЕТЯМИ И ПОСЕЩЕНИЕ «ГРУПП СМЕРТИ» У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СВЯЗИ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**[1]ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» [2]БУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» (Москва).**

**Введение.** Одной из важнейших проблем современной психиатрии является суицидальное поведение детей и подростков, тенденция роста которого наблюдается нами в течение последних 5 лет (Смирнов И.И. с соавт., 2017). За период с 2014 по 2016 гг. отмечался устойчивый ежегодный рост (в среднем на 55%) числа пациентов, госпитализируемых в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы» в экстренном порядке.

Весной 2017 г. проблема детско-подростковых суицидов активно обсуждалась как на уровне официальных органов (законодатели, представители ряда министерств, правоохранительных органов, детский омбудсмен), так и в средствах массовой информации. В мае был принят закон, расширяющий возможности уголовного санкционного воздействия за пропаганду суицидов.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение увлечения социальными сетями и посещения «групп смерти» пациентами НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой, находившихся на стационарном лечении в апреле-июне 2017 г. в связи суицидальным поведением. Общее число пациентов – 176 чел., что сопоставимо с аналогичными показателями за 2016 г. (162 чел.). Изменения отмечены в гендерном соотношении: в 2017 г. пациенты мужского пола составили 46,6%, в 2016 г. – 30,9%. Отличия по возрасту не были статистически значимы. В 2017 г. дети до 12 лет составили 19,3%, 13-14 лет – 30,7%, 15-17 лет – 50%. Суицидальные проявления были представлены: шантажными угрозами – 26,1%, угрозами, подкрепленными суицидальными действиями – 19,8%, суицидальными попытками, совершенными в состоянии аффекта – 3%, суицидальными идеациями (мыслями о самоубийстве) – 40,9%, истинными суицидальными попытками – 10,2%.

Осведомленность о сайтах, посвященных суицидам, и интерес к обсуждению связанных с ними проблем обнаружили 22 пациента (12,5%). Двенадцать из них заявили о безразличном отношении к ним или высказали осуждение. Проявление интереса к так называемым «группам смерти» («синие киты») и активность в социальных сетях выявлены у 10 пациентов (5,7%) – 8 девочек и 2 мальчика, средний возраст – 14,5 лет. Характер осведомленности, выраженность интереса, источники информации выяснялись как со слов самих пациентов в процессе целенаправленных бесед, так и в процессе наблюдения в отделении, а также по информации, полученной от родственников пациентов, других пациентов. В качестве основных источников информации пациентами были названы: сверстники (40,9%), педагоги и родители (27,4%), социальные сети (22,7%), СМИ (9%). Вступили или пытались вступить в «группы смерти», выполняли задания 6 девочек. В качестве мотивации они указывали желание завоевать популярность среди друзей и знакомых и «быть в тренде» (2 чел.), «просто интерес к игре», «от скуки», так как «обещали, что будет весело» (2 чел.), «тренировку смелости» (1 чел.), интерес к скоропостижной смерти (1 чел.), «для того, чтобы пропала тоска» (1 чел.). Все пациенты отрицали наличие у себя истинного намерения умереть, участвуя в игре. Трое пациентов старшего подросткового возраста - 2 мальчика и 1 девочка в беседах позиционировали себя в качестве «борцов с группами смерти» в сети, выполняя задания, в качестве своей цели при этом ставили «разоблачение кураторов сайтов».

Основные диагнозы, с которыми эти пациенты наблюдались и лечились в стационаре, относились к пограничным состояниям, чаще всего обозначаемым шифром F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, и F43.25 расстройства адаптации. В 3 наблюдениях был выставлен диагноз F25.8 шизоаффективное расстройство.

**Заключение.** Проведенное на пике всплеска общественного внимания изучение возможного негативного влияния на рост суицидальных тенденций у детей и подростков популярных сетевых «групп смерти» у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы, причиной госпитализации которых явилось суицидальное поведение, не выявило статистически значимой связи последнего с увлечением подростками существующими в сети сайтами, посвященными суицидам, и участием их в «группах смерти».

Помимо низкого уровня интереса к соответствующим сайтам и «группам смерти», выявленного лишь у 5,7% пациентов с суицидальным поведением, в содержании их мыслей и мотивах поступков, связанных с суицидом, не прослеживалось явное влияние интернет-контента.

К особенностям суицидального поведения в детском и подростковом возрасте следует отнести многообразие его внешних проявлений, сложное, подчас противоречивое переплетение явных и скрытых мотивов, а также механизмов формирования и путей реализации. Следует отметить, что реальными причинами, как правило, служат трудности микросоциальной адаптации, связанные как с особенностями формирующейся личности подростка, так и с реальным неблагоприятным влиянием социальной среды. В частности, все подростки, высказавшие интерес к «группам смерти», проживали в неполной семье, двое из них были сиротами. Наиболее частыми причинами суицидального поведения служили конфликты в микросоциальном окружении, а само подобное поведение являлось протестом или призывом о помощи. Уча-

стие подростков в «группах смерти» в социальных сетях использовалось как игра для заполнения скуки и пустоты, как возможность «быть в тренде», а также как один из инструментов манипулятивного поведения. Вместе с тем, нельзя игнорировать возможную триггерную роль социальных сетей в формировании у подростков суицидальных тенденций с учетом незрелости и лабильности их психики.

**Е.Т. Соколова**

## АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ РАКУРСЫ ПРОБЛЕМЫ

**Московский государственный университет им М.В. Ломоносова (Москва).**

Проблема аутодеструктивного поведения становится одной из наиболее острых медико-социальных и клинико-психологических проблем современности, что объясняется, прежде всего, его социальной опасностью; наибольшее распространение оно имеет среди молодого поколения, аутодеструктивное поведение нередко знаменует собой начало психического заболевания, обусловливает высокий риск суицида и тесным образом связано с социальным неблагополучием детей, подростков и юношества.

Феноменология аутодеструктивного поведения исключительно многообразна и полиморфна: традиционно сюда относят членовредительство и покушение на целостность своего тела и внутренних органов. Разрабатываемое нами более широкое понимание аутодеструктивного поведения позволяет интегрировать разные формы аддикции (пищевой, наркотической, а также зависимостей, появление которых обязано современным биотехнологиям и средствам коммуникации); многократные попытки суицида, не закончившегося смертью или парасуициды; экстремальное поведение и членовредительство, символизирующие юношескую потребность в социальном признании и «самовыделении»; экзотические модификации и трансформации телесности как подражание моде и современным культурным идеалам совершенства, а также виктимное поведение – в самом широком смысле слова.

Хотя отдельные акты «атак» на собственное тело встречаются при многих видах психических и соматических заболеваний (наиболее брутальные из них – при аутизме, умственной отсталости и шизофрении в стадии дефекта), хронификация покушений на жизнь и целостность телесности считается одной из важнейших поведенческих девиаций, характерных для пограничных расстройств личности, своего рода их «визитной карточкой».

В **социокультурной оптике** среди факторов-предикторов саморазрушительного поведения необходимо отметить ряд негативных явлений современного общественного сознания, таких как ситуация социальной неопределенности и транзитивности, «размытость» норм и ценностей на фоне распространения идеологем цинизма, морального и смыслового вакуума, «тюремной» культуры насилия и манипулятивного отношения к себе и другим людям, фрагментирование, социальная изоляция и отсутствие перспективы будущего, наряду с идеалами успешности, индивидуализма, перфекционизма, нереалистических и заимствованных из глянцевых СМИ фальшивых имиджев Я. Молодые люди, самоидентичность которых находится в стадии формирования или характеризуется диффузией, особенно уязвимы к влиянию транслируемых субкультурой деструктивных ценностей, не имея личностных ресурсов противостояния их давлению.

**В клинико-психологической перспективе** саморазрушительное поведение является системным расстройством, целостным деструктивным стилем личности с низкой когнитивной дифференцированностью, выражающейся в высокой зависимости от стимульного и социального окружения (что объясняет его контагиозность в среде детей и подростков), дисфункциональностью эмоциональной саморегуляции с исключительно примитивными средствами совладания со стрессом и фрустрациями, дефицитарностью ментализационных процессов, затрудняющих рефлексию и эмпатическое понимание своих и чужих эмоций, (а, следовательно, их сознательную регуляцию), с недостаточно индивидуализированной и нестабильной идентичностью (феномен утраты Я), слабым различением психологических границ себя и другого, собственных фантазий, представлений и реальности; с перфекционистскими требованиями к себе и другим, сочетающимися с высоким самокритицизмом, неуверенностью в себе, недоверием к значимым взрослым и неспособностью запрашивать и получать своевременную помощь и поддержку. Хронически воспроизводимый аутодеструктивный стиль личности парадоксален и противоречив: при всей его антивитальности, он выполняет и ряд адаптивных защитно-компенсаторных функций - снимает эмоциональное напряжение за счет быстрой моторной разгрузки невыносимых эмоций, «реанимирует» идентичность и на время восстанавливает утраченные эмоциональные связи в межличностных отношениях. Все эти эффекты достигаются путем манипуляции своим Я, телесностью и человеческими отношениями и приносят лишь временное и частичное удовлетворение, сменяющееся внутренним омертвением, глубоким отчаянием и разрушением значимых межличностных отношений.

Предположения о роли онтогенетических факторов саморазрушительного поведения не отличаются от упоминаемых в связи с проблемой генеза тяжелых личностных расстройств пограничного и психотического уровней. К ним относят детский опыт психологической или физической травмы, сексуальное насилие, издевательства (включая и его современные формы – буллинг, троллинг и проч.), эмоциональное отвержение в семье или преждевременную автономию без эмоциональной поддержки. Считается, что в

условиях «токсичного» семейного окружения у ребенка не формируются отношения стабильной привязанности как базовое условие развития интегрированной и устойчивой к стрессу и неблагоприятным средовым влияниям идентичности, эффективные копинги и зрелые ментализационные процессы.

В связи с массивностью и тотальностью нарушений и дефицитом личностных ресурсов актуальность приобретает разработка комплексных программ психотерапии и ресоциализации наиболее уязвимых к влиянию неблагоприятных средовых и психологических факторов групп молодежи. Имеющиеся программы, основанные на когнитивно-поведенческой терапевтической модели, нуждаются в интеграции с психодинамическими моделями, «мишенью» которых является восстановление разрушенных эмоциональных, семейных и социальных связей и навыков ментализации.

**М.В. Соляк**

## ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ «СЕАНС РЕЛАКСАЦИИ»

**Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Гимназия № 6», ГБОУ ВО «Красноярский государственный университет науки и технологий имени академика М.Ф. Решетнева» (Красноярск).**

В педагогической деятельности, как и в других профессиях типа «человек-человек», чаще всего встречается такое понятие как «сидром эмоционального выгорания». К условиям, способствующим развитию синдрома эмоционального выгорания, большинство авторов относят особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих работников. Часто эти факторы называют внешними и внутренними, или личностными и организационными.[2]

В профессиональном образовании будущих педагогов недостаточное внимание уделяется формированию навыков самосохранительной здоровьесберегающей деятельности в процессе педагогического труда. Психологическая компетентность педагогов не соответствует требованиям их профессиональной деятельности. В обязанности школьного психолога не входят помощь и работа с учителями. Сами учителя редко обращаются за профессиональной помощью психолога или обращаются в состоянии выраженного стресса, который значительно нарушает жизнедеятельность, когда уже возникли психосоматические или психоневрологические расстройства. В школах не проводят мероприятий с целью профилактики и обследования психологического здоровья педагогов, в том числе синдрома «эмоционального выгорания» и профессиональной деформации. В основном с целью профилактики профессионального стресса практикуются не профессиональные психологические, а организационные методы: методические совещания, повышение квалификации, наставничество, создание корпоративной культуры, сменность работы и другие.

Уровень психологического здоровья педагогов[3] требует, чтобы в образовательной организации создавались условия для их профессиональной социально-психологической поддержки. С целью совершенствования психологической помощи данной категории сотрудников целесообразны следующие мероприятия[4]: создать условия педагогам для психодиагностического исследования личности; повышать психологическую культуру педагогов путем информирования о признаках стресса и его последствиях для здоровья человека; обучать педагогический состав навыкам психической саморегуляции и возможностям их применения в условиях острого и хронического стресса; максимально использовать технические возможности кабинетов психической регуляции для профилактики и коррекции стресса; для сотрудников с признаками эмоционального выгорания организовать психологическую помощь, включающую как индивидуальное консультирование, так и групповые формы работы (тренинги, обучающие семинары и др.); обеспечить проведение обучающих семинаров и тренингов по повышению коммуникативной и конфликтологической компетентности педагогов общеобразовательных школ.

Доступным в образовательном пространстве школы, результативным методом коррекции психофизиологического здоровья, который обладает непосредственным терапевтическим эффектом является сеанс релаксации. Релаксация рассматривается как средство управления психоэмоциональным, в том числе физическим состоянием человека, которое тренер (психолог) использует во время сеанса. Авторы, занимающиеся вопросами саморегуляции[5], описывают пути самовоздействия при использование

---

[2] Орел, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 3. http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20010311.

[3] Горбач, Н.А. Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе: монография / Н.А. Горбач, А.В. Жарова, М.А. Лисняк, Т.П. Колоскова, Т.В. Трепашко, Д.М. Шерстяных, А.С. Шерстяных. - Красноярск: Сибирский юридический институт ФСКН России, 2011. – 295 с.

[4] Жарова, А.В. Социально-психологическая поддержка субъектов учебно-воспитательного процесса в вузе: практический аспект / А.В. Жарова, И.Е. Марина, А.В. Голева, А.Н. Леонтьева // Методические рекомендации для преподавателей, кураторов, воспитателей общежитий. – Красноярск: «СибГАУ им. акад. М.Ф. Решетнева», 2016 – 78 с.

5 Стишенок И.В. Тренинг уверенности в себе: развитие и реализация новых возможностей. — СПб.: Речь, 2006.- С. 211-215.

определенных упражнений, включающих методы принятия установок, управления образами, мышечным тонусом и дыханием[6]. Сеанс релаксации предполагает построение антистрессовой стратегии, направленной как на профилактику, так и на снятие стресса.

К релаксационным мероприятиям можно отнести дыхательные техники, аутотренинг, визуализацию и медитативные техники, а также упражнения, позволяющие управлять тонусом мышц. Каждый из этих методов можно использовать в виде самовоздействия при самостоятельном расслаблении. Приведение перечисленных выше методов самовоздействия в систему, то есть использование их одновременно в одной психологической технике, оказывает эффективное воздействие.

Постоянное совершенствование профессионально-личностных качеств педагогов - залог качества учебно-воспитательного процесса. В школе необходимы мероприятия по информированию педагогического состава о возможностях социально-психологической помощи, формах и методах социально-психологической поддержки и помощи в преодолении личностных и профессиональных затруднений.

**В.М. Сорокин**

## СОДЕРЖАНИЕ РЕАКЦИЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ФАКТ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ (НА МОДЕЛИ МЕНТАЛЬНОЙ РЕТАРДАЦИИ)

**Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт–Петербург).**

Многочисленными исследованиями показано, что ребенок так или иначе воплощает родительские экспектации независимо от того, высказываются они или нет (Д.Н. Исаев, Е.М. Мастюкова А.Г. Московкина, Л.М. Шипицына и др.). Рождение больного ребенка аннулирует прежние экспектации, а новые в этот момент еще не сформированы. Отсутствие экспектаций и порождает шоковую реакцию. Родители не представляют, что следует ждать от ребенка, а чего не следует, как надо вести себя по отношению к нему и т.д. Продолжительность шоковых реакций у родителей разными авторами оценивается по-разному в зависимости от критериев купирования признаков состояния шока. То, насколько родители быстро выходят из шокового состояния, зависит от множества причин – и прежде всего от индивидуально–психологических особенностей матери и отца, от того, насколько был желанным ребенок, и пр. Но, пожалуй, наиболее важный фактор, способствующий быстрой мобилизации родителей – это степень их эмоциональной близости и сплоченности. Это позволяет воспринимать супругами случившееся не как событие личной жизни, а событие собственной семьи, члены которой нуждаются в твоей помощи и поддержке.

В процессе психологического консультирования у более чем 70% женщин, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, отмечается чрезвычайно амбивалентное отношение к собственному ребенку. Прежде всего это проявляется в чувстве постоянной немотивированной тревоги за ребенка, неизменно присутствует ощущение какой-то опасности, того, что что-то неприятное должно произойти. Матери отмечают, что до рождения ребенка не были ни тревожными, ни мнительными. Тревога начинает проявляться в конце первого года после рождения ребенка. Многие констатируют у себя в первое время после рождения ребенка острое чувство собственной незащищенности и слабости. Оно переживается так же, как и неспособность защитить собственного ребенка. Возникает чувство, что и он, ребенок, тоже беззащитен и его легко потерять, ибо с ним в любую минуту может произойти что-то непоправимое. Противоречивость отношения к собственному ребенку проявляется в том, что он одновременно рассматривается и как объект особой любви, и как источник собственных душевных страданий. Именно последнее, по оценке большинства матерей, является причиной частых приступов раздражения по отношению к ребенку. Эти приступы через какое-то время приводят к ощущению вины. Больше трети матерей отмечают, что на втором году жизни постепенно формируется чувство стеснения собственного ребенка. Оно провоцируется в основном за счет недоброжелательного и праздного любопытства окружающих на улице, в общественных местах и в транспорте. Дабы избавить себя от излишне назойливого внимания, многие родители не пользуются общественным транспортом, выходят гулять с ребенком вечером, ограничивая его контакты со здоровыми сверстниками, боясь агрессии со стороны последних. В качестве особой характеристики переживаний родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями развития, следует отметить неприязнь к здоровым детям, страх, что они могут обидеть собственную дочь или сына. Многие матери говорят, что вид здоровых детей порождает ощущение несправедливости. При этом отмечается, что факт рождение больного ребенка нельзя рассматривать в категориях нравственности: справедливо–несправедливо. И тем не менее, ощущение несправедливости постоянно присутствует в сознании.

Иррациональный страх за ребенка дополняется таким же иррациональным чувством вины перед ним. В большей степени чувство вины переживают матери. Это чувство в определенной степени распространяется на супруга. Чувство стеснения и чувство вины перед ребенком формируют переживание собственной материнской неполноценности. Ход рассуждений таких матерей прост. Задавая себе постоянно вопрос: «Может ли нормальная мать стесняться своего ребенка?», она, безусловно, отвечает «Нет». «Стало быть, если я стесняюсь своего ребенка, значит я ненормальная, неполноценная мать». Это только усиливает чувство вины.

6 Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб: Питер, 2012. - С.161-186.

Многолетний опыт работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов показывает, что именно на ранних стадиях закладываются и фиксируются неадекватные стили отношения к больному ребенку, в неменьшей степени осложняющие процесс его психического развития, чем само заболевание. Это свидетельствует об актуальности ранней психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. При этом по своему содержанию помощь матерям и отцам может отличаться, реализуясь в совместной работе с супружеской парой.

**Н.А. Стрижак**

## ИНТЕРАКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

**ЧОУ ВО «Институт специальной педагогики и психологии» (Санкт-Петербург).**

Как часто можно наблюдать такую картину: взрослый эмоционально, ярко, убежденно что-то говорит подростку, а тот молчит. И мы – учителя, родители, воспитатели - с чувством исполненного долга остаемся в надежде, что наша «беседа», правильнее и честнее – монолог, пойдет на пользу подростку. К слову сказать, подросток также доволен собой. Он вел себя хорошо, не дерзил, не валял «дурака» и т. д. (по глубокому убеждению детей, именно этого, в первую очередь, ждут от них взрослые).Итак, давайте сделаем попытку разобраться в том, какие психолого-педагогические факторы лежат в основе подобного взаимодействия учителей, родителей и подростков.

Одним из важнейших факторов, на наш взгляд, является аксиологический, связанный с интенсивным пересмотром ценностей. Нам и нашим современникам повезло быть свидетелями и участниками исторического перелома, который случается далеко не каждое столетие. Идет мучительный процесс агонии старого и возникновения нового мира. Кризис индустриальной цивилизации - это кризис в человеке, его знаниях, умениях, потребностях, в науке и образовании. Кризис охватил всю планету, но он необходим для обновления и скорейшего наступления следующего этапа - постиндустриальной цивилизации. Ключевую роль в ней играет наука, стимулирующая развитие новых технологий.

Каким же будет человек XXI века? Какой постиндустриальной культурой он овладеет? Это во многом зависит от тех, кто сегодня занимается воспитанием молодежи. Глубоко был прав А.Д.Сахаров, когда писал: «Научно-технический прогресс не принесет счастья, если не будет дополняться чрезвычайно глубокими изменениями в социальной, нравственной и культурной жизни человечества. Внутреннюю, духовную жизнь людей, внутренние импульсы их активности трудней всего прогнозировать, но именно от этого зависят в конечном итоге гибель и спасение цивилизации». Классическая наука оказалась не в состоянии дать человеку ответы на многие вставшие перед ним вопросы. Драматизм ситуации в том, что человеку, потерявшему нравственные ориентиры, сегодня как никогда нужны научные объяснения действительности, уверенность в преемственности традиций и национальных ориентиров. Объяснения же, выдвигаемые учеными новой формации, обычно сводятся к перечислению прагматических задач, возникших в различных областях общественной жизни, и прогнозам, не имеющим серьезных научных оснований.

Следовательно, в настоящее время учителя должны выполнять свою высокую воспитательную миссию, не имея четких аксиологических оснований. Ситуация осложняется тем, что это происходит на фоне излишней ее драматизации со стороны тех учителей, которые воспринимают перемены как крах привычной системы ценностей, а не как возможность ее обновления и очищения. В то время как дети и подростки, не отягощенные опытом прошлых ценностей, уже не только приняли новую аксиологическую основу Российского общества, но и следуют ей. Таким образом, взаимодействие взрослых и детей порой происходит в режиме не совпадающих нравственно-этических платформ. Есть ли выход из этой ситуации? Есть, он в поиске ответа на вопрос, каким должно быть взаимодействие детей и учителей?

Существует 4 вида взаимодействия:

— реактивное, в основе которого взаимодействие с опорой на прошлый опыт каждого из участников;

— инактивное, которое строится в соответствии со сложившимися традициями взаимодействия детей и взрослых в конкретном образовательном учреждении;

— преактивное, характеризующееся привлекательными инновациями типа детоцентристская, личностно-ориентированная школа и прежними, устаревшими технологиями взаимодействия учителей и детей, которые не могут обеспечить внедрение прогрессивных идей;

— интерактивное, суть которого в диалоге культур на основе интенсивного обмена ценностями и информацией и установлении обратной связи, гарантирующей взаимопонимание участников взаимодействия. Девизом интерактивного взаимодействия может служить фраза «Из проблемы выходим вместе!».

Мир, в который должен интегрироваться выпускник образовательного учреждения, все более динамично и радикально изменяется. При этом следует отметить увеличение скорости изменений, что осложняет освоение новыми поколениями социального опыта и провоцирует появление феномена, который называется проблемой «необратимого разрыва между поколениями». В связи с этим педагогам сложно предвидеть и смоделировать те жизненно сложные и принципиально новые (незнакомые учителям) ситуации, в которых может оказаться их воспитанник, и научить его эффективному выходу из них.

Второй фактор – технологический, связанный с готовностью учителей к интерактивному взаимодей-

ствию, при котором дети имеют право на выбор как партнера, так и содержания совместной деятельности.

Как-то учителям одной Санкт-Петербургской школы был задан вопрос: «Нравитесь ли Вы Вашим воспитанникам?» Не вдаваясь в анализ полученных ответов, позволим обратить внимание читателя на одну типичную реакцию учителей. Это недоумение и сомнение по поводу правомерности постановки такого вопроса. А ведь интерактивное взаимодействие невозможно без такой технологии как аттракция, которая базируется на способности взрослого человека быть привлекательным для детей. В этой связи сегодня востребован педагог, способный к сотрудничеству с воспитанниками.

Эффективной технологией обучения и развития детей, на наш взгляд, являются интерактивные технологии. Интерактивное взаимодействие помогает не только психологически подготовиться к сложностям, но и апробировать в искусственных (игровых) условиях способы преодоления различных трудностей, характерных для адаптации детей в современное общество. Хотелось бы надеяться, что учителя овладеют методологией и методикой интерактивного взаимодействия, так как именно оно позволяет им действовать в соответствии с известным современным принципом адекватности.

**А.С. Султанова**

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЕНСОМОТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования» (Москва).**

В связи с повышением в детской популяции распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) особую актуальность приобретают как теоретические вопросы изучения этио- и патогенеза этих расстройств, так и проблема разработки эффективных методов их коррекции. В настоящее время среди специалистов растет понимание того, что к этой проблеме необходим комплексный подход. Устойчивый положительный результат может обеспечить только сочетанная комбинированная работа различных специалистов с ребенком-аутистом. Родители детей с аутизмом нередко сталкиваются с «армией» предлагающих свои услуги людей (логопедов, АВА-терапистов, анималотерапевтов, сказкотерапевтов, кинезиологов, психологов и пр.), которые зачастую не имеют должного образования, с трудом представляют себе специфику аутизма, но настаивают на том, что владеют единственно верным методом преодоления этого расстройства. Если даже в коррекционный процесс вовлекаются квалифицированные специалисты, проблему рассогласованности между ними удается решить крайне редко. Причины этого кроются не только в том, что специалисты не имеют возможности общаться друг с другом, обсуждать ход коррекции и лечения ребенка. Не последнее место среди причин занимает профессиональный снобизм, утверждение приоритета своего направления. Другой фактор, приводящий к несогласованной работе специалистов, – информационная недостаточность, неосведомленность о тех или иных направлениях, разрабатываемых в рамках различных специальностей. К одному из таких направлений относится детская нейропсихология.

Нейропсихология детского возраста как научное направление развивается уже несколько десятилетий, а ее методы достаточно давно успешно применяются для коррекции различных патологических состояний. Нейропсихологическая коррекция направлена на преодоление функциональной недостаточности различных областей головного мозга, каждая из которых обеспечивает тот или иной нейропсихологический фактор, т. е. является «звеном» одной или нескольких психических функций.

Наш многолетний опыт проведения нейропсихологической диагностики позволяет выделить следующий обобщенный паттерн функциональной недостаточности структур головного мозга, наиболее часто встречающийся у детей с аутизмом: довольно грубая недостаточность функций левого полушария, практически сохранные функции правого полушария на фоне недостаточно развитого межполушарного взаимодействия и дисфункций подкорково-стволовых отделов головного мозга. Основу нейропсихологической коррекции детей с РАС должны составлять моторные методы, одним из которых является сенсомоторная коррекция (метод Горячевой, Султановой). В результате сенсомоторной коррекции (СМК) происходит улучшение деятельности нервной системы, достигаются различные задачи – стимуляция развития когнитивных, речевых, моторных функций, создание предпосылок и возможности успешного обучения и социальной адаптации, улучшение поведения ребенка в целом.

Сенсомоторная коррекция при работе с детьми, страдающими РАС, имеет свою специфику. Во-первых, необходимо отметить, что дети с РАС требуют довольно длительной, многолетней коррекции, во многих случаях можно говорить не просто о коррекции, а о сопровождении психического онтогенеза ребенка. Во-вторых, при сенсомоторной коррекции обязательной является предварительная нейропсихологическая диагностика, проведение которой с детьми, имеющими РАС, зачастую недоступно. В таких случаях диагностический этап состоит в сборе данных анамнеза, опросе родителей об особенностях состояния ребенка. Некоторые сведения о развитии моторной, сенсорной, речевой сфер можно получить, наблюдая за поведением ребенка, его игрой, пытаясь вступить с ним в контакт. В-третьих, особую важность приобретает т. н. «установочный» этап. Зачастую применение данной методики не соответствует ожиданиям родителей, их представлениям о коррекции аутистических расстройств. Между тем, именно от ро-

дителей зависит один из главных факторов эффективности СМК – регулярность занятий. В-четвертых, при работе с детьми, имеющими РАС, достаточно много времени занимает подготовительный этап, направленный на установление контакта и привыкание ребенка к новым условиям. Этот начальный этап нередко вызывает достаточно резкие реакции протеста у детей, часто протекает на фоне негативного эмоционального состояния. Также возникают сложности усвоения упражнений, связанные с гиперестезиями, страхами, трудностями тактильного контакта с ребенком. Однако затем, как правило, дети усваивают коррекционную программу, эмоциональный фон нормализуется. Немаловажным является то, что упражнения повторяются: это создает для склонных к стереотипам детей ощущение безопасности, комфорта. В целом, при осуществлении СМК грамотным специалистом отмечается двойное воздействие: как самих упражнений, так и специальным образом организованного взаимодействия с ребенком, для создания которого СМК создает уникальные условия. Нейропсихологическая СМК повышает понимание речи, способность следовать инструкции, обучаемость ребенка. На этом фоне эффективность работы других специалистов (педагога-психолога, дефектолога, логопеда, АВА-тераписта и др.) существенно возрастает.

Применение СМК в течение многих лет позволяет сделать вывод, что метод является эффективным средством преодоления проявлений дизонтогенеза у детей с РАС. Наиболее результативен комплексный подход, когда СМК сочетается с другими адекватными методами психолого-педагогической коррекции.

**Т.Ф. Суслова**

## АНОМИЯ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МИГРАНТОВ

**ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница (Москва).**

Среди многих проблем, стоящих перед российским обществом, одно из важных мест занимает проблема адаптации мигрантов и связанные с ней проявления отклоняющего поведения мигрантов, угрожающего социальной безопасности страны и препятствующего позитивному развитию межнациональных отношений. В этой ситуации важным является формирование конструктивного поведения мигрантов, которое поможет им эффективно справляться с трудными жизненными ситуациями, возникающими в процессе адаптации к новым социокультурным условиям. Неспособность мигрантов конструктивно разрешать проблемы часто приводит к формированию отклоняющего поведения у них или усиливает многие его виды. Такое поведение и ситуация, связанная с ним, может рассматриваться как форма выражения аномии.

Термин «аномия» ввел Э. Дюркгейм для объяснения отклоняющего поведения – суицида, негативного настроения, апатии, разочарования, противоречивого поведения и др. Р. Макайвер определяет аномию, как разрушение чувства принадлежности индивида к обществу, которое выражается в разрушении нравственных норм и ценностей, отсутствии чувства преемственности, долга [цит. по 4].

Нами в 2014-2016 гг. проведена серия эмпирических исследований, в котором приняли участие 686 трудовых мигрантов в возрасте 35–47 лет, прибывших из стран Средней Азии (354 человека), Украины (190 человек) и Молдавии (142 человека).Исследование проводилось с помощью метода полуструктурированного интервью, метода транссимволического анализа и комплекса психологических методик.В данных тезисах мы выделим только результаты, которые характеризуютпричины проявления аномии. Это:

1) неспособность принять новую реальность и новые социальные роли;
2) проявление отчужденности, которая выражается в недостаточной интеграции мигрантов и отстраненности от окружающего мира;
3) трудности в реализации личностных потребностей, социальных и личных интересов;
4) низкий уровень социальных и психологических ресурсов адаптивного поведения;
5) низкий уровень социальной, трудовой и поисковой активности;
6) деструктивные жизненные стили, к примеру: «Я - невинная жертва»;
7) наличие установок и ожиданий от России в полном принятии и обеспечении их социальными и экономическими благами, что приводит к бескомпромиссным суждениям и поступкам;
8) деструктивные субъективные представления об основных жизненных задачах, связанных с миграцией и характером их решения;
9) трудности в проявлении рефлексии собственной деятельности и социальной жизни;
10) низкий уровень способности к планированию и проявлению гибкости в поведении [3];
11) наличие ситуации коротких жизненных планов. В.В. Кривошеев короткие жизненные проекты понимает как «рассчитанность людьми своих индивидуальных планов, видение ими своих перспектив (социальных, экономических, духовных, семейных) на непродолжительное время» [1, с. 79]. Короткие жизненные планы приводят к формированию установки «заработать и отправить деньги домой», при этом используются любые формы заработка, в том числе криминальные;
12) неадекватность самооценки, наличие пессимизма и утрата или неверие в перспективы, что приводит к формированию социально-агрессивного поведения;
13) наличие серьезных переживаний своей невостребованности на родине и в России. В высказываниях мигрантах часто звучали такие слова: «Россия не принимает (или не хочет принимать, или отвергает), а на родине нет работы (или родина не может предоставить работу).

К формам работы с мигрантами, с нашей точки зрения, являющимся наиболее эффективными, можно отнести технологии, разработанные в рамках конструктивистского подхода. К достоинствам конструктивистского подхода относят возможность использования разработанного на его основе психологического инструментария для исследования социально-психологической адаптации мигрантов и оказания им помощи в решении проблем, возникающих у них в ситуации затруднённого приспособления к условиям новой среды [2]. Наша психологическая практика показала эффективность использования технологий в оказании помощи мигрантам, разработанных в рамках конструктивистского подхода, к примеру, авторской виртуально-когнитивной технологии «Коммуникативно-культурный ассимилятор», виртуально-когнитивной технологии «Генеральная уборка».

Данную работу необходимо проводить постоянно, так как число приезжающих в Россию, как и в другие страны мира, с каждым годом будет расти.

ЛИТЕРАТУРА

1.Кривошеев В.В. Аномия современного социума: господство коротких жизненных проектов // Вестник Калининградского филиала СПб университета МВД России. – 2009. - № 2. – С. 79-84.

2.Моросанова В.И., Нестерова А.А., Суслова Т.Ф. Факторы позитивной адаптации мигрантов: анализ теоретических подходов // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. - № 5. – С. 104-116.

3.Нестерова А.А., Суслова Т.Ф., Ефремова Г.И. Роль осознанной саморегуляции в процессе социокультурной адаптации мигрантов // Вопросы психологии. – 2016. - № 5. – С. 37-47.

4.Харитонова Е.В. Психологические характеристики аномии // Личность в изменяющихся социальных условиях. Сборник статей II Международной научной практической конференции. – Красноярск: Красноярский гос.пед. ун-т.им. В.П. Астафьева. – 2013. – С. 142-150.

**М.О. Суханова**

## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ И ХОДА РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАС В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

**МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва).**

Множество работ зарубежных и отечественных исследователей посвящено проблемам психической депривации, госпитализации ребенка отдельно от близкого взрослого и привычного окружения. Недостаточно представлены исследования, описывающие специфику психологических трудностей ребенка, который сопровождается взрослым. В настоящее время в связи с усовершенствованием больниц широко распространены отделения, в которых созданы условия для круглосуточного совместного пребывания детей вместе с родителями на протяжении всего периода госпитализации. По мнению педагогов, во многих случаях обеспокоенность родителей состоянием ребенка затрудняет его адаптацию, препятствует формированию социальных навыков.

Теоретическая и практическая новизна данного исследования заключается в сравнительном анализе особенностей психического состояния и поведения детей в разных социальных ситуациях.

Исследование основано на изучении особенностей социального взаимодействия детей с РАС от 3 до 5 лет на модели уровневой эмоциональной регуляции, разработанной В.В. Лебединским совместно с М.К. Бардышевской. Преимуществом данной модели является то, что она не имеет возрастных ограничений, поэтому позволяет описать различные варианты развития детей дошкольного возраста. В ней учитывается социальный контекст, что делает возможным проследить особенности взаимодействия ребенка со взрослым и со сверстниками. В результате выделения ведущего уровня эмоциональной регуляции и наблюдения за ребенком в динамике определяется эмоциональный профиль, что важно для диагностики и прогноза.

В исследовании приняли участие 20 детей, госпитализированных в психиатрическую больницу г. Москвы. Исследование заключалось в сравнительном анализе групп детей, находящихся в отделении с родителем, а также без родителя. Для выделения устойчивых паттернов, изучения динамики взаимодействия детей друг с другом использовался метод среднесрочного лонгитюдного включенного наблюдения за вербальными, невербальными проявлениями и символической активностью детей. Наблюдение за группой детей проводилось регулярно в течение госпитализации 1-2 раза в неделю. Оно осуществлялось в условиях пребывания в игровой комнате с элементами развивающих занятий.

Гипотеза данного исследования представлена предположением о том, что детям, госпитализированным в сопровождении близкого взрослого, будет сложнее социализироваться в группе сверстников на первых этапах проведения занятий, однако последующая динамика возрастет по сравнению с детьми, которые не контактируют с родителями на протяжении продолжительного времени. Гипотеза о том, что дети из первой группы испытывают большие трудности в построении контакта, чем дети из второй группы, подтвердилась. Однако, при длительном взаимодействии дети из первой группы готовы к кратковременному, но близкому контакту с взрослым. В то время как дети из второй группы быстро вовлекаются в совместную деятельность, но возможности контакта остаются на поверхностном уровне. Можно предположить, что это связано с травматическим переживанием госпитализации или отсутстви-

ем накопленного хорошего опыта, несформированной привязанностью с родителем.

В обеих группах - выраженные трудности в формировании контакта детей друг с другом, участии в совместной игровой деятельности. Было выявлено, что:

1.Вследствие контакта со взрослым/ребенком у детей из обеих групп наблюдается перевозбуждение, использование моторной разрядки.

2.Дети с родителями взрослого воспринимают как более предсказуемого, другой ребенок для них непонятен, опасен. Для детей без родителя другой ребенок – потенциальный соперник за внимание взрослого, а взаимодействие со взрослым является формальным (позиция подчинения, заученные паттерны поведения с целью манипуляции).

3.Дети с родителями в коммуникации со взрослым переходят на более высокий уровень символического реагирования. Для детей без родителей характерен переход на более низкие уровни эмоциональной регуляции, появляются архаичные переживания, регрессивные паттерны поведения.

4.У детей с родителями отмечается полярное реагирование на присутствие других детей, два типа реакций: нежелание находиться в одном пространстве и игнорирование. У детей без родителей разнообразные и сложные формы реагирования: проявления в символической форме и менее видимые варианты следования за другим.

5.У детей с родителями способность к подражанию не выражена. У детей без родителей присутствует заражение эмоциональным возбуждением.

6.У детей с родителями фон настроения сглаженный, имеются переходы между разными состояниями. У детей без родителей наблюдаются неустойчивые эмоциональные состояния, истероморфные реакции.

7.Реакции детей с родителями можно прогнозировать, дети без родителей не поддаются прогнозу.

Таким образом, дети из обеих групп сосредоточены на обеспечении постоянства вокруг себя. Поэтому более ориентированы на взрослого, чем на сверстников. Так они получают ощущение безопасности и контроля над происходящим.

**Д.В. Сухих[1], М.В. Злоказова[1], И.А. Бочарова[2]**

## ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

**[1]Кировский государственный медицинский университет, [2]Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева (Киров).**

Согласно эпидемиологическим исследованиям отмечается рост количества детей младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами (ППР) (Капланская И.Л. 2011, Макушкин Е.В. 2015), значительную часть среди которых составляют расстройства поведения (РП) (Баранов А.А. и др., 2012; Васильева Л.В. и др., 2015). Активно изучаются биологические и социально-психологические факторы, способствующие формированию РП и определяющие выбор лечебно-реабилитационных и профилактических программ (Макушкин Е.В. и др., 2016; Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В., 2016). Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью выявления факторов, способствующих возникновению РП у младших школьников для разработки программ индивидуальной полипрофессиональной терапии.

**Цель исследования:** проанализировать факторы, способствовавшие формированию расстройств поведения у детей младшего школьного возраста.

**Материалы и методы:** было обследовано 66 детей младшего школьного возраста (1-4 классы) с РП, проходивших лечение в детском дневном психиатрическом стационаре (ДДПС) № 3 КОГБУЗ КОКПБ на базе общеобразовательных школ г. Кирова (№№ 18, 21, 60) в период с 2015 по 2017 гг.. Средний возраст пациентов 8,5±1,5 лет. Из них 58 мальчиков (84,1%) и 11 девочек (15,9%). Использовались **методы:** клинический, экспериментально-психологический (методика – «Анализ семейных взаимоотношений», (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1987) и статистический (описательная статистика).

**Обсуждение результатов**. Среди младших школьников с РП преобладало гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1) – 53,0% пациентов. Вызывающее оппозиционное расстройство поведения (F91.3) наблюдалось у 16,7% обследованных, среди них на фоне СДВГ - 6 чел. (54,5%). Они игнорировали просьбы взрослых, намеренно досаждали сверстникам, обвиняли других в своих ошибках и трудностях, провоцировали конфликтные ситуации в школе и дома, но при этом отсутствовали нарушения законов и прав других, выраженная агрессивность и диссоциальная деятельность.

У 25,7% пациентов выявлялись РП (F91), характеризующиеся стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, жестокостью к окружающим, откровенным непослушанием, вспышками гнева. Среди них наблюдались: расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91.0) - 17,7%, несоциализированное (F91.1) - 47,0% и социализированное расстройства поведения (F91.2) – 35,3%.

У 4,5% школьников были выявлены смешанные расстройства эмоций и поведения (F92).

В 78,7% случаев РП сопровождались сложностями в обучении, обусловленными не только проблемами в поведении, но и наличием расстройств учебных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия) – 74,2%, когнитивных - 53,6% и эмоциональных нарушений – 40,9%. Расстройства сна неорганической

природы были выявлены у 10,6% обследованных, заикание – 4,5%, тикозные расстройства (моторные и/или вокальные тики) – 6,1%, ночной энурез – 3,0%,.

Перинатальные поражения ЦНС имелись в анамнезе 65,1% пациентов, из них гипоксические поражения – 65,1%, травматические – 9,3% и смешанные (гипоксические, травматические и дисметаболические) – 30,2%. Внутриутробные инфекции перенесли 7,2% пациентов (цитомегаловирусная инфекция – 3,0%, краснуха – 1,4%, герпетическая инфекция – 3,0%).

Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям отмечалась у 63,6% пациентов. Алкогольная зависимость у родственников – 25,8%, умственная отсталость – 6,1%, эпилепсия - 4,5%.

Неблагоприятные социально-экономические факторы в семьях отмечались в 72,7% случаях. В неполных семьях воспитывались 31,9% обследованных, в малообеспеченных – 16,7%, при этом часто нарушались санитарно-гигиенические условия воспитания ребенка (нет своего уголка для занятий и/или спального места, чистота одежды и самого ребенка не соответствует гигиеническим нормам). Вредные привычки у родителей имелись в 66,7% семей, злоупотребление алкоголем - 56,1%, никотиновая зависимость – 62,1%.

Патологические типы семейного воспитания были выявлены в 48,5% случаев. Из них гипопротекция наблюдалась в 34,3% семей (родители мало интересовались своим ребенком, недостаточно контролировали и предъявляли мало требований к нему). У этих детей РП во многом были обусловлены эмоционально-волевыми нарушениями и усилением неустойчивых черт характера. При жестоком обращении родителей с детьми – 21,9% семей - РП провоцировались строгими наказаниями даже за незначительные нарушения. Воспитание по типу «Потворствующая гиперпротекция» наблюдалось в 43,8% (родители защищали ребенка от малейших трудностей, восхищались и преувеличивали действительные способности своего ребенка). РП у детей в таких семьях возникали в условиях ущемленного самолюбия и утраты внимания.

**Выводы:** в развитии РП у младших школьников ведущую роль имеют: перинатальное поражение ЦНС, неблагоприятные условия семейного воспитания с преобладанием потворствующей гипопротекции, наследственная отягощенность психическими расстройствами и зависимостями, а также проблемы в учебе, обусловленные наличием расстройств учебных навыков и когнитивными нарушениями.

Необходимо учитывать полученные сведения для разработки полипрофессиональных психокоррекционных и психопрофилактических программ.

**Т.В. Таланова**

## ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НАСИЛИЯ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РАСОВЫХ И ЭТНИЧЕСКИХ МЕНЬШИНСТВАХ В США

**Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова (Чебоксары).**

В условиях глобализации большое значение приобретает исследование международного опыта для возможности «переноса» каких-то частей или элементов этого опыта в отечественную практику. Несомненный интерес представляет решение проблем насилия и девиантного поведения детей и подростков в расовых и этнических меньшинствах в США, где этим занимаются Офис ювенальной юстиции и предотвращения правонарушений (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention – OJJDP) и общественные организации. Многочисленные исследования молодежи в племенах США в рамках системы правосудия по делам несовершеннолетних показывают неравное отношение системы правосудия по делам несовершеннолетних к таким меньшинствам. Это отражается в отсутствии доступа к лечению, услугам и другим ресурсам, которые может получить молодежь, а также к факторам риска, которые могут спровоцировать молодых людей на девиантное поведение. Правительство США признает 5662 племен индейцев и коренных народов Аляски, большинство из которых имеют свой собственный язык и культуру. Вопросы юрисдикции, связанные с преступлениями в отношении молодежи в племенах индейцев и коренных народов Аляски, могут подпадать как под федеральную, государственную, так и юрисдикцию племенных систем правосудия [1].

На практике это отражается в том, что молодые люди из племен на 50% чаще, чем белые подростки, получают карательные санкции, такие как задержание после вынесения судебного решения или отказ от участия в суде взрослых. Еще один из наиболее ярких примеров можно найти в работе федеральной системе правосудия: 60% случаев федерального правосудия по делам несовершеннолетних составляют молодые люди из племен индейцев и коренных народов Аляски. Такая статистика показывает, что в системе правосудия по делам несовершеннолетних подростки из племен индейцев и коренных народов Аляски не только представлены непропорционально, но и то, что их преимущественно заключают под стражу в государственные и федеральные исправительные учреждения, которые находятся далеко от земель племен индейцев и коренных народов Аляски. Это может отрицательно сказаться на их способности успешно реинтегрироваться в общество [3].

Подверженность насилию является одной из наиболее тревожных проблем, стоящих перед молодежью таких племен. По данным Комиссии по вопросам правопорядка, у племен индейцев показатель посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди молодежи племен соответствует или превосходит уровень ПТСР среди военнослужащих, которые служили в войнах в Афганистане, Ираке и

Персидском заливе. Другая серьезная проблема для молодых людей из племен индейцев и коренных народов Аляски – это алкогольная зависимость. Ее показатель самый высокий среди молодого населения любой другой расовой или этнической группы [4].

По результатам исследований разрабатываются программы, ориентированные на молодых людей племени и особые проблемы, с которыми они сталкиваются. Одна из них - «Развитие жизненных навыков у молодежи племени Зуни». Это школьная программа предотвращения самоубийств для подростков с синдромом анорексии, учитывающая культурные особенности племени. Учебная программа была разработана для учащихся 9 и 11 классов в соответствии с нормами и ценностями племени с целью снижения поведенческих и когнитивных факторов, связанных с суицидальным мышлением и поведением [4].

Программа «Круг общения племени Чероки» была разработана специально для восьмого по величине племени индейцев в штате Оклахома. Она рассчитана на культурно-ориентированное вмешательство, направленное на предотвращение употребления психоактивных веществ среди подростков индейских племен и племен Аляски [4].

Следующий вид программ – это программы, направленные на предотвращение злоупотребления табаком, алкоголем и другими наркотиками подростками Аляски и индейцами. Посредством когнитивных и поведенческих методов, адаптированных к культурным прерогативам и реалиям жизни молодых людей из племен, их обучают навыкам общения, умению справляться с трудностями и случаями дискриминации [2].

Программа-проект – экспериментальная программа на открытом воздухе, нацеленная на работу с молодыми людьми в племенах, находящихся в группе с повышенным риском. Программа концентрируется на культурных ценностях племен - таких как изучение естественного мира, духовного сознания, семьи и уважения, для того чтобы формировать здоровое, просоциальное развитие [4].

Понимание уникальных культурных различий молодежи из племени и различных факторов риска и защиты, с которыми она сталкивается по сравнению с молодежью других рас и вероисповедания, является важным шагом в развитии комплексных и приемлемых с точки зрения их культуры услуг по профилактике и лечению молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таланова Т.В. Американская система психолого-педагогического сопровождения детей с девиациями в поведении / Т.В. Таланова // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. - 2012. - № 10. - С. 163-170.

2. Таланова Т.В., Шиканова А.Н. Взаимодействие правоохранительных органов и социальных служб с несовершеннолетними с девиантным поведением в США // Совершенствование системы высшего образования: опыт и перспективы. Материалы VIII Международной учебно-методической конференции / Под редакцией А.Ю. Александрова, Е.Л. Николаева. 2016. С. 460-464.

3. Arya, Neelum, and Addie Rolnick. 2009. «A Tangled Web of Justice: American Indian and Alaska Native Youth in Federal, State, and Tribal Justice Systems.» Campaign for Youth Justice Policy Brief 5: 1–25.

4. Tribal Youth in the Juvenile Justice System. URL: https://www.ojjdp.gov/mpg/litreviews/Tribal-youth-in-the-Juvenile-Justice-System.pdf (дата обращения: 11.07.2017).

**О.И. Тарасова**

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПРОБЛЕМА ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНТЕНСИФИКАЦИИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

**Академия русского балета им. А.Я.Вагановой (Санкт-Петербург).**

Научное понятие о здоровье - одновременно и медицинское, и культурно-историческое, и социально-психологическое. Тема здоровья актуальна для всех времен и народов, для отечественной науки она относительно молода. Общепринятое и унифицированное понятие «здоровье» - задача ближайшей научной перспективы. Согласно уставу Всемирной организации здравоохранения здоровье - это одновременно отсутствие болезней и/или физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие. Здоровье человека одновременно включает в себя телесное существование, душевное, духовное бытие. Здоровье личности - базовая ценность в жизни человека и общества. Здоровье человека и его адаптация (социальная, психологическая), рост развития во многом зависят от благоприятной социокультурной среды. Параметры психологического, нравственного, эстетического и пр. здоровья являются достоянием зрелой, взрослой личности,

Нельзя считать психологически, культурно, духовно, нравственно здоровыми людьми представителей различных девиаций, в том числе социальных инфантилов. Для последних невозможна актуализация субъектных свойств личности, таких как способность к самоопределению, самодеятельности, самообразованию, нормотворчеству, ответственности, суверенности, самоповедению. В условиях постмодернистского релятивизма и нестабильного общества все модели теории и практики становления и социализации человека становятся недееспособными. Дегуманизация общества связана с существенной трансформацией социальных, информационных, культурных и психологических условий развития детей. Духовное отчуждение связано с утратой личностью, группами и общество способности к духовно-

практическому, духовно-творческому освоению мира, рационализации и формализации ценностей и невозможности их воплощения в индивидуальной и общественной жизни. Процесс духовного отчуждения ведет к нарастанию девиантного поведения и утраты здорового образа жизни. Возможно ли сохранить психологическое, духовное, нравственное и даже физическое здоровье в условиях духовной и культурной инволюции социума, развития процесса духовного отчуждения, дегуманизации человека и его расчеловечивания?

История классической информационно-трансляционной педагогической парадигмы и классно-урочной системы связана с развитием индустриального общества, становление массовой грамотности, массового образования и массовой культуры. По данным здравоохранения, старт обучения в системе образования сопряжен с многочисленными рисками на физическом, психосоматическом и психической уровне. В настоящее время существуют многочисленные факторы риска, воздействующие на здоровье детей. Например: чрезмерная информационная нагрузка, интенсификация процесса обучения, стрессовая тактика педагогических технологий, несоответствие методики и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям человека, несоблюдение элементарных - физиологических, гигиенических - требований к организации учебного процесса и другие.

Интенсификация учебного процесса идет различными способами. Фактическая учебная нагрузка, по данным статистики институтов РАО, как в общеобразовательных школах, так и в лицеях и гимназиях со специальными уклонами, давно вышла за пределы допустимых психологических норм здоровой интериоризации и ее гармоничного и целостного осознания. Аналогичная проблема с внешкольной учебной нагрузкой на обучающихся. Соответственно и содержание и объем учебной нагрузки растут, растет количество учебных предметов, учебного времени. Вместо интенсификации образования возникает проблема «информационной интоксикации» сознания личности, и открываются возможности для процесса дегуманизации человека. В ситуации чрезмерной интенсификации возникают стресс, переутомление, предпосылки для развития острых и хронических нарушений, психических, нервных, психосоматических и других заболеваний. Попытки системы образования реализовать проекты здоровье сберегающих технологий - это попытки скорее теоретические, нежели практические (работающие как болеутоляющее), затратные и неэффективные, не решающие саму суть проблемы здоровья человека.

Современный мир стремительно меняется, и современное общество вынуждено привыкать не к самим переменам, а к скорости перемен. А система образования оказалась в своеобразной «ловушке времени» и не изменяется со времен Я.А. Коменского. Информационно-репродуктивная система трансляции оказалась также и своеобразной информационно-психической и мировоззренческой ловушкой, однако при всех критических и многочисленных дебатах, посвященных современным решениям проблем модернизации, обновления, поиска новых стратегий и перспектив развития образовательной системы, решения не найдено. По-видимому, найти его в старой системе научных координат затруднительно. Необходима подлинная, фундаментальная «образовательная метаморфоза», которая в своей многополярности сможет целостно учесть все разнообразие факторов, возвращая человеку подлинное здравое и здоровое рациональное мышление.

**Е.Н. Терентьева**

## САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

В современном мире остро встает проблема детского суицида. Психология рассматривает этот феномен с точки зрения нарушения социально-психологического здоровья в условиях социальных макроконфликтов. Совокупность суицидентов представлена тремя категориями людей: лицами с психотическими расстройствами, с пограничными нервно-психическими расстройствами и здоровыми в психическом отношении людьми [1].

Согласно статистическим данным Россия занимает по самоубийствам подростков первое место в Европе. Ежегодно в России происходит 4 тысячи попыток самоубийства среди детей и подростков, из которых 1,5 тысячи оканчиваются смертью подростков, 200 – детей.Стоит заметить, что если в среднем по России на 100 тысяч человек приходится 38 суицидов, то в республике Марий Эл - 57. Причем попыток суицида в Марий Эл регистрируется каждый год в 20 раз больше [5].

Большинство зарубежных ученых считает, что психологический смысл суицидального поведения - некий «крик о помощи». Например, Э. Дюркгейм считал, что самоубийство более вероятно, когда человек испытывает недостаток социальных отношений. У подростков социальной причиной может стать изоляция в классе, дизадаптация в новом коллективе. По мнению многих отечественных исследователей, большинство подростковых суицидальных действий направленп не на самоуничтожение, а против окружения, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе. Речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидального поведения для достижения цели [1].

Несмотря на большое количество исследований, направленных на изучение факторов возникнове-

ния и причин суицидального поведения, вопрос суицида среди подростков, имеющих физические и соматические патологии, является малоизученным и представляет в настоящее время научно-практический интерес. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) составляют особую группу риска актуализации суицидальных тенденций [3]. Н.С. Морова подчеркивает, что «...проблема социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья есть не что иное, как воспаленный нерв социальной экологии детства, поскольку количественный рост детской инвалидности, который наблюдается в ряде регионов, трансформируется в качественное изменение всего общества» [4, с. 142]

Различные варианты дизонтогенетического развития провоцируют разные формы суицидального поведения. Рядом исследователей выявлено, что дети и подростки с детским церебральным параличом находятся в группе риска по данному показателю. Этиологией возникновения попыток суицида у детей данной категории нарушений могут являться: потеря родительской любви, чувство отвержения и одиночества, недовольство внешним обликом [3].

Считается, что нарушения речи в большинстве случаев носят обратимый характер и могут быть преодолены в результате коррекционной работы. Однако речевые нарушения являются заметным фрустрирующим фактором для ребенка или подростка, создают эмоциональный барьер между ним и окружающими. Фиксированность на дефекте накладывается на индивидуальные психологические особенности.Совокупность данных факторов может стать основой для формирования суицидального поведения.

При наличии такой модели дисгармонического развития, как психопатии, также присутствуют суицидальные тенденции. Подростки с неустойчивым типом психопатии проявляют склонность к демонстративным суицидальным попыткам. Этиологией таких суицидальных актов является недостаток внимания со стороны определенных лиц, ущемленное самолюбие, желание заслужить ореол мученика. Суицидальные тенденции присутствуют также и при общем психическом недоразвитии [2].

Таким образом, можно сделать вывод, что суицидальное поведение является глобальной социально-психологической проблемой, затрагивающей молодой поколение, причем дети с ОВЗ ввиду особенностей их социально-психологического развития составляют особую группу риска. Различия в этиологии суицидального поведения могут быть обусловлены как характерными особенностями нарушения, так и личностными акцентуациями, что требует более внимательного отношения к проблемам социализации и психологического комфорта детей и подростков, реализации индивидуального подхода в работе с ними.

ЛИТЕРАТУРА

1.Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. - М., 1987. № 6. – С. 52-60.

2.Венерская Е.П. Суицидальное поведение у подростков с ограниченными возможностями здоровья // Гуманитарные научные исследования. 2016. № 4 [Электронный ресурс]. URL: http://human.snauka.ru/2016/04/14893 (дата обращения 18.07.2017).

3.Дашиева Б.А. Суицидальное поведение и его предпосылки у подростков с ограниченными возможностями здоровья: этнокультурные особенности / Б.А. Дашиева, С.В. Тюлюпо // Антропологическая психология в XXI веке: проблемы и перспективы: сборник материалов V Сибирского психологического форума. - Томск, 2013. – С. 82-85.

4.Морова Н.С. Научная школа «Социально-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья»: от зарождения традиций до современной практики // Социальная педагогика как наука, профессиональное образование и сфера социальной практики/науч. ред. В.М Басова, А.Б. Белинская, В.Г. Бочарова / ФГНУ «Институт социальной педагогики» РАО. - М., 2012. – С.140-151.

5.Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru, свободный (дата обращения 13.07.2017).

**Т.Е. Титовец**

## ИГРОВАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ РАСТУЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

**Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).**

В современном обществе множество молодых людей проявляет признаки социальной дизадаптации: они устают от взаимодействия с другими людьми, теряются в ситуации неопределенности, не интересуются происходящими событиями, утрачивают веру в себя и собственные возможности. Одна из причин этого явления состоит в том, что в ситуации ускорения социального времени и академической инфляции растущее поколение рано приобщается к учебной деятельности, недополучив опыта самостоятельной игровой деятельности в период дошкольного детства. Такая замена игровой деятельности различными формами приобретения знаний трактуется как игровая депривация.

Игровая депривация ребенка проявляется в общемировой тенденции к снижению возрастной границы для поступления в школу, в резком увеличении спроса на разные образовательные услуги и кружковые формы работы, почти полностью поглощающие свободное время ребенка, а также в растущей

конкуренции учреждений дошкольного образования между собой, главным критерием качества работы которых становятся формальные показатели поступления выпускников в элитные школы с высоким конкурсным отбором.

Лишение ребенка возможности заняться самостоятельной игровой деятельностью в дошкольном детстве негативно влияет на его социальное развитие. При длительном свободном общении со сверстниками во время игры ребенок может осознать последствия своей грубости, неосторожно высказанных слов и впредь контролировать свое поведение. Когда же этих последствий он не испытывает, социальное и эмоциональное развитие существенно замедляется. В свободной игре ребенок сам от начала до конца планирует свой собственный сценарий, план игры, прогнозирует последствия своих действий и таким образом учится лучше планировать и осознавать свою ответственность за исход игры: будет она развлекательной и интересной, зависит только от него самого. На организованных педагогом занятиях, даже если они протекают в игровой форме, ребенок вынужден придерживаться уже заранее подготовленного для него сюжета. Поэтому не вызывает удивления тот факт, что в культурах с регламентированными условиями воспитания, т. е. условиями игровой депривации, чаще фиксируются не только психические и адаптационные проблемы детей (детские неврозы и депрессии), но и дефекты развития мышления и творческой деятельности.

Игровая деятельность ребенка в свою очередь во многом определяется уже имеющимся у ребенка опытом организовать игровые действия, оценивать их адекватность заявленной цели. Испытав продолжительную игровую депривацию, дети фактически теряют эти ценные навыки и не могут играть самостоятельно даже тогда, когда им предоставляется такая возможность. Игры таких детей становятся однотипными, лишенными глубокого замысла. В то же время, в современную эпоху информационных технологий возрастает частота случаев самопроизвольной игровой депривации подрастающего поколения: даже если детей никто не лишает игры, их игра теряет свои качества занимательности, сложности и интриги – дети разучились играть так, как играли раньше.

В связи с этим в современной психолого-педагогической науке возрастает актуальность исследований, посвященных проблеме возрождения детской игры, определения способов управления свободной игровой деятельностью ребенка с целью максимального раскрытия ее развивающего потенциала. Педагогическая поддержка развития самостоятельной игровой деятельности может быть представлена различными направлениями: обучение детей длительной концентрации на одной и той же игре, помощь детям в составлении плана игры и его знаковой схематизации, создание средовых условий для организации детских игр и гибкого зонирования пространства и т. д. Различные формы педагогической поддержки игровой деятельности помогают сделать детскую игру сложнее, интерактивнее, более зрелой и многомерной, способной длиться продолжительный период. Чем игра сложнее, тем она интереснее и заставляет ребенка еще глубже вживаться в роль.

Игровая деятельность формирует у детей образ взрослости и понимание того, что любое действие несет свой смысл, имеет значение для достижения определенной цели. Именно эти две составляющие любой самостоятельной игры – наличие идеала и стремление к смысловому поиску – и являются гарантом последующей адаптации человека к существованию в социуме, делая его способным к постоянному целеполаганию и видению своего эталонного «я».

**И.А. Тишевской**

## ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛАКТАЦИОННЫХ КРИЗОВ

**Южно-Уральский государственный университет (Челябинск).**

Лактационные кризы (ЛК) являются одной из часто упоминаемых проблем в организации грудного вскармливания и налаживания качественного и эффективного взаимодействия матери с младенцем. Эти обусловленные восстановлением гормонального статуса временные изменения характера лактации (уменьшение объема лактации и/или изменение вкуса молока матери) и капризное поведение ребенка обычно описываются феноменологически в терминах «транзиторная гипогалактия» и «забастовки» младенца при попытках матери накормить его. В доступной нам литературе нет описания лонгитюдных исследований ЛК в течение первого года жизни младенца.

В представленном научно-исследовательском проекте на добровольной основе приняли участие 60 женщин и их младенцы. Исследование включало в себя видеосъемки кормлений грудью на 3-5 день после рождения, затем ежемесячно в течение первых шести месяцев, а также в 9 и 12 месяцев. Видеосъемки всегда проводились в первой половине дня в кабинете здорового ребенка ЛПУ, снимались второе или третье кормление. При оценке взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления грудью измерялась длительность сосания ребенка до начала подачи им как первых легких сигналов требования прерывания пищевого взаимодействия с матерью (напряжение тела, гримаса неудовольствия, ворчание, вскидывание ручек или подтягивание ножек). Также регистрировалось время подачи явных сигналов требования прервать кормление (отпускание груди, отворачивание или откидывание от нее, плач или резкие вытягивания

ножек, переход в сонное состояние). Кроме этого измерялись длительность и количество циклов «Сосание-Подача ребенком явных сигналов прервать кормление» и общая длительность кормления.

В указанные сроки также проводилось анкетирование женщин по вопросам, касающимся организации вскармливания ребенка, кроме этого учитывались данные обращений матерей за телефонными консультациями по проблемам пищевого взаимодействия с ребенком. По итогам года женщинам предлагалось самостоятельно заполнить анкету, в которой предлагалось в частности указать, были ли у нее трудности с налаживанием грудного вскармливания, предлагалось указать сроки и количество лактационных кризов.

В целом для лактационных кризов было характерно относительно внезапное их начало, при этом ребенок резко менял свое пищевое поведение, чаще всего неожиданно для матери. Анализ видеоматериалов выявил, что при ЛК ребенок обычно сначала подает четкие сигналы голода, а затем без видимых причин, вскоре после начала кормления начинает демонстрировать сигналы голода вперемешку с сигналами отказа от кормления грудью. При этом первым поведенческим признаком ЛК является ранняя подача ребенком легких сигналов требования прервать кормление, которые выглядят как волнение, неудовольствие и дискомфорт на фоне адекватного утешающего поведения матери. Так, если в среднем легкие сигналы требования прервать кормление подаются месячным ребенком на 2,5 минуте, в два месяца – через две минуты, а в период с 2 по 6 месяц – примерно через минуту после прикладывания к груди, то при ЛК эти сигналы подаются уже спустя 20-30 секунд после начала кормления.

Одним из наиболее информативных признаков ЛК является характер подачи ребенком явных сигналов о необходимости прервать кормление, например, чтобы сделать паузу для расслабления желудка по мере его растяжения поступающим молоком или чтобы получить утешение и эмоциональное поощрение; именно эти сигналы в конце кормления свидетельствуют о полном насыщении ребенка. Обычно дети в месяц подают данные сигналы первый раз через 3 минуты после прикладывания к груди, в 2 и 3 месяца – примерно через 2,5 минуты, в 4, 5 и 6 месяцев – чуть позже 1,5 минут. После первого эпизода подачи явных сигналов о необходимости прервать кормление младенцы возобновляют сосания до следующего аналогичного эпизода.

Таким образом, можно выделить циклы «Сосание-Подача явных сигналов о прерывании кормления», средняя длительность которых уменьшается от 3,5 минут в 1 месяц до 1,5 минут к 5 месяцам. Средняя продолжительность снятых на видео кормлений в течение первых 6 месяцев также постепенно уменьшалась с 493±55 секунд до 255±15 секунд, при этом общее число циклов «Сосание-Подача явных сигналов о прерывании» изменялось неравномерно. Так в 1 месяц за кормление регистрировалось в среднем 3,7±0,6 цикла, в 2 месяца – 4,6±0,8, в 3 и 4 месяц – около 6,5, а начиная с 5 месяца – около 5 циклов.

Для кормлений на фоне ЛК характерно, что явные сигналы требования прервать кормление подаются ребенком независимо от возраста уже примерно через минуту после начала кормления, длительность этих циклов значительно укорачивается, а их число за время кормления увеличивается более чем в два раза (12-15). При неспособности матери утешить ребенка, совладать с его противоречивым, протестным поведением, число таких циклов может превышать 20, а само кормление заканчивается негативным перевозбуждением ребенка.

Исследование распространенности ЛК выявило, что в течение первого года жизни ребенка с ЛК в разные сроки столкнулись 54 матери из 60 (90%), не наблюдались ЛК только у 6 из 60 (10%). Среднее число ЛК, с которыми столкнулись женщины в наблюдаемой группе, составило 2,5±2,1, а их средняя продолжительность была 4,6±0,4 дня. 16 матерей (26,7%) столкнулись с ЛК в два раза чаще всего в 1 и 3 месяц кормления грудью. 14 матерей (23,3%) столкнулись только с одним ЛК, чаще всего в период с 3 до 4 месяцев. 11 матерей (18,3%) преодолели три ЛК, 10 матерей (16,7%) – четыре, а 3 женщины (5%) столкнулись с пятью и более ЛК. При этом важно отметить, что при составлении итоговой анкеты из 54 матерей, имевших опыт преодоления ЛК в разные сроки, 36 женщин, т. е. 2/3 забыли об этом. Данный факт вытеснения информации о проблемах во взаимодействии с ребенком, на наш взгляд, ставит под сомнение возможность адекватного ретроспективного изучения распространенности и проявлений ЛК.

**Л.Н. Токмакова, И.Г. Гагаркина**

## КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕННЫХ НАВЫКОВ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА У ДЕТЕЙ

**НКО «Институт семьи» (Красноярск).**

В условиях современного развития информационного пространства обозначились проблемы речевого развития детей, такие как дисграфия и дислексия, по статистике выявляемые у 30%-65% дошкольников. Это является риском неготовности ребенка к началу школьного обучения, в дальнейшем некачественного овладения навыками чтения и письма, отставания от сверстников в учебе, перехода в разряд отстающих, это риск социальной дизадаптации, психосоматических расстройств, девиантного поведения. Гармоничное формирование личности ребенка напрямую зависит от создания родителями условий для его нормального психофизиологического созревания, роста, правильного воспитания и обучения. Проблемы школьного обучения часто связаны с предъявлением к ребенку завышенных требований, без

учета его состояния здоровья.

В рамках реализации социального проекта НКО «Институт семьи» нами в течение нескольких лет реализуется задача комплексной помощи детям для адаптации к школьному обучению, в освоении учебной программы с помощью методов нейропсихологической и нейрофизиологической диагностики и психокоррекции, семейного консультирования. В рамках программы нами проконсультировано более 200 детей дошкольного и младшего школьного возраста и их родителей в пяти образовательных учреждениях г. Красноярска. Выявленные проблемы детей обсуждались с педагогами, воспитателями. Коррекционные мероприятия проводились в школах и в условиях КПНД № 1.

Для обследованных нами детей характерны трудности поддержания достаточного уровня работоспособности, повышенная утомляемость. Стараниями дополнительных усилий здоровья, чтобы справиться с учебными задачами, часть детей пополнила группу психосоматики, пропуская школу и теряя интерес к учебе. Осознавая свой дефект, дети страдают и рады любым возможностям, позволяющим пропустить школьные занятия. Чем старше возраст ребенка с дислексией, тем более выражены симптомы психосоматических расстройств.

В течение первого года занятия с детьми проводились нами в группах кратковременного пребывания, затем индивидуально с теми детьми, которым требовались дополнительные мероприятия по лечению и психокоррекции. В совместных с родителями группах организовывались занятия по предупреждению и устранению дисграфии и дислексии, а формы и методы профилактики и коррекции рекомендовались родителям для проведения коррекционных занятий в домашних условиях. Качественным показателем работы являлся анализ индивидуальных карт ребенка.

Основные тенденции к потребностям у детей, которые выявлялись нами в процессе общения, - это материальное благополучие и достаток, отсутствие навыков справляться с жизненными трудностями, что отражают неконструктивные типы поведения самих родителей. Поэтому семейное консультирование и психотерапия значимы в нашей деятельности.

Нейропсихологическая коррекция эффективна в работе с детьми с эпилепсией. После проведенных коррекционных мероприятий у таких детей повышается подвижность нервных процессов, улучшается успеваемость. Для таких детей особенно полезны упражнения на гармонизацию работы правого и левого полушарий мозга. В школе часто не отмечают сдвиги на текущих занятиях у детей, прошедших курсы психо- и нейрокоррекции, но на итоговых проверочных работах эти школьники удивляют педагогов хорошими результатами.

Какие проблемы и ошибки в ходе практической работы выявлены? Периодически детей с симптомами аутистического спектра путают с сенсорными алаликами, особенно в раннем дошкольном возрасте. Симптомы анемии могут быть идентичны проявлениям слабой нейродинамики обусловленной органическим поражением мозга, отсутствие эффекта в случае проведения нейропсихологической активации мозга или даже обратный эффект – ухудшение состояния нейродинамики.

Не является правильным назначение определенных коррекционных мероприятий, активирующих деятельность высших психических функций, без инструментальных исследований головного мозга, таких как электроэнцефалография, реоэнцефалография и др. Проведение такого комплекса исследований у детей в ходе реализации нашего проекта, позволило выявить эпикомплексы у одного ребенка в ходе ночного мониторинга, а у другого ребенка в ходе комплексного обследования выявлен объемный процесс, следствием которого было нарушение поведения мальчика. При проведении диагностических тестов у таких детей важно обращать внимание на патологически повышенную переключаемость внимания (в корректурной пробе превышает норму в 4-5 раз) или патологически замедленную переключаемость с частыми «зависаниями». Выявляется особенность ведения детей с невротическими симптомами, которые диагностируют как органическое поражение мозга. Такие дети в течение длительного времени наблюдаются у невролога, тогда как требуется психотерапевтическая помощь ребенку или всей семье. Поскольку дети рисуют свои проблемы лучше, чемговорят о них, для дифференциальной диагностики можно использовать проективные методики, такие как ТАТ, «Сказка», «Три дерева», «Рисунок семьи» и др.

Ошибки при постановке диагноза F70. Дети с серьезными нарушениями нейродинамики, быстро истощаемые, тормозные, часто не могут в выделенный промежуток времени показать свои возможности, умения, что приводит к ошибочному заключению и неверному диагнозу.Поэтому, чтобы правильно интерпретировать данные тестирования, например, при проведении теста Векслера, приходится проводить обследование в 2-3 приема из-за повышенной истощаемости ребенка или его застенчивости и повышенной тревожности. Дети с дискалькулией чаще других попадают под диагноз F70.

Отметить надо и методы работы с детьми с тяжелыми формами дислексии. Если они не умеют читать, соответственно – и писать тоже не умеют. Сюда относятся, в первую очередь, дислексии – мнестическая и агнозия на буквы и цифры. В этих случаях общеизвестными методиками читать их научить невозможно, поэтому используются авторские индивидуальные формы работы.

**Т.М. Трегубова**

# МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ

**ФГБНУ «Институт педагогики, психологии и социальных проблем» (Казань).**

Социально-психологическая и педагогическая поддержка обучаемого на любом уровне образования является сегодня необходимым условием и критерием эффективности функционирования учебного заведения в России и в странах с развитой рыночной экономикой. Это является своеобразным ответом на требование к образовательной организации в контексте Болонского процесса, активным участником которого является Россия с 2003 г., «иметь социальное измерение», то есть быть комфортным, удобным и безопасным для обучения учащегося в течение всей жизни [2, 3, 5].

Среди других показателей «социального измерения» учебного заведения можно выделить доступность и ментальную дружественность окружающей среды, хорошее расположение в городе или пригороде, комфортность и экологичность учебных помещений, прекрасное питание, наличие индустрии рекреации и спорта непосредственно на территории учебного заведения и др.

Данная проблема особенно актуализируется в последнее время в связи с нарастанием новых рисков, связанных с распространением терроризма и экстремизма, представляющих опасность для детей, молодежи, что требует создать систему их обучения, адекватно реагирующую на возрастающие террористические угрозы. И здесь большое значение придается системе «психолого-педагогического сервиса» в учебном заведении, способной наряду с непосредственно оказанием помощи и поддержки обучаемых также внести свой вклад в формирование у подрастающего поколения готовности к рискам и вызовам, с которыми они могут встретиться в ближайшем будущем, формировать те качества и ту систему ценностей, которая бы защищала их от влияния деструктивных идеологий, обеспечивала бы им «иммунитет от терроризма и экстремизма» [3, 4, 5].

Наше внимание к анализу деятельности служб помощи и поддержки учащейся молодежи за рубежом объясняется возможностью использования их опыта и результатов работы при организации аналогичных служб в российских учебных заведениях с учетом, конечно, особенностей российского менталитета и традиций отечественного образования.

В качестве примера приведем деятельность психолого-педагогической службы «Guidence» - «Гайденс», уже много лет успешно функционирующей в учебных заведениях стран с развитой рыночной экономикой.

Структура службы Гайденс представлена несколькими подразделениями (подслужбами), содержание деятельности которых сфокусировано на каком-нибудь конкретном направлении. Так, *оценочная, инвентарная служба* занимается сбором информации о каждом обучаемом и оценкой полученных данных с позиции прогнозов для его дальнейшего развития. Можно охарактеризовать ее как психодиагностическую и прогностическую службу.

Сотрудники службы используют ряд технологий исследования личности, взаимно дополняющих и контролирующих друг друга. Для получения данных, имеющих количественное выражение, разработана измерительная техника (личностные и ситуативные тесты, инвентарии, оценочные шкалы, проверочные списки и т. д.). Ситуативные тесты как разновидность лабораторного эксперимента служат для наблюдения за поведением учащегося в специально созданной ситуации. Так, например, для того чтобы проверить честность студентов, и**м** доверяют проверить их собственные контрольные работы, предварительно уже просмотренные преподавателем, который не оставил никаких пометок и исправлений. Педагог получает возможность пронаблюдать за поведением студентов и глубже понять их.

Российская педагогика и психология [1, 2] не отрицают возможностей применения тестирования в качестве психолого-педагогического метода исследования проблем обучения, анализа влияния условий жизни на психику ребенка, подростка, что очень важно для изучения интеллектуальных способностей, мотивации, речи и характера личности.

Следующее направление в деятельности службы “Гайденс” - *информативное.* Оно, как видно из названия, связано с популяризацией информационных материалов по вопросам деятельности службы “Гайденс”. В распространении и интерпретации информации участвуют педагоги и каунслеры, организующие индивидуальную или групповую работу.

В кабинете каунслера учащиеся могут ознакомиться со справочными изданиями по вопросам, например, выбора профессии. Здесь представлены проспекты высших и средних учебных заведений, университетские каталоги, брошюры и буклеты торговых, технических школ округа, издания местных профессиональных организаций, государственных учреждений, справочники о размерах стипендий, подписные издания частных компаний, содержащие сведения о путях приобретения профессий.

Главной особенностью службы является также то, что за обилием и внешним разнообразием выдаваемой информации, как правило, стоит тщательный ее отбор, который направляет устремления молодых людей в нужное обществу русло. Служба «каунслинга» (консультирования) - едва ли не самая важная часть общей системы “Гайденс”, так как именно через нее ведется непосредственное индивидуализированное воздействие на личность студента. Самая эффективная форма каунслинга - интервью, т. е. собеседование

каунслера с обучаемым, которое проводится, как правило, с соблюдением конфиденциальности. Поскольку общение носит как словесный, так и невербальный характер, выражение лица, жесты, движения, интонации - все имеет значение и создает определенный эмоциональный настрой. Чем отчетливей сформулированы понятия в процессе общения, тем больший смысл приобретают отношения каунслинга, тем осознанней и эмоциональней как общение, так и взаимодействие. Позиция каждогоучастника определяется его опытом общения. В связи с этим каунслер выступает в роли «эксперта», а учащийся - в роли «ассистента» [4-6].

*Служба контроля* за результатами программы прослеживает дальнейшую судьбу выпускников школы, университета. Делается это таким образом: спустя год, три, пять лет после окончания школы, ВУЗа выпускникам рассылаются анкеты. Школу интересует, насколько осуществились планы ее питомцев, какие проблемы возникли у них при переходе в «мир взрослых», считают ли они, что были в достаточной мере подготовлены к жизни.

Рассмотрение содержания и основных направлений сложившейся в системы «Гайденс» позволяет сделать вывод о том, что она представляет собой четкий механизм, действующий в соответствии с принципами научного управления. Он обеспечивает постоянное целенаправленное формирующее влияние на развитие личности каждого учащегося, выбор им жизненного пути, выработку соответствующего мировоззрения. Основные направления деятельности службы«Гайденс» вполне приемлемы для критического использования в нашей стране.

**Н.Г. Туровская**

## СУДОРОЖНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ И НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница (Волгоград).**

На нарушения когнитивного развития у детей с судорожными пароксизмами указывали и указывают многие отечественные и зарубежные ученые, занимавшиеся проблемами эпилептологии [2, 3 и др]. Однако, этиопатогенетические параметры заболевания, коррелирующие с наиболее грубыми нарушениями мышления у детей, до сих пор четко не определены. Также неясно, как влияют на интеллектуальные функции в детском возрасте неэпилептические пароксизмальные состояния [1].

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 102 ребенка в возрасте 6–8 лет и их родители (законные представители). Из принявших участие в исследовании детей 54 человека (52,94% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку пароксизмальные состояния, 12 человек (11,76%) – эпилептиформную активность на ЭЭГ без приступов в анамнезе.

В качестве эмпирических методов исследования использовались «Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005), методика нейропсихологической диагностики детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002). Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ полученных в ходе исследования данных показал, что наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ сочетается с недостаточностью динамического праксиса ($F=3,636$; $p=0,030$). Выявление эпилептиформной активности на ЭЭГ с высокой степенью вероятности сочетается со снижением функции динамического праксиса даже в ситуации отсутствия приступов ($F=4,351$; $p=0,040$). При этом у детей с приступами большее количество пароксизмальных состояний в анамнезе сопряжено с более выраженным нарушением данной функции ($F=3,707$; $p=0,021$). Нарушение динамического праксиса говорит о трудностях сукцессивного (последовательного) анализа и синтеза, проявляющихся, в первую очередь, в персеверациях, стереотипиях и других признаках инертности психики. Выраженное усиление инертности психической деятельности по мере течения заболевания значительно понижает подвижность мыслительных процессов, снижает возможности усвоения нового опыта, в том числе в процессе обучения, и может приводить к формированию интеллектуального дефекта.

Дисперсионный анализ выявил наличие статистически значимой связи между возрастом начала приступов и развитием визуального линейного мышления ($F=3,272$; $p=0,030$). Можно предположить, что рано начавшиеся в анамнезе приступы отрицательно сказываются на способности оперировать формально-графическими изображениями и мысленно структурировать симультанно представленную зрительную информацию. Важно отметить, что эта функция наиболее интенсивно развивается именно в раннем возрасте.

Дисперсионный анализ показал наличие статистически значимой связи между продолжительностью заболевания в анамнезе и нарушением речевого развития ($F=6,039$; $p=0,002$), развития понятийного логического ($F=4,560$; $p=0,008$) и понятийного речевого ($F=4,749$; $p=0,006$) мышления. Таким образом, продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста пароксизмальных состояний, в первую очередь, сопряжено с патологией развития у него речевых функций и связанных с речью форм мышления.

Дисперсионный анализ выявил прямую статистически значимую связь между количеством приступов и нарушением речевого развития ($F=3,789$; $p=0,020$), развития визуального линейного ($F=3,575$;

p=0,024), визуального структурного (F=3,389; p=0,029), понятийного интуитивного (F=3,223; p=0,036), понятийного логического (F=7,525; p=0,001), понятийного речевого (F=4,973; p=0,006), понятийного образного (F=3,640; p=0,023) мышления и общим снижением интеллекта (вплоть до глубокой интеллектуальной неполноценности) (F=3,588; p=0,025). Можно сделать предположительный вывод о том, что значительное количество приступов в истории болезни обладает более разрушительным и тотальным воздействием на головной мозг ребенка по сравнению с возрастом начала и продолжительностью заболевания в анамнезе, приводя порой к глубокой интеллектуальной неполноценности пациента.

Неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями динамического праксиса (F=5,850; p=0,020), развития визуального линейного (F=5,261; p=0,027), визуального структурного (F=5,695; p=0,022), понятийного логического (F=12,748; p=0,001), понятийного речевого (F=9,955; p=0,003), понятийного образного (F=6,717; p=0,013) мышления и патологией интеллекта в целом (F=7,217; p=0,010). Таким образом, можно предположить, что неэпилептические пароксизмы обладают гораздо меньшей степенью травматического воздействия на головной мозг ребенка по сравнению с эпилептическими.

**Выводы.** У детей с судорожными пароксизмами в анамнезе различные этиопатогенетические параметры заболевания по-разному сочетаются с нарушениями развития мышления. Чем раньше начинается заболевание, тем вероятнее страдает визуальное линейное мышление. Продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста пароксизмальных состояний, в первую очередь, сопряжено с патологией развития у него речевых функций и связанных с речью форм мышления. Значительное количество приступов в истории болезни обладает более разрушительным и тотальным воздействием на головной мозг ребенка по сравнению с возрастом начала и продолжительностью заболевания в анамнезе, приводя порой к глубокой интеллектуальной неполноценности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Нарушения психического развития у детей при пароксизмальных судорожных состояниях // Педиатр. – 2012. – № 4. – С. 10–12.

2. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. – М: МИА, 2007. – 568 с.

3. Tuxhorn I., Wyllie E. Should cognitive assessment be performed on children newly diagnosed with epilepsy? // Expert Review of Neurotherapeutics. – 2010. – Vol. – 10. – № 6. – P. 839–842.

**Ю.А. Фесенко**

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (Санкт-Петербург).**

По данным Минздрава России, показатели смертности населения РФ от самоубийств за период 2011-2015 гг. сохраняли тенденцию к снижению и в абсолютных цифрах снизились с 31 144 человек до 25 476 человек. Среди детей в возрасте от 0 до 17 лет – в 1,9 раза (с 3,0 до 1,6 на 100 тыс. населения). Среди подростков в возрасте 15-17 лет снижение данного показателя в 2015 г. составило 15,6% в сравнении с 2014 г. (с 9,6 до 8,1 на 100 тыс. населения). По оперативным данным Росстата, за период 11 месяцев 2016 г. показатель смертности населения от самоубийств превысил среднероссийское значение данного показателя (16,2 на 100 тыс. населения) в 45 субъектах Российской Федерации. Самые высокие показатели смертности населения от самоубийств отмечены в Чукотском АО (57,3), Республике Бурятия (48,3), Еврейской автономной области (44,1 на 100 тыс. населения).

На прошедшем 20 марта 2017 г. Всероссийском селекторном совещании «Проблема и профилактика суицидов среди несовершеннолетних» с участием представителей заинтересованных министерств и ведомств (МЧС, МВД, Министерства образования и науки, Министерство социальной политики и др.), органов исполнительной власти субъектов РФ и региональных уполномоченных по правам ребенка были представлены следующие данные: количество самоубийств несовершеннолетних в России по данным СКР: 2011 г. – 728; 2012 г. – 653; 2013 г. – 558; 2014 г. – 519; 2015 г. – 685; 2016 г. – 720.

Кризисно-профилактическое отделение СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» со службой Детский Телефон Доверия с общефедеральным номером предназначено для оказания психологической, психотерапевтической, психиатрической и профилактической помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации и добровольно обратившимся в связи с кризисными и иными опасными состояниями. В 2016 г. количество обращений по поводу суицидального поведения снизилось и составило 2,0% от всех причин обращений (2,9% в 2015 г.), по-прежнему лидирующими позициями среди причин обращений остаются школьная и семейная дизадаптация (38,0% и 33,8% соответственно), которые, по мнению специалистов, могут являться одними из факторов суицидального поведения подростков.

С начала 2017 г. было отмечено увеличение количества обращений в кризисно-профилактическое

отделение и на детский телефон доверия по поводу суицидоопасного поведения несовершеннолетних, в т. ч. по поводу их участия в интернет–сообществах суицидальной направленности. Если за весь 2016 г. количество звонков с суицидальной тематикой составило 306 (из них от участвующих в «группах смерти» - 28), то за январь-март 2017 г. – уже 205 (65 – из «групп смерти»); на очных приемах психиатров, психологов и психотерапевтов – 88 человек за весь 2016 г. (6 – из «групп смерти»), за январь-март 2017 г. – 32 (18 – из «групп смерти»).

Эти статистические «всплески», кроме прочего, могут быть связаны с широким освещением случаев суицида средствами массовой информации, что получило название: «эффект Вертера», и, согласно исследованиям, проведенным в различных странах, неизбежно вести к всплеску суицидального поведения.

Огромно в данном контексте и влияние Интернета. Созданный Роспотребнадзором в сотрудничестве со Следственным Комитетом России реестр ссылок с суицидальным контентом указывает на постоянный рост сообщений суицидальной направленности. С 2012 г. выявлено более 12000 сообщений (за прошедшие годы отмечается ежегодный рост количества внесенных ссылок в 3 раза). 59% материала приходит из социальных сетей и блок-платформ.

Протоколами селекторного совещания Министерства здравоохранения РФ и Министерств здравоохранения, Комитетов здравоохранения субъектов РФ «Профилактика самоубийств среди детей и подростков России» от 19.12.2016 г. и упомянутого выше Всероссийского селекторного совещании «Проблема и профилактика суицидов среди несовершеннолетних» от 20 марта 2017 г. была рекомендована разработка дополнительных мер по снижению смертности населения от самоубийств, в том числе среди подростков:

- по осуществлению межведомственного взаимодействия систем здравоохранения, образования, социальной защиты, по делам молодежи и спорта, органов Роспотребнадзора, МВД России, СК России, прокуратуры, государственных и муниципальных органов власти, общественных организаций, религиозных конфессий и СМИ;
- по совершенствованию суицидологической службы;
- по подготовке соответствующих кадров, в т. ч. детских и подростковых психиатров, психотерапевтов, психологов;
- по организации обучения навыкам раннего распознавания признаков суицидального поведения врачами других специальностей;
- по активизации антисуицидальной просветительской работы в СМИ (Интернет, ТВ, радио, пресса);
- по ограничению доступа к средствам самоубийства;
- по организации сбора и анализа информации о суицидальном поведении населения в регионе.

Секция «Профилактика асоциальных явлений: случаи суицидов среди подростков как социальная проблема современного общества» V Всероссийского форума «Наши дети», прошедшего 30.03.2017 г. в Санкт-Петербурге приняла следующие решения:

- В системе первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального поведения особая роль должна принадлежать продуманной системе взаимодействия специалистов: педагогов, психологов, медиков и социальных работников.
- В связи с этим необходимо восстановить психологическую службу в системе образования (не менее одной ставки психолога на 500 учащихся). Сделать наличие такой службы одним из критериев оценки эффективности работы региональной администрации.
- Вернуть в службы психологической помощи ставки детских психиатров, а в детские поликлиники – кабинеты психолога.
- Признать необходимым - при обучении специалистов и разработке конкретных программ профилактики и предотвращения суицидального поведения - акцентировать в качестве общего принципа субъект-субъектные отношения взрослого (учителя, психолога, психиатра, родителя) с ребенком, противопоставив этот принцип широко распространенному объектному (запретительному, директивному, инструктивному) стилю взаимодействия.
- В образовательные программы для родителей включить вопросы об эффективных и неэффективных формах взаимодействия с подростком в ситуации повышенного внимания общества к проблеме рисков суицидального поведения детей и подростков.

**М.Г. Фомушкина, Т.В. Раева**

## ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» (Тюмень).**

Расстройства поведения по своей медицинской и социальной значимости являются одной из наиболее актуальных проблем детской и подростковой психиатрии, так как имеют высокую распространенность (до 10%), нарушают социальную адаптацию и повышают риск развития противоправных действий у несовершеннолетних. При своевременно начатой комплексной реабилитации с учетом этиологических и

патогенетических факторов, возраста и клинической картины может происходить нивелирование личностных и поведенческих нарушений у подростков, их успешная адаптация в семье и обществе.

**Цель исследования:** разработать эффективную программу дифференцированной психотерапевтической и медико-социальной реабилитации пациентов подросткового возраста с расстройствами поведения в условиях круглосуточного психиатрического стационара.

**Материалы и методы.** Было обследовано 110 пациентов в возрасте 14-16 лет (из них мальчиков - 76,4%, девочек - 23,6%), учащихся общеобразовательных школ 8, 9 и 10 классов, проходивших лечение в детском и подростковом отделениях ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» с расстройствами поведения, отвечающим критериям МКБ-10 (F91.1; F91.2) с учетом синдромологической диагностики отечественной психиатрии и общим интеллектуальным показателем по методике Векслера не ниже 71 балла. Социализированные расстройства поведения (F91.2) составили 72,7%, несоциализированные (F91.1) – 27,3%. 52,7% подростков проживали в детском доме, 47,3% - в семье. Клинико-психопатологические исследование включало в себя оценку поведения подростка в семье, учебной среде, среди сверстников и особенности морально-этической сферы.

В результате проведенного исследования были выделены ведущие психопатологические расстройства в структуре расстройств поведения у подростков: пропуски уроков (85,5%), агрессивное поведение (81,9%, вербальная агрессия отмечалась у 55,5%, физическая агрессия – у 26,4%), уходы и бродяжничество (71,8%, психогенные уходы составили 34,5%, фиксированные уходы – 37,3%), делинквентное формы нарушений поведения (61,7%, правонарушения и поступки, не достигшие криминала присутствовали у 25,4%, криминальная делинквентность – у 36,3% пациентов).

При анализе и статистической обработке полученных данных были образованы три группы расстройств поведения: тип расстройств поведения с преобладанием физической агрессии наблюдался у 26,4% (преимущественно возбудимые черты характера, физические формы агрессии, оппозиционное отношение к взрослым, отсутствовали устойчивые отношения со сверстниками, это были преимущественно несоциализированные расстройства поведения), с преобладанием криминальной делинквентности – у 36,3% (неустойчивые черты характера, криминальная делинквентность, устойчивые отношения со сверстниками, невербальные формы агрессии, беспечный образ жизни, это были преимущественно социализированные расстройства поведения) и с преобладанием уходов и бродяжничества - у 37,3% пациентов (мозаичность черт характера, привычные фиксированные уходы, преимущественно физические формы агрессии, подражание родителям в асоциальном поведении, это были как социализированные, так и несоциализированные расстройства поведения). Каждый тип расстройств поведения имел свои особенности нарушения волевой регуляции с преимущественным дефицитом какого-либо ее компонента: когнитивного, нравственного и эмоционального.

Для оптимизации реабилитации подростков с расстройствами поведения в условиях круглосуточного психиатрического стационара была разработана программа, состоящая из шести блоков. Первый блок включал диагностику психопатологических проявлений, в том числе личностных особенностей и уровня развития волевой сферы у подростков. Основу второго образовательного блока составляла педагогическая коррекция, направленная на компенсацию отставания в школьном обучении и дальнейшее освоение учебной программы соответствующего класса подростками в учебном классе. Третий блок был представлен психофармакологической коррекцией расстройств поведения с учетом выявленного типа расстройства. Четвертый блок состоял из социально-психологической помощи подросткам и их семьям. Воспитатели, клинические психологи, социальные работники проводили занятия для развития творческого потенциала детей, изучения этических вопросов и культуры поведения в обществе, организовывали вместе с родственниками пациентов праздники, концерты, выставки. Пятый блок включал в себя межведомственное взаимодействие детских психиатров со специалистами департаментов образования, социального развития, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, подразделений по делам несовершеннолетних при УМВД по сопровождению подростков как до госпитализации в психиатрический стационар, так и после выписки из него с целью профилактики безнадзорности и правонарушений. Шестой блок был самым важным и включал коррекцию поведенческих расстройств и нарушений компонентов волевой регуляции. Для психотерапевтической коррекции нравственного и эмоционального компонентов волевой регуляции были разработаны Дневник саморазвития» и «Дневник чувств». Для коррекции когнитивной составляющей волевой регуляции использовались тренинговые занятия «Развитие самоуправления в проблемных ситуациях».

**Заключение.** Программа комплексной реабилитации подростков с расстройствами поведения позволила значительно снизить частоту госпитализаций в психиатрический стационар: в течение первого года после выписки из подростков, участвующих в исследовании, повторно в стационар никто не поступил, в течение последующего года поступили 14%, через два года - 16% пациентов.

**Т.В. Фурзикова, С.В. Полуосьмак**

## ДЕТСКАЯ ЖУРНАЛИСТИКА КАК СРЕДСТВО РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ДОМА ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА «ЮНОСТЬ»)

**ГБУ ДО ДДТ «Юность» Выборгского района (Санкт-Петербург).**

В настоящее время забота государства обращена на образование и развитие, сохранение психологического здоровья и благополучия детей и подростков. В фокус внимания попадает ряд аспектов важнейшей составляющей образования и развития детей школьного возраста: дополнительное и внеурочное образование. Привлечение школьников к социальной активности и творческой самореализации через СМИ и детскую журналистику дает интересные результаты и является ценным опытом к широкому распространению.

Творческое взаимодействие с группами подростков через журналистскую деятельность позволяет:

- увести подростков от социальных сетей и беспорядочного в них пребывания;
- создать команду участников, заинтересованных в активном действии с постоянно меняющимся конечным продуктом (новые номера газет, новые программы, новые рубрики, меняющиеся функции);
- создать устойчивое увлечение современной профессиональной деятельностью в сетевом взаимодействии со школами района среди учащихся старших классов;
- привлечь внимание подростков к вопросам профориентации на языке информационных технологий; дать полноценное представление о положительной стороне работы с информационными технологиями, мотивируя тем самым подростков на качественную учебу в этой области и в предметных областях (математика, физика), поддерживающих современные информационные технологии;
- посредством систематических занятий детскими СМИ и школьной журналистикой формировать у подростков уважение к слову, внимание к собственной речи и речи ровесников; формировать понятие толерантности в реальной жизни посредством работы с мотивирующим материалом в СМИ на занятиях.

ДДТ «Юность» ведет активную многолетнюю работу и является районным опорным центром по направлению «Детская журналистика и школьные СМИ». В рамках этого направления работает студия журналистики «Репортер», которая включает в себя: выпуск ежемесячной учебной газеты «Pizza»; участие студийцев в городских, всероссийских конкурсах и фестивалях; посещение тематических встреч и семинаров (в том числе – с ветеранами Великой Отечественной войны и блокадниками); общие встречи, выступления и праздники; посещение музеев Санкт-Петербурга; основы профориентации. Два раза в год юные журналисты приходят на запись прямого эфира Открытой студии на «Пятом канале», где изучают работу тележурналистов изнутри. У многих появляется мечта – поступить на факультет журналистики, поэтому ребята встречаются с преподавателями и знакомятся с телестудией факультета. Для разностороннего развития подросткам важно пробовать себя в разных ролях, что реализуется участием в творческих фестивалях, проведении тематических игр и квестов. Например, участвуя в городском конкурсе школьных СМИ, ребята справились с трудной задачей – за 10 часов создать полноценный новый выпуск газеты, что оказалось невероятным драйвом и дало возможность по-настоящему окунуться в мир журналистики. Сейчас на счету студии «Репортер» множество побед и наград за участие в различных журналистских конкурсах и фестивалях, в том числе всероссийских и международных.

Пятый год ДДТ «Юность» проводит открытый районный конкурс редколлегий школьных СМИ «Журналистский марафон». Это творческое состязание юных журналистов, которое способствует сотрудничеству школьных СМИ. Актуальность и отличительная особенность этого уникального для Выборгского района проекта - его формат. Конкурс состоит из четырех этапов, проводимых в течение двух недель. Для юных журналистов это настоящий марафонский забег: всего за два-три дня участникам нужно собрать материал, отредактировать, сверстать и выпустить целый номер – спецвыпуск школьной газеты. «Журналистский марафон» содействует развитию школьных СМИ, вовлекает десятки школ района и города в создание выпуска (межшкольной) региональной газеты ДДТ «Юность» «Школьный репортер», предоставляет школьникам трибуну для выражения собственного мнения; приобщает к литературному творчеству и способствует профессиональному определению и росту участников. Каждый год тема конкурса меняется, однако организаторы стараются связать тему со значимыми событиями города и страны: годом истории (2012) - «Мы делаем историю сами», годом окружающей среды (2013) - «Спасая природу – спасаем жизнь!», годом культуры (2014) - «Петербург – культурная столица!», годом литературы (2015) - «Литературный Петербург», годом семьи (2016) - «Все начинается с семьи». Например, в год литературы юным журналистам была предоставлена уникальная возможность взять интервью у Германа из «Пиковой дамы», Сонечки Мармеладовой из «Преступления и наказания» и даже у носа майора Ковалева из повести Н.В. Гоголя. Для проведения «Журналистского марафона» задействуется несколько культурных площадок Санкт-Петербурга. На факультете социальных технологий Президентской академии (СЗИУ РАНХиГ) в последние годы проводятся церемонии открытия и награждения, а также мастер-классы.

Опыт педагогов дополнительного образования, профессионально занимающихся в ДДТ «Юность» журналистикой с подростками, может быть успешно интегрирован в различных форматах проектной, внеурочной и досуговой деятельности образовательных учреждений, клубов и студий.

**И.В. Хабарова, Т.М. Кознева**

# ОСОБЕННОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

**КГАУ ДПО «Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», КГБОУ «Зеленогорская общеобразовательная школа-интернат» (Красноярск.).**

Современная образовательная практика обеспечения и сопровождения образовательного процесса обучающихся с умственной отсталостью (УО) требует не только специальных материально-технических условий, но и создания особых взаимоотношений внутри педагогического коллектива. Необходима также организация участия родителей в процессе обучения, обеспечение их понимания особых образовательных потребностей и возможностей детей.

Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с УО (интеллектуальными нарушениями) при обучении детей с умеренной, тяжелой, глубокой УО, тяжелыми множественными нарушениями развития предусматривает программу сотрудничества с семьей обучающегося. Программа включает в себя консультации, семинары, тренинги, занятия, беседы, собрания, домашнее визитирование и другие мероприятия, направленные на: психологическую поддержку семьи, воспитывающей ребенка-инвалида; повышение осведомленности родителей об особенностях развития и специфических образовательных потребностях ребенка; обеспечение участия семьи в разработке и реализации специальной индивидуальной программы развития (СИПР); обеспечение единства требований к обучающемуся в семье и в организации; организацию регулярного обмена информацией о ребенке, о ходе реализации СИПР и результатах ее освоения; организацию участия родителей во внеурочных мероприятиях. Целью реализации СИПР является обретение обучающимися таких жизненных компетенций, которые позволяют им достигать максимально возможной самостоятельности в решении повседневных жизненных задач, обеспечивают включение в жизнь общества на основе индивидуального поэтапного расширения жизненного опыта.

В реализации специальных индивидуальных программ развития участвуют все специалисты образовательной организации и родители обучающихся. Для успешной реализации программы необходимо междисциплинарное взаимодействие специалистов, участвующих в обучении и воспитании детей с интеллектуальными нарушениями. Его основой является взаимодействие специалистов, имеющих определенные методологические средства для реализации своих предметных областей, перенос которых на предмет их взаимного внимания осуществляется таким образом, чтобы эти средства можно было модифицировать, транслировать и использовать всемучастникам образовательного процесса.

В рамках деятельности пилотной площадки по введению федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с УО (Вариант 2) в КГБОУ «Зеленогорская общеобразовательная школа-интернат» были апробированы различные формы взаимодействия с родителями, направленные на обеспечение конструктивного взаимодействия специалистов организации и родителей (законных представителей) обучающегося (рис.1).

Рисунок 1. Схема взаимодействия участников образовательного процесса.

Деятельность учителей, обучающих детей с интеллектуальными нарушениями, включает в себя конкретные задачи по формированию представлений, действий, операций по каждой из рабочих программ учебных предметов и коррекционных занятий. Узкие специалисты осуществляют работу с обу-

чающимися, в ходе которой не только проводятся индивидуальные занятия непосредственно с детьми, но и осуществляется обучение родителей специальным упражнениям и играм, необходимым для развития ребенка и участия родителей в реализации программы сотрудничества с семьей. Также эти приемы работы знают и умеют применять в своей деятельности другие специалисты школы с учетом как дефицитов, так и ресурсных возможностей ребенка.

Таким образом, для успешной реализации специальных индивидуальных программ развития для детей с интеллектуальными нарушениями необходимо осуществление комплексного взаимодействия специалистов образовательной организации.

**О.З. Хайретдинов, Л.И. Рубакова**

## ВАРИАНТЫ РЕГРЕССА НАВЫКОВ ПРИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

**ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

В последние годы феномен регресса навыков при аутистических расстройствах у детей привлекает все большее внимание исследователей и специалистов в области детской психиатрии. Расстройства аутистического спектра представляют собой гетерогенную группу нарушений развития, при этом по современным представлениям, у значительной части пациентов (по разным данным, от 30% до 80%) отмечается утрата речевых, коммуникативных, двигательных навыков, а также навыков игры, самообслуживания и опрятности.

Сложности выявления феномена регресса развития связаны с различиями оценки достоверности родительских отчетов, в том числе с использованием домашних видеороликов. Тем не менее, многие исследователи выделяют «регрессивный аутизм» (ASD-R). Согласно недавно проведенному метаанализу 28 исследований, средний возраст регресса навыков составлял около 20 месяцев (Baird G. et al., 2008).

Чаще всего описывается и является наиболее узнаваемой как родителями, так и специалистами полная утрата речи, в то время как частичная потеря речевых навыков, особенно у детей с исходно ограниченным речевым репертуаром, диагностируется заметно реже и вызывает у специалистов определенные сомнения (Oslejskova H. et al., 2008). В меньшей степени в раннем возрасте обращается внимание на потерю начальных социальных навыков, зрительного контакта, первых проявлений имитационных игр. При более грубом течении аутистических расстройств отмечается регресс моторных и базовых адаптивных навыков самообслуживания и опрятности. Складываются представления о двух принципиально различных по механизмам вариантах регресса – постепенном на протяжении нескольких месяцев или лет и скоротечном в течение считанных дней или недель.

Актуальным представляется пересмотр клинического содержания, дифференциальных рамок и, по существу, целесообразность дальнейшего выделения диагностической категории «дезинтегративное расстройство детского возраста» (синдром Геллера), во многом утратившего в современной практической психиатрии нозологическую самостоятельность.

Нами выделены клинические варианты регресса, ассоциированные с определенными формами расстройств аутистического спектра и имеющие характерную динамику, различный прогноз и предпочтительную терапию на основании исследования 215 детей с детским аутизмом, синдромом Аспергера, детским типом шизофрении и атипичным аутизмом.

По нашим данным, регресс моторных навыков встречался почти в трети случаев детской шизофрении (31,0%) и органического аутизма (27,3%), значительно реже – при умственной отсталости с аутистическим поведением (8,2%) и синдроме Каннера (5,3%) и отсутствовал при синдроме Аспергера.

Регресс речи отмечен у многих детей с органическим аутизмом (43,2%), детской шизофренией (41,4%) и синдромом Каннера (31,6%). Считаем возможным частичный регресс и последующее отставание в развитии речи при сочетании синдрома Аспергера и раннего органического поражения головного мозга в отличие от мнения об обязательности при данном расстройстве опережения в речевом развитии на всем протяжении онтогенеза. Исключение диагноза синдрома Аспергера в пользу диагностики высокофункционального детского аутизма ввиду задержки развития речи, по нашему мнению, является недостаточно обоснованным.

При синдроме Каннера чаще других встречался вариант регресса ***психогенно-реактивного*** типа в ситуациях вынужденного изменения жестких стереотипов (сепарация, переезд, путешествие, госпитализация и пр.) Терапевтическая стратегия, по нашему мнению, должна включать седативные меры, как лекарственные, так и немедикаментозные (десенсибилизация, приближение к устоявшимся стереотипным условиям).

***Экзогенно-органический*** вариант регресса хронологически коррелировал с перенесенными инфекциями, интоксикациями, осложнениями вакцинации, черепно-мозговыми травмами и проявлялся разной степенью утраты навыков от незначительной (часто оценивалась родителями как «приостановка» в развитии) до грубого распада речи, навыков ходьбы и способности удерживать предметы руками. Последующая динамика также была различной, но чаще наблюдалась тенденция к восстановлению навыков,

как правило, частичному, сначала самообслуживания и двигательных, позже игровых и социально-коммуникативных. Симптомы собственно аутистического поведения заметно редуцировались, на первый план выходили грубые речевые и когнитивные расстройства. Обоснованным в терапии данного варианта представляется применение различных нейропротективных средств.

***Эндогенно-процессуальный*** вариант регресса навыков при ранней детской шизофрении в большинстве случаев не был ассоциирован с внешними факторами, реже отмечалась «провокация» экзогенно-органического или психогенно-реактивного типа. Восстановления, даже частичного, регрессивных явлений в случаях злокачественного течения заболевания не происходило. При приступообразном типе течения, напротив, можно было проследить компенсацию утраченных навыков в той или иной степени. Стоит отметить нередко возникающие сложности дифференциации собственно регрессивных (дефицитарных) явлений и имитирующих их эффектов продуктивных психопатологических расстройств (депрессивных, субступорозно-кататонических и др.) Необходима активная нейролептическая и антидепрессивная терапия.

Дальнейшее исследование феномена регресса навыков представляется перспективным в связи с расширением дифференциально-диагностических критериев и возможностями уточнения некоторых этиопатогенетических аспектов детского аутизма.

.

**И.Р. Хох, Е.А. Торгашева, Л.Р. Ахмадеева**

## ЛИЧНОСТЬ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

**Башкирский государственный университет, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа).**

Цель нашего пилотного исследования – изучить психологические особенности детей с инкурабельным заболеванием на небольшой выборке пациентов с различными нозологическими формами для определения общих личностных характеристик и предложения вопросов для более детального изучения.

В нашем исследовании приняло участие 37 детей. В выборку входили 11 детей, воспитывающихся в детском доме, с диагнозами по МКБ-10 «B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней», «E10 Инсулинзависимый сахарный диабет», «G12.0 Детская спинальная мышечная атрофия», «M41 Сколиоз» и «C70 Злокачественное новообразование мозговых оболочек», и 6 детей, которые воспитывались родителями, с диагнозами «E10 Инсулинзависимый сахарный диабет», «G12.0 Детская спинальная мышечная атрофия», «M41 Сколиоз» и «C70 Злокачественное новообразование мозговых оболочек». Также участвовали 20 детей, которым не были поставлены диагнозы инкурабельных заболеваний в качестве группы сравнения.

Определяя такую специфику выборки респондентов, объединенных одним параметром, а, именно – наличие неизлечимого на сегодняшний день заболевания, мы осознавали, что уравнять такие параметры, как возраст, определенный интеллектуальный уровень, социальный статус и конкретное заболевание не представляется возможным. На основании этого мы выбрали идеографический подход в исследовании.

Идеографический подход отличается от номотетического по трем основаниям — по пониманию объекта измерения, по направленности измерения и по характеру применяемых методов измерения. Личность, согласно идеографическому подходу, есть система. Изучение личности осуществляется через распознавание ее индивидуальных особенностей с применением проективных методик и идеографических техник. Исходя из этого, мы отобрали следующие психодиагностические методики: методика «Несуществующее животное» М.З. Друкаревич; методика «Дом. Дерево. Человек» Дж. Бук; методика «Нарисуй человека» Ф. Гудинаф, К. Маховер; метод цветовых выборов М. Люшера; методика диагностики самооценки Дембо–Рубинштейн. Полученные данные были обработаны с помощью программы Statistica 10, позволившей провести методы описательного анализа, корреляционного анализа Спирмена и сравнительного анализа.

Проанализировав полученные данные, мы описали усредненный психологический портрет ребенка с инкурабельным заболеванием в настоящей выборке в сравнении с ребенком без заболевания. Интеллект у больного ребенка на среднем уровне или выше среднего. Самооценка также высокая или выше среднего уровня, однако можно наблюдать двойственность в самоотношении. Уровень нервно-психического благополучия оптимальный. Психическое напряжение и психическое утомление, тревожность и эмоциональный стресс не выражены. Преобладают такие качества, как пассивность, конформность, спонтанность поведения, сенситивность и чрезмерная послушность. В целом дети с инкурабельными заболеваниями в нашей выборке были концентричны, сосредоточены лишь на своих проблемах, не склонны к общению и чрезмерно самокритичны. Можем предположить, что личность у большинства таких детей противоречива, неустойчива, непредсказуема в поведении. Кроме того, нервные процессы личности несбалансированны. Такие параметры, как стрессовое состояние, тревожность, недоверие к себе, имеют высокие значения. Часто присутствуют враждебность конфликтность и трудности общения. У исследованных нами больных детей шкала «плохой ученик–хороший ученик» представлена более высоким показателем (78,12 и 62,30 соответственно, при $p \leq 0{,}03$) и более выражен показатель трудностей общения, чем у здоровых детей

(18,53 и 10,00 соответственно, при p≤ 0,03). Вероятно, стремление стать и считаться «хорошим учеником» в глазах других является одним из защитных механизмов, обеспечивающих больному преобразование мыслей, чувств и поведения. Такие преобразования дают ему возможность сохранить «правильный» статус. Однако, такой защитный механизм не дает больным возможности полностью устранить внутреннюю тревогу и дать возможность проявить себя как чувствующими, а не только как позитивно функционирующими субъектами, ждущими социально одобряемой оценки.

В литературе неоднократно описано сужение круга общения у детей с инкурабельными заболеваниями. Это обусловлено возникновением трудностей в общении с окружающими людьми. Так, часто дети сами ограничивают свое общение, особенно во время обострения болезни, скрывая свой дефект. Кроме того, долгое нахождение в медицинских учреждениях ограничивает возможности ребенка к формированию навыков общения, что часто приводит к конфликтам с окружающими. Нами выявлено, что у здоровых детей данный показатель выражен намного меньше, у них больше возможностей для формирования навыков общения, шире сфера коммуникативных интересов, если можно так выразиться, «многоканальность» во взаимоотношениях с миром преобладает, что дает возможность убедиться в правильности этих суждений по результатам исследования.

Наше исследование посвящено одной из актуальных проблем в психологии – проблеме субъективного отражения неизлечимого заболевания и его влиянием на личностные особенности. В дальнейшем мы планируем расширить и дифференцировать выборку и провести корреляционный анализ полученных данных.

Результаты настоящей работы могут использоваться для совершенствования психологического сопровождения детей с инкурабельными заболеваниями.

**А.В. Хыдырова**

## ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва).**

В условиях разделения современной действительности на реальную и виртуальную не только отдельные группы лиц, но и общеобразовательные учреждения в целом, являясь одним из ключевых механизмов в системе воспитания подрастающего поколения, все чаще сталкиваются с видоизмененными угрозами. Такими угрозами сегодня выступают интернет-риски (вовлечение несовершеннолетних в группы суицидальной направленности, подстрекательство, распространение информации экстремистского толка и пр.). Подобные угрозы и действия провоцируют формирование у несовершеннолетних новых видов девиантного и аддиктивного поведения. Относительно новым видом профилактики аддикции среди несовершеннолетних, вошедшей в перечень приоритетных задач деятельности Минобрнауки РФ, является профилактика интернет-аддикции, которая подразумевает патологическую, непреодолимую тягу к использованию сети Интернет.

Для решения поставленной задачи ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» был разработан и проведен опрос среди обучающихся, по результатам которого были получены данные об информированности обучающихся об интернет-рисках и угрозах жизни в интернет-среде.

В данном опросе приняли участие 108 631 обучающийся, из них: количество несовершеннолетних 12-13 лет составило 32,14%, 14-15 лет – 36,53% и 16-17 лет – 31,33%. Процентное соотношение в половозрастной выборке разделилось следующим образом: мальчики – 46,54%, девочки – 53,32% (12-13 лет); мальчики – 46,70%, девочки – 53,28% (14-15 лет); мальчики – 46,36%, девочки – 53, 62%.

По результатам опросника было выявлено, что несовершеннолетние всех возрастов сталкивались с различными видами риска при использовании сети Интернет. Однако около 41% опрошенных 12-17 лет ответили, что не сталкивались ни с какими рисками в интернет-пространстве. С угрозами здоровью, связанными с длительным пребыванием в Сети, сталкивалось около 19% несовершеннолетних. С сайтами, содержащими неэтичную, агрессивную информацию, столкнулось около 26% несовершеннолетних. С угрозами в свой адрес сталкивается около 15% обучающихся. С призывами к агрессивному поведению столкнулось около 11%, а также с призывами к деятельности, которая может представлять угрозу для жизни, встретились около 9% несовершеннолетних. С мошенничеством, связанным с потерей денег, столкнулось около 24% несовершеннолетних.

С целью профилактики аддиктивного поведения, а также повышения уровня информированности несовершеннолетних об интернет-рисках, ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» были разработаны предложения и рекомендации в рамках НИР на 2016-2017 гг. «Разработка типовой модели деятельности педагогов-психологов образовательных организаций по раннему выявлению и профилактике аддиктивного и девиантного поведения несовершеннолетних». Они касаются увеличения *количества* уже проводимых мероприятий, а также разнообразия форм для повышения эффективности профилактической работы. А именно: классных часов, бесед, круглых столов, тренингов, семинаров, лекций, оп-

росов и тренингов по данной тематике; проведения конкурсов рисунков, сочинений, проведения индивидуальных бесед.

Кроме того, предполагается, что *качество* профилактической деятельности в данном направлении повысится за счет «внутренних процессов» образовательной системы: повышения уровня квалификации педагогических работников в области профилактики интернет-аддикций; комплексного взаимодействия обучающихся, их родителей и образовательных организаций; а также «внешних процессов»: взаимодействия системы образования с другими ведомствами РФ, такими как: система здравоохранения, система правоохранительных органов, система по работе с молодежью, системы ГО и ЧС, и другими.

В связи с этим, все предложения и рекомендации были сгруппированы по следующим блокам: *кадровые и управленческие решения, юридические и финансовые аспекты, организация профилактических мероприятий, проведение спортивных мероприятий, мероприятий для родителей, межведомственное взаимодействие и технические аспекты.*

Таким образом, в целях повышения уровня информированности работников общеобразовательных учреждений и родительской общественности в области профилактики интернет-аддикции были предприняты необходимые меры, результаты которых будут очевидны при анализе полученных данных от общеобразовательных учреждений в рамках проведения последующих мониторингов.

**К.А. Царегородцева**

## ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет» (Йошкар-Ола).**

У детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) процесс социализации затруднен. Во многом это связано с тем, что в настоящее время эти дети в основном воспитываются и обучаются либо в домах–интернатах, либо в домашних условиях. Таким образом, они с малых лет «изолируются» от общества, от здоровых сверстников.

Известно, что ни в какой другой деятельности ребенок не проявляет столько настойчивости, целеустремленности, неутомимости, как в процессе творческой деятельности, которой он отдается целиком. Одним из видов такой деятельности является танец, который позволяет решать не только учебно-воспитательные, но и коррекционные задачи: развивать точность, координацию движений, речевые и неречевые средства общения, эмоционально-волевую деятельность. Танцевальная терапия – это вид психотерапии, который использует движение для развития социальной, когнитивной, эмоциональной и физической жизни человека [2]. Таким образом танец может стать средством развития психосоматического осознавания:

– чтобы способствовать интеграции в теле, что приводит каждого человека к ощущению целостности и жизненности;

– использовать движение и танец как средство переживания и выражения полного спектра чувств;

– разделять групповое и индивидуальное выражение чувств посредством ритмических телодвижений;

– облекать в конкретную форму и выражать эмоциональный материал (например, сны, фантазии, воспоминания) посредством символического действия [3].

Уже ранее было отмечено, что танцевальная терапия помогает решать следующие задачи:

– осознание собственного тела, индивидуального двигательного репертуара, их особенностей и возможностей (ответ на вопрос «Что несет в мир мое тело?»);

– способность к самовыражению, самоактуализация, креативность, принятие многомерности и уникальности своего опыта, формирование целостного образа «Я», повышение чувства собственного достоинства (ответ на вопрос «Кто я?»);

– развитие социальных навыков, сферы межличностных отношений (ответ на вопрос «Кто ты и что мы можем вместе?») [5].

Танцевальная терапия не имеет единых рамок, что отражается в многообразии ее вариантов. Таким образом, можно сказать, что танцевальная терапия вобрала в себя множество разных подходов – от психоаналитических теорий и психодинамической терапии до поведенческой терапии, гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии [1].

Также большое значение в социализации ребенка с ОВЗ посредством танцевальной терапии приобретает смешение групп детей с ОВЗ со здоровыми детьми.

Как отмечает Морова Н.С. «жизненные вопросы, поставленные реальной практикой, активизируют научный поиск, а бесценная «педагогическая копилка» может предложить выверенные рецепты трансляции регионального опыта [4, с. 11]. Так, например, в июне и сентябре 2015 г в г. Йошкар-Ола был реализован социально-молодежный проект «Танцуем вместе», где артисты балета Марийского государственного театра оперы и балета им. Э. Сапаева участвовали в концертных номерах совместно с подростками с ОВЗ, а ведущим методом этого проекта было использование танцевальной терапии. Целью данного проекта стало развитие навыков социальной адаптации, а также способствование развитию

творческой самореализации и обогащение социальными навыками, осуществление косвенного внушения правильного поведения, автоматизация усвоенных поведенческих навыков, развитие языка жестов, мимики и пантомимики.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что с помощью танцевальной терапии дети научатся владеть своим эмоциональным состоянием, приобретут основные навыки общения и взаимодействия с окружающим миром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введение в музыкотерапию / Под ред. Г. Декер-Фойгт. – СПб.: Питер, 2003, - 208 с.

2. Гренлюнд Э., Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004. – 288 с.

3. Козлов, В.В. Интегративная танцевально-двигательная терапия / В.В. Козлов, А.Е. Гиршон, Н.И. Веремеенко. – М.: Речь, 2010. – 286 с.

4. Морова Н.С. Социальная педагогика и социальная политика в условиях экономического кризиса // Социальная педагогика в России, 2009, № 2. - С. 9-12.

5. Царегородцева К.А. Значение танцевальной терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья // Комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья: проблемы реализации и перспективы развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции. / ГБУ ДПО Республики Марий Эл «Марийский институт образования». - Йошкар-Ола. – 2016. – С. 246-248.

**Н.Л. Черная, В.М. Ганузин, Н.С. Суховна**

## ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПОВЕДЕНИИ

**ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

**Актуальность**. Координационная деятельность участников образовательного процесса по вопросам психолого-педагогической и медико-социальной помощи школьникам в настоящее осуществляется недостаточно полноценно. Особенно остро этот вопрос стоит для подростков с психическими расстройствами и отклонениями в поведении, обучающихся в школах - интернатах. Данный контингент подростков имеет не только соматические, но и различные психические заболевания и отклонения в поведении. Все они перед окончанием обучения имеют ограничения в выборе профессии по состоянию психического и физического здоровья. Именно поэтому требуется переоценить значение своевременного и качественного полипрофильного проведения врачебной профессиональной консультации подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации.

**Цель работы**. Изучение особенностей проведения врачебной профессиональной консультации подросткам, имеющим сочетание соматических и психических заболеваний, проживающих и обучающихся в коррекционной школе-интернате для сирот.

**Материалы и методы**. Проведена врачебная профессиональная консультация 66 подросткам, 28 девушкам и 38 юношам, выпускных классов коррекционной школы-интерната. Все подростки имели сочетание различных соматических, психических заболеваний и отклонений в поведении. Одни из них имели умственную отсталость со сниженной социальной адаптацией, но позволяющую освоить школьную программу (Ганузин В.М., Ганузина Г.С. Поликлиника. 2007, № 1, с. 72–73). Другие – с гиперкинетическими расстройствами, имеющие социальную расторможенность и способность совершать необдуманные поступки. Третьи – с расстройствами поведения, проявляющимися прогулами занятий, побегами из интерната и др. В качестве методического материала при проведении врачебной профессиональной консультации мы использовали «Перечни медицинских противопоказаний к работе и производственному обучению подростков профессиям и специальностям… Сб.: 1-9. – М. – 1986-1988 гг.».

**Результаты исследования:** Наш многолетний опыт работы в кабинете врачебной профессиональной консультации свидетельствует, что подростки часто имеют многопрофильную патологию и при выборе будущей профессии не всегда учитывают состояние своего здоровья. Так, из 66 школьников, получивших врачебную профессиональную консультацию, 1,6% имели по одному соматическому заболеванию, 15% - по два, 21,6% - по три, а 61,8% - четыре различных хронических заболеваний. При этом у большинства из них имелись те или иные отклонения в психическом развитии и поведении различной степени тяжести, позволяющие им освоить школьную программу.

В процессе проведенной нами врачебной профессиональной консультации при непосредственном участии социального педагога, психиатра и психолога подросткам были подобраны основные и резервные рабочие профессии. При этом учитывались тяжесть и кратность обострений основного и сопутствующих заболеваний, склонность подростка к тем или иным профессиям, успеваемость в школе и возможность освоить программу при получении будущей профессии, наличие или отсутствие общежития в учреждениях начального профессионального образования.

Особое внимание при врачебной профессиональной консультации уделялось знанию подростками

профессионально-производственных факторов, способствующих прогрессированию имеющихся у них заболеваний и факторов, способных нанести им моральный и материальный вред. К этим факторам мы относили повышенные уровни интенсивности шума и вибрации, воздействие высокотоксичных веществ и вредных волновых факторов, высоких и низких температур, высокого психического напряжения и работы, требующие повышенного внимания, высокой ответственности и многообразных контактов с другими людьми. Ряду подростков не рекомендовали работы, связанные с безопасностью для собственной жизни и жизни окружающих людей.

**Заключение.** Таким образом, врачебная профессиональная консультация подростков, обучающихся в школе–интернате, имеет следующие особенности. Большинство из них имеет многопрофильные соматические заболевания и те или иные отклонения в психическом развитии и поведении. Поэтому помимо врача-педиатра при определении будущей профессии им требуется консультация психолога или психиатра и рекомендации социального педагога. Кроме того, немаловажную роль при рекомендации играет и наличие или отсутствие общежития в учреждениях начального профессионального образования. Поэтому врачебная профессиональная консультация является важным звеном в медико-социальной реабилитации и позволяет подростку, находящемуся в трудной жизненной ситуации, адаптироваться к современным социально-экономическим условиям и реализовать свои физические и интеллектуальные возможности.

**Д.И. Чернего**

## ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМАХ РЕБЕНКА И ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

**Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).**

Гормон кортизол является одним из важных биологических показателей, обеспечивающих способность организма справляться со стрессорными факторами окружающей среды. Кортизол имеет решающее значение в успешной адаптации организма к стрессу. В организме человека существует циркадный ритм секреции кортизола с высокими концентрациями в утренние часы и снижением его уровня к вечернему времени (Жуков, 2007; Козлов, Козлова, 2014). Известно, что дневной ритм секреции кортизола формируется в течение первых лет жизни ребенка (De Bellis et al., 1999;Watamura, Donzella, Kertes,Gunnar, 2004), что в очередной раз указывает на то, что младенческий и ранний возраст является наиболее важным периодом развития.

К настоящему времени исследования свидетельствуют, что утрата ребенком биологических родителей и проживание в сиротском учреждении влияют на его биологические показатели развития, в частности на секрецию кортизола (Carlson, Earls, 1997;Dobrova-Krol et al., 2008; Kroupina, Gunnar, Johnson, 1997). В том числе исследования показали и долгосрочные последствия изменения дневного ритма секреции кортизола у детей, имеющих ранний депривационный опыт и воспитывающихся в замещающих семьях (Bernard, Hostinar, Dozier, 2015; Bruce, Fisher, Pears, Levine, 2009; Dozier, Manni, et al., 2006; Dozier, Peloso, et al., 2006). Так, результаты исследований свидетельствуют об уплощении дневной кривой секреции кортизола, а именно о более низком уровне кортизола в утренние часы и более высокой концентрациив вечерние часы у детей, проживающих в сиротских учреждениях и замещающих семьях по сравнению с детьми из биологических семей (Carlson, Earls, 1997; Kroupina, Gunnar, Johnson, 1997). Интересно отметить, что в научных исследованиях было показано, что при помещении ребенка в замещающую семью происходит быстрое улучшение его поведенческого развития (Van IJzendoorn & Juffer, 2006), однако этого не было обнаружено для нейрогуморального развития. Так, при прослеживании детей в течение первых 24 месяцев пребывания в замещающих семьях нормализации дневного ритма секреции кортизола не наблюдалось (Koss et al., 2015; Kroupina et al., 2012). При этом было показано, что психологическое сопровождение ребенка и его замещающей семьи способствует нормализации уровня секреции кортизола. Так, свою эффективность по сопровождению замещающих семей в США показала «Программа вмешательства ABC», направленная на формирование взаимодействия и привязанности ребенка и родителя (Dozieretal., 2006; Dozieretal., 2008). Использование этой программы привело к повышению показателей как поведенческого, так и биологического развития детей в замещающих семьях.

В настоящее время в Санкт-Петербургском государственном университете сотрудниками кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей выполняется научный проект «Изучение нейрогуморальных показателей развития детей с опытом социально-эмоциональной депривации в раннем возрасте» (грант Президента РФ для поддержки молодых ученых, №14.W01.17.460-МК).

**Цель исследования** - изучение нейрогуморальных показателей в виде дневного ритма и утренней секреции кортизола (изучается кортизол в слюне) в связи с ранней социально-эмоциональной депривацией детей в младенческом и раннем возрасте. Участниками исследования являются 3 группы детей в возрасте от рождения до 48 мес.: дети из замещающих семьей с опытом пребывания в домах ребенка, часть из которых прошла «Программу вмешательства ABC»; дети из биологических семей; дети из домов ребенка. Особый интерес представляет еще тот факт, что в настоящее время в связи с вступлением

в силу Постановления Правительства РФ № 481 от 24 мая 2014 г., согласно которому все учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, должны были пройти процесс реорганизации и функционировать по семейному типу, то есть должно измениться качество первичного окружения детей, а следовательно можно ожидать и отличных от представленных в литературе данных о секреции кортизола у детей с опытом ранней социально-эмоциональной депривации.

На данный момент исследование находится на этапе сбора эмпирических данных: проводится сбор антропометрических данных, сбор слюны для дальнейшего анализа кортизола, обследование социально-эмоционального развитие ребенка, а также оценивается качество первичного социального окружения детей. В результате исследования будет получена важная научная информация о влиянии раннего депривационного опыта и эффективности психологического сопровождения в виде «Программы вмешательства ABC» на биологические показатели (секрецию кортизола) развития ребенка.

**В.В. Чубаровский, И.С. Лабутьева, С.В. Катенко**

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НППЦ здоровья детей, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва).**

Исследования различных форм психической дизадаптации лиц подросткового возраста приобрели в последние годы исключительное теоретическое и практическое значение. В настоящее время данные об эпидемиологии различных форм психической дизадаптации подростков крайне противоречивы. Не решенным остается вопрос о «психофизиологической цене», которую платит формирующаяся личность при адаптации к «цивилизационному прессу». Практически отсутствует анализ патоморфоза поведенческих нарушений в коротком историческом интервале. По данным немногочисленных обсервационных исследований, отмечается неуклонный рост пограничной психической патологии, аддиктивных нарушений, девиантных форм поведения. До настоящего времени в образовательных учреждениях не введены ежегодные мониторинги распространенности поведенческих факторов риска здоровью детей, предусмотренные Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012-2017 гг., также имеют значение изменения в законодательстве об оказании психиатрической помощи, новые социально-экономические условия, а также критический рост информационной нагрузки.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей динамики показателей распространенности пограничной психологических расстройств у учащихся подростков в историческом интервале 30 лет.

На первом этапе, сплошным методом в рамках описательной эпидемиологии по унифицированным диагностическим методикам в 1986-1987 гг. были обследованы подростки - учащиеся ПТУ г. Москвы, в возрасте 13-16 лет. Они составили 1 группу в количестве 277 наблюдений, из них подростки мужского пола 173 (62,45%) человека, а женского 104 (32,43%).

На втором этапе в 2007 г. той же группой специалистов по аналогичным с первым этапом унифицированным методикам исследования пациентов были вновь обследованы подростки – учащиеся этого же ПУ г. Москвы, из них 80 (50%) человек составили юноши и 80 (50%) девушки.

На третьем этапе аналогичное исследование с использованием унифицированного диагностического подхода, той же группой специалистов было проведено в Москве в 2016 г. (100 девушек). Объектом обсервационного исследования явились 78 студентов педагогического колледжа в г. Москве в возрасте 15-17 лет, из которых более 90% составляли девушки и 50 учащихся спортивной школы, 22 девочек и 28 мальчиков. В связи с преобладанием женского контингента на последнем во временном интервале исследовании ретроспективный анализ был произведен среди девушек-подростков. Применялись методы исследования: клинический, психометрические методики (опросник ПДО 1983, СиСС, Гудман, 2001).

Полученные данные были сопоставлены и проанализированы. Фиксировались как синдромально очерченные состояния, так и предболезненные (Семичов С.Б. 1987, Александровский Ю.А. 2010).

На протяжении исторического интервала с 1988 по 2016 год прослеживается значительное увеличение пограничных психических расстройств различной степени выраженности с 42,31% до 79,62%.

Пограничные нарушения различной степени выраженности были выявлены в 1988 г. у 29,96% обследованных, в то время как аналогичный показатель 1998 г. был достоверно выше и составил 49,37% ($p<0,05$). При анализе показателей распространенности отдельных форм расстройств достоверные различия были определены лишь в отношении психопатоподобных состояний непроцессуального генеза, которые диагностированы соответственно у 1,44% и 8,75% обследованных сравниваемых групп.

Следует отметить, что структура выявленной патологии в сравниваемых группах несколько изменилась. Так доля патохарактерологических реакций снизилась с 40,94% до 27,84%. Это произошло за счет резкого увеличения синдромально очерченных психопатоподобных состояний.

По данным третьего этапа увеличение психических патологий обучающихся девушек ПТУ и кол-

леджа произошло существенно за счет неврозов - с 6,73% до 23,08% и патохарактерологических реакций - с 6,73% до 19,23%, что, вероятно, обусловливается внешними социальными факторами. Показатели же распространенности психопатий, психопатоподобных (непроцессуальных) и неврозоподобных расстройств по сравнению с данными второго этапа были аналогичными, что, в свою очередь, возможно, обусловлено генетическими причинами. Показатели их распространенности составили: психопатии в 1988 - 3,85%, 2003 - 6,25% и в 2016 - 5,13%, психопатоподобные расстройства 1988 - 0%, 2003 - 6,25% и в 2016 - 5,13% соответственно

Данные особенности динамики свидетельствуют о существенном возрастании роли психогенных, микросоциальных факторов в генезе нарушений. Отмечено появление новых форм «школьных неврозов», в частности ЕГЭ-фобия, интернет- и компьютерная зависимости, сочетающиеся с аффективными расстройствами – депрессией и тревогой вплоть до суицидальных тенденций.

Данные проведенного исторического (ретроспективного) исследования свидетельствуют:

- о росте числа лиц с пограничными психическими расстройствами различной степени выраженности (преимущественно неврозов и психопатоподобных состояний), что является следствием неблагоприятных социально-экономических тенденций в исследованном временном интервале;

- о необходимости разработки и проведения, срочных мер первичной и вторичной психопрофилактики в данном подростковом контингенте.

**Н.Г. Чумакова, С.В. Гречаный**

## ПОВЕДЕНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург (Санкт-Петербург).**

Подростки, инфицированные ВИЧ, представляют собой, по мнению ряда исследователей, особую в эпидемиологическом отношении группу пациентов. Повышенная опасность в отношении передачи ВИЧ связана как с социодемографическими характеристиками несовершеннолетних носителей вируса (неполная семья, безнадзорность и др.), так и с психологическими особенностями рассматриваемого возрастного контингента, обусловливающими особую наклонность подростков к так называемым «рискованным формам поведения» (high risk behavior) [Крупицкий Е.М., 2010; Гречаный С.В., 2014 и др.]. Рискованный характер поведения несовершеннолетних наряду с семейными, социальными, педагогическими и др. факторами определяет тот факт, что ВИЧ-инфицированные подростки оказываются в числе наименее контролируемой и трудноуправляемой группы пациентов, а следовательно обусловливают их повышенную эпидемиологическую опасность в отношении передачи вируса иммунодефицита [Fisher J., Fisher W., Cornman D. et al., 2006]. Не случайно перечень лиц, подверженных высокой степени заражения ВИЧ-инфекцией, в настоящее время не ограничивается ранее описываемыми социальными группами (потребители инъекционных наркотиков и лица с малоконтролируемыми сексуальными отношениями). В числе угрожаемых по инфицированию оказались ранее считавшиеся благополучными по этому показателю подростки-потребители летучих растворителей, т. е. употребляющие психоактивные вещества ингаляционным путем [Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Ермаков Ю.М. и др., 2006], а также несовершеннолетние, страдающие алкогольной зависимостью, контингент, у которого выявлен высокий процент заражения ВИЧ половым путем [Крупицкий Е.М., Самет Д., Ченг Д.М. и др., 2009].

Одной из важных характеристик, влияющих на уровень психологической адаптации подростков с ВИЧ-инфекцией, является отношение к болезни. Складывающийся у больного тип отношения к болезни зависит от внутренней картины заболевания (ВБК), в которой отражаются как специфические для пубертатного периода возрастные закономерности психики подростка, так и индивидуальные личностно-психологические ее характеристики. Типологические особенности ВКБ у подростков включают в себя общие представления об организме человека, уровень информированности о заболевании и его последствиях, отношение к болезни и смерти, ситуации, складывающейся вокруг заболевания. Например, дети и подростки вплоть до 16-летнего возраста могут видеть причину заболевания в плохом поведении, непослушании взрослым [Исаев Д.Н., 2000]. Возможная смерть часто воспринимается подростком как недопустимое событие, которое может случиться с кем-то, но не с ним. В других случаях она понимается как злой умысел, результат чьего-то враждебного отношения. У современных подростков под влиянием художественной литературы и кинематографа может формироваться «мистифицированное» представление о смерти как о таинственном, загадочном явлении, переходе в новый мир, как о сказке, сне и даже как об обратимом явлении. Объективная информация о заболевании, полученная из популярной литературы, СМИ, средств наглядной агитации, может не восприниматься или быть искаженной, являться источником психогении (дидактогения), если она не сопровождается комментариями значимых для подростка взрослых.

В отношении подростков к собственному ВИЧ-инфицированию также проявляются специфические для возраста психологические закономерности. Информация об инфицировании «смертельным вирусом» у подростков с неконструктивными формами психологической адаптации (пациенты с расстройствами пове-

дения и зависимостью от психоактивных веществ) приводит к растерянности, использованию незрелых форм психологической защиты (отрицание, вытеснение факта инфицирования), отказу от медицинского наблюдения, обследования и лечения, т. е. конструктивного решения проблем, связанных с заболеванием. Процедуры и режимные моменты оказываются тягостными, воспринимаются как ограничивающие свободу. В то же время в осознании факта своего заболевания и приверженности лечению у подростков большую роль играют подражательные мотивы. Разнообразие реакций подростка на болезнь и смерть во многом зависит от его интеллектуального развития, религиозности, общей культуры семьи или значимого окружения.

**А.В. Шарибова**

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ (КАК СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ)

**Академия Русского балета им. А.Я. Вагановой (Санкт-Петербург).**

Проблема сценического волнения является преградой, подрывающую психическое здоровье студентов творческой социальной группы. Рассмотрим ее через призму выступлений в трех ее проявлениях КОНЦЕРТ-ЭКЗАМЕН-КОНКУРС. Актуальность рассматриваемой темы состоит в том, что зачастую творческому человеку некогда писать о своих воззрениях, находящихся далеко за пределами сознательного процесса, а, в свою очередь, сознательный человек не в состоянии описать творческий процесс. Как говорят в среде творческих людей: «Танцующий не пишет, а пишущий не танцует».

КОНЦЕРТ. Основная сложность концертного выступления заключается в том, что исполнитель испытывает стресс – сценическое волнение. В своей основе это переизбыток гормона адреналина. Этот рефлекс автоматически активируется в том случае, когда эмоциональная и физическая сторона человека решает, что она находится в опасности. В результате Вы испытываете физический, эмоциональный дискомфорт и уменьшение способности выступать на сцене. Существуют три основных вида волнения.

1. Волнение – апатия – артист исполнитель испытывает нежелание выходить к зрителям, нежелание играть.

2. Волнение – паника – выступление артиста исполнителя лишена творческого начала, память подводит исполнителя.

3. Волнение - подъем – артист исполнитель может перевести сценическое волнение в творческое вдохновение.

Проблемными элементами, которые вносят свой вклад в сценическое волнение, являются:

- Попытка анализировать свое выступление во время концерта;
- Ожидание немедленных наград или просто оценок;

Тяга к самоанализу исходит только из одного источника – сверхозабоченности по поводу «как у меня получается на сцене?» Вы не можете одновременно беспокоиться о своем выступлении и быть вовлеченным в исполнение. «Самокритика во время исполнения – это пила, подпиливающая стул исполнителю на сцене» Н. Перельман.

Подход к выступлению на сцене с ожиданиями немедленной награды представляет собой еще одно серьезное препятствие для творчества. В человеческой натуре заложено ожидание награды за усилия, но часто мы настраиваемся на грубые, низкоуровневые награды физического и эмоционального возбуждения и отодвигаем более возвышенное и сложное вознаграждение, заключающееся в получении возможности творить на сцене, исполнять то, что и как мы хотим исполнять, и тогда, когда хотим. Но невозможно достичь высшего вознаграждения, которое может предложить сценическое выступление, не отказавшись от низших. Природа «работы» артиста сцены заключается в концентрации психологической, прежде всего, а не в физической активности. Главной целью сценического творчества является символическое избавление человека от томительных внутренних перенапряжений, перенося гнетущую его силу в безопасную для его духа область. Поэтому, главный совет будущему артисту-исполнителю перед выходом на сцену – ВОЛНУЙСЯ НЕ ЗА СЕБЯ, А ЗА АВТОРА!

ЭКЗАМЕН. Очевидно, что экзамен - огромный стресс для всего студенческого организма. Помимо того, что это большая психологическая нагрузка (страх, чувство тревоги, неуверенность в своих силах и знаниях), это еще и физическая нагрузка: недосыпание, недоедание в период сдачи экзаменов неизменно приводят к физическому истощению организма. Вся работа, которая была проведена учащимся над произведением в классе и дома, проходит «испытание на прочность» в условиях публичного выступления. И именно во время выступления на экзамене проверяется решительно все: и «технический» потенциал, и приобретенные знания, умения и навыки, и устойчивость психики.

Качественная подготовка к выступлению является основой успешности концертной деятельности артиста-исполнителя и одним из главных условий мотивации его к дальнейшим занятиям. Но помимо профессиональных задач психологическая подготовка означает способность исполнителя успешно осуществлять свои творческие намерения в стрессовой ситуации выступления перед аудиторией.

К сожалению, в учебном процессе подготовке такого рода в силу разных причин уделяется значительно меньше внимания, нежели собственно исполнительской, профессионально-технической готовности к выступлению.

Конечно, выступления на очередных мероприятиях учебного плана с психологической стороны приближаются к открытым концертным мероприятиям. Однако здесь, как правило, на первый план выходят строгие академические требования, усиленные страхом перед высоким уровнем оценивающей комиссии и боязнью получить низкий балл. Поэтому, находясь в ситуации экзамена или зачета, многие студенты, подчас, не имеют возможности в полной мере проявить свою творческую индивидуальность.

Таким образом, контрольные испытания часто оказываются не успешным, а наоборот наносящим глубокую травму молодому исполнителю на долгие годы.

КОНКУРС. Конкурсы являются бескомпромиссной проверкой умений и знаний учащихся. Словосочетание «конкурсная борьба» является самым точным. Тяжелый, напряженный, требующий высокой квалификации и упорства труд, что в итоге на конкурсной сцене не всегда увенчивается ожидаемыми лаврами. Тяжелейшая нервная и психологическая нагрузка ложится на еще не осознанные плечи молодого артиста в период подготовки к конкурсу и во время выступления на нем. По младшим школьникам это менее заметно, так как в силу особого детского восприятия молодые артисты отходят от поражения быстрее, чем старшие. Противоречие подобной ситуации заключается в следующем: при подготовке к конкурсу мы вынуждены внушить ребенку, что он, несомненно, самый лучший, самый сильный среди сверстников. Не заставить ученика поверить в себя - значит заведомо обречь его на поражение.

Добившись уверенности в своих силах, в случае поражения мы оказываемся как бы у разбитого корыта. Многое рушится в сознании молодого артиста: надежда на победу, связанные с ней мечты и даже вера в своих наставниках. К этим чувствам примешиваются мысли о том, что скажут друзья, родители.

Поражение – настоящая психологическая травма. В этой ситуации главная задача педагога, совладав с собственной неудачей, сделать все возможное, чтобы сегодняшнее поражение поставить на службу будущей победе. Самое нежелательное, что может произойти, это то, что студент совсем откажется от дальнейшего обучения. Чтобы этого не произошло, педагогу следует привести примеры из жизни, когда люди, потерпев поражение, сумели выйти из ситуации победителями; таких примеров много, найти их несложно. Все страдания будут напрасны, если после сценического выступления детально не будет проанализировано исполнение, разъяснено ученику, что же произошло, в чем и почему были неудачи и что необходимо предпринять для того, чтобы их избежать в будущем.

**Ф.К. Шарипова**

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт (Ташкент).**

**Актуальность:** по данным исследований зарубежных авторов йододефицитное состояние организма оказывает значительное влияние на психическое здоровье детского населения (Lazarus John H., 2012). Наряду с врожденными формами истинного гипотиреоза встречаются особые формы транзиторного гипотиреоза, при которых определяется повышение уровня ТТГ или снижение содержания $T_4$. Транзиторные формы гипотиреоза возникают при нарушении внутриутробного развития плода и рождении недоношенных детей или детей с низкой массой тела, у новорожденных после тяжелого родового стресса, а также при заболеваниях щитовидной железы у матери (Коваленко Т.В., Петрова И.Н., 2001). Особенностью транзиторного гипотиреоза является постепенная нормализация уровня $T_4$ и ТТГ в течение 2-3 недель после рождения без проведения гормонального лечения (Подпоренко А.Д., 1999). Учитывая первостепенную роль тиреоидных гормонов в процессе формирования и созревания нервной системы, становится очевидной особая значимость изучения особенностей психофизического развития детей с транзиторным гипотиреозом, а также квалификация имеющихся у них психопатологических расстройств (Таранушенко Т.Е., 1997).

**Целью исследования:** явилось изучение психического дизонтогенеза детей раннего возраста, перенесших неонатальный транзиторный гипотиреоз.

**Материалы и методы:** было проведено динамическое обследование 80 детей в возрасте от 1 года до 3 лет (из них 43 мальчика), у которых в сыворотке крови при рождении было выявлено повышенное содержание ТТГ от 20 до 50мМЕ\л. контрольную группу составили 36 детей (из них 15 мальчиков ), сопоставимых по всем признакам, имевших в декретированные сроки, по результатам скрининг-диагностики, уровень ТТГ < 20мМЕ\л. Обследование детей проводилось в амбулаторных условиях. Ведущими методами исследования были клинико-психопатологический и патопсихологический. Для наблюдения за ребенком использовался этологический метод (наблюдение за поведением в свободном общении). Учитывались также данные акушерского анамнеза: поздние токсикозы беременных, хроническая внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды.

**Результаты и обсуждение:** в ходе исследования получены клинические данные, характеризующие динамику психического развития детей в 2-х возрастных периодах: до 1 года, от 1 года до 3 лет. Возрастной период до 1 года изучался ретроспективно, по данным опроса матерей и анализа предшествующей документации.

В возрастном периоде до 1 года у большинства детей обнаружилось отставание в формировании основных статолокомоторных функций: держать головку в более поздние по сравнению с возрастной нормой сроки начали 9,8% детей основной группы, 5,3% детей контрольной группы, сидеть позже 6-7 месяцев - 41,1% детей основной группы, в контрольной группе 30,7% детей. Функция ходьбы сформировалась в сроки от 9 до 12 месяцев у 89,2% детей основной группы, у 97,6% - в контрольной группе. Общая двигательная активность детей до 1 года характеризовалась бедностью, малоактивностью у 3,7% наблюдений, гипердинамичностью - у 9,8%. Речевое развитие детей до 1 года (предречевая фаза - гуление, лепет) были задержаны у 3,7% детей основной группы и у 1,4% детей контрольной группы. Психоэмоциональное развитие детей до 1 года имело свои особенности: комплекс оживления у них формировался в более поздние сроки, у 3,9% детей эмоциональные реакции были малодифференцированы, неярки. Особенности инстинктивной сферы исследуемой группы детей представляли прежде всего нарушение сна, а также нарушение аппетита - 7,6%. Показатели соматической заболеваемости у детей 1 года жизни были значительно выше (11%) в основной группе, чем в сравнительной группе (4%). Каждый третий ребенок (31,5%) отставал в росте на 2 и более см (в группе сравнения число таких детей было в 2 раза меньше).

В возрастном периоде от 1 до 3 лет нами обследовано 54 ребенка (из них 26 мальчиков). В этой возрастной группе прослеживалась дальнейшая задержка психомоторного развития детей. Дети позже возрастной нормы начинали ходить, овладевать навыками самообслуживания. Формирование тонкой моторики было задержанным и качественно недостаточным. Общая двигательная активность у большинства детей характеризовалась чрезмерной подвижностью, расторможенностью, а также неловкостью движений. Формирование навыков опрятности и самообслуживания было задержано у 28,8% детей основной группы и у 7,6% детей контрольной группы. Речевое развитие имело следующие особенности: первые слова появились в возрасте до 1 года у 40,3% детей основной группы и у 70,3% детей контрольной группы, от 1 года до 2 лет - у 18,5% детей основной группы, у 53,8% детей контрольной группы, позже 2 лет - у 4,2%. Фразовая речь сформировалась к 2 годам только у 27,4%; в возрасте после 2 лет только у 17,8% основной группы и 89,8% - контрольной группы, а 44,2% детей в основной группе вовсе не овладели фразовой речью к 3 годам. Психоэмоциональные реакции у 24,6% детей имели качественные особенности и характеризовались бедностью эмоциональных реакций, последние определяли особенности игровой деятельности: дети не проявляли интереса к игрушкам, предпочитали им в игре различные предметы домашнего обихода. У 31% детей отмечались следующие фобические феномены: страх темноты, животных, неожиданных громких звуков. Нарушения соматовегетативной сферы были представлены нарушениями сна - 37,4%, нарушениями аппетита - 3%, трудностями адаптации к новой обстановке, новым людям - 28%.

**Выводы:** таким образом, на фоне незначительной задержки формирования статомоторных навыков у детей преимущественно отстает от возрастной нормы развитие тонкой моторики, речевой сферы, психоэмоциональное развитие.

Проведенные исследования предполагают необходимость дальнейшего изучения влияния транзиторного гипотиреоза на последующее психофизическое развитие детей и организацию профилактики, лечебных мероприятий преимущественно в ранние сроки.

**Ф. К. Шарипова, Ш.У. Ахмедова**

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

**Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент).**

**Актуальность:** в большинстве современных источников невротические тревожные и депрессивные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину соматического заболевания и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения (Кошанская А.Г., 2014). Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ, около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (DiabetesAtlas,6th ed.IDF, 2015).

**Цель исследования:** изучить особенности психоэмоциональных состояний у детей и подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования:** были обследованы 30 детей и подростков в возрасте 8-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в НИИ Эндокринологии г. Ташкента. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тре-

воги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

**Результаты:** в ходе исследования среднее значение по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона при тестировании было 11,47 баллов. У 24 подростков (80%) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7–16 баллов, что, по Г.П.Пантелеевой (1998), соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (16,6%) – в пределах 17–27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у одного (3,3%) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Таким образом, у 96,6% обследованных детей и подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени.

У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%) с отсутствием желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%).

В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД I типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождались формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета I типа.

Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У детей и подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания(15%).

**Вывод:** таким образом, изменения эмоционального статуса выявляются у 88% детей и подростков с СД I типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику, и приводят к социальной дизадаптации детей и подростков.

**Е.Н. Шарова, М.В. Злоказова**

## О ТЕНДЕНЦИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**Кировский государственный медицинский университет (Киров).**

Одна из сложных проблем, связанных с подростковой наркоманией – это проблема социально–психологической и психологической предрасположенности подростка к употреблению наркотических веществ, социально–психологических причин, лежащих в структуре так называемой преднаркотической личности и ее непосредственного окружения (Березин С.В., Лисецкий К.С., 2010).

**Цель исследования**: выявление тенденций формирования наркотической зависимости у несовершеннолетних в современных условиях.

**Материал и методы**: был проведен опрос 35 пациентов с наркотической зависимостью (II стадия) от каннабиноидов и современных психостимуляторов, находящихся на реабилитации в Ульяновском реабилитационном центре «Свобода» и Саратовском реабилитационном центре «Социум». Выявлено 27 пациентов, которые начали употреблять наркотические вещества в подростковом возрасте. Среди них мужчины составили 77,8%. Использовалась анкета для изучения выявления социально-психологических причин формирования наркотической зависимости (Шарова Е.Н., Злоказова М.В. и др., 2017).

**Обсуждение результатов**: значительное число испытуемых (77,1%) начали принимать наркотические вещества в подростковом возрасте, не достигли на момент начала употребления наркотиков 14 лет - 59,3%. Средний возраст начала употребления наркотических веществ несовершеннолетними составил 11,6±4,1 лет. Среди них были те, кто начал употреблять наркотики в 8-ми и 6-летнем возрасте (по 7,4%)

и даже в 5-ти, 4-х и 2-летнем возрасте (по 3,7%). Испытуемая, указавшая начало употребления наркотических веществ в 2-летнем возрасте, отметила, что это были аптечные сильнодействующие препараты.

Употребления наркотических веществ начали с каннабиноидов, включая спайсы, 81,5% пациентов; перешли в последующем на употребление современных психостимуляторов («солей») – 62,9%, заменили каннабиноиды опиатами - 33,3%.

В некоторых статьях и методических пособиях появляются данные, что «опыт употребления алкоголя и табака обязательно предшествует употреблению наркотиков» (Аникин С.С., Медведев Л.Н., 2002). Полученные нами данные противоречат этим утверждениям - начали употреблять табачные изделия позже начала употребления наркотических веществ 33,3% респондентов. Средний возраст начала употребления алкоголя респондентами – 13,7±6,5 лет. Начали употреблять алкоголь позже, чем наркотические вещества, 51,9%.

Воспитывались в неполной семье, опекунами или отчимом 37,0%. Отягощенная алкогольная наследственность по линии одного или нескольких близких родственников была выявлена в 70,4% случаев. При этом, пациенты отметили, что у них были «нормальные условия воспитания», - 51,9%. Воспитывались в присутствии алкоголизирующегося отца 18,5%, в условиях гиперопеки - 14,8%, безнадзорности - 12,5%, бабушками – 14,8%. Имели высшее образование 51,9% родителей.

В результате употребления ПАВ совершили противоправные действия в несовершеннолетнем возрасте 33,3% опрошенных (22,2% в возрасте до 14 лет). Среди близких родственников привлекались к уголовной ответственности 33,3% опрошенных.

Высокий процент пациентов - 88,9% - в детстве занимались в кружках и секциях. Из них занимались спортом 91,7%, имели спортивные разряды или являлись кандидатами в мастера спорта 20,8%. Возраст начала употребления наркотических веществ респондентами в 81,5% случаев соответствовал моменту прекращения занятий в кружках и секциях.

Все респонденты обучались в общеобразовательной школе. Имели хорошую успеваемость в школе лишь 18,5%, обучались или окончили средние специальные учебные заведения 33,3%. Среди них имели хорошую успеваемость 44,4%. Несмотря на молодой возраст начала употребления наркотических веществ, обучались в вузах 40,7%, из них имели хорошую успеваемость 27,3%.

Сообщили о соматических заболеваниях в детском возрасте 48,1% респондентов. Среди них органические поражения головного мозга составили 33,3% случаев (черепно-мозговые травмы различной степени тяжести – 29,6%, и нейроинфекции - 3,7%). Невротические и неврозоподобные проявления в детском возрасте отмечали 59,3% испытуемых (25,9% испытывали страхи; раздражительность – 18,5%; плаксивость – 14,8%; возбудимость, головные боли, робость - по 11,1%; сноговорение, утомляемость - по 7,4%; заикание, энурез и беспокойный сон - по 3,7%). У невропатолога в детском возрасте наблюдалось всего 11,1% респондентов.

**Выводы:** значительное число наркозависимых приобщается к наркотикам в несовершеннолетнем возрасте. Употребление наркотиков начинается с каннабиноидов с последующим переходом на психостимуляторы и опиаты. Во многих случаях этому способствует отягощенный алкогольный анамнез, проблемы семейного воспитания, наличие резидуальной органической, неврозоподобной и невротической патологии, проблемная успеваемость со склонностью к внешкольным увлечениям, включая спорт, и спортивным достижениям до начала наркотического употребления. Полученные данные необходимо использовать для выявления групп риска по формированию наркотической зависимости.

**Ю.С. Шевченко**

## ТРАДИЦИОННЫЕ, СТИХИЙНЫЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОДРОСТКОВОЙ ИНИЦИАЦИИ (часть I)

**ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).**

Обобщенно-многозначный смысл понятия «инициация» включает и сам процесс возрастного метаморфоза, и последовательность соответствующих социально-поведенческих ритуалов, и конечный статусный эффект – включение человека в качественно новую общественную структуру (в отношении подростков – **это трансформация ребенка во взрослые члены социума**). Блокирование фило- и онтогенетически обусловленной потребности в инициации проявляется в подсознательно направляемом агрессивно-асоциальном поведении стихийно формирующихся подростковых групп и/или психических расстройствах, типологически сходных с ключевыми переживаниями во время инициации (Eibl-Eibesfeldt I., 1985; Самохвалов В.П., 1997; Шевченко Ю.С., 2015).При этом демонстрируются суррогаты всех **трех категорий инициации**: социально-возрастной; референтно-групповой; мистически-экзистенциальной, сопровождающихся соответствующими психофизиологическими эффектами и поведенческими моделями.

В качестве основных модулей процесс инициации включает: «**сепарацию**» от общества взрослых;**слияние с группой** сверстников и подчинение ее внутренним законам; агрессивные **набеги** со сво-

ей на взрослую территорию (от разрушительно-маркировочного вандализма в электричках до демонстративно-циничного секса в метро); символические ритуалы «**смерти** в старом и **возрождения** в новом статусе»; «погружение в **психический хаос** и слияние с **сакральным образом**»; «**поклонение–возвышение**»; «пребывание в **измененном состоянии сознания**»; «знакомство с **магическим знанием**»; «совершение прилюдных **подвигов**»; «**демонстрацию** своей физической и моральной выносливости»; «**маркировку тела** с помощью раскраски, повреждений и самоповреждений»; «**унификацию** одежды, прически, манер поведения, сленга»; «**испытание** голодом, изоляцией и молчанием»; «социальную **клятву**-присягу» и т. п. (Геннеп А., 1999; Дальто Ф., 2006). Ниже приводятся традиционные и современные формы и способы реализации социально-биологической потребности в инициации (как институциированные, так и стихийные, в том числе патологические), а также организационные условия и психотерапевтические приемы коррекции их аномальных проявлений.

В традиционных культурах инициируемый подросток мужского пола изолируется (в среднем - на год) из общины в группе сверстников, использующей особый язык, проживающей на отдельной территории и жестко подчиняющейся взрослым наставникам, контролирующим соблюдение запрещенных (табу) и разрешенных норм поведения. Современные социальные институты сепарации - кадетские училища, интернаты типа монастырей Шаолиня, студенческие стройотряды, туристские походы, скаутские, творческие, спортивные, общественные и партийные организации. К стихийным аналогам данного модуля относятся неформальные молодежные объединения, субкультуры (Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л., 2010). Относительная изоляция от детско-материнского мира реализуется в референтных группах, хобби-компаниях. Во всех них используется характерный подростковый сленг. Условная или явная патология проявляется в вытеснении реального общения виртуальным, вплоть до полного «ухода» в абстрактно-компьютерный мир, в прогулах школы в компании сверстников,уходах из дома, бродяжничестве, вступлении в секту, подростковую банду, экстремистскую группу (что не предполагает, в отличие от институциированных моделей инициации,последующую реинтеграцию в социум). Организационными альтернативами стихийной изоляции могут быть проживание группы подростков в заброшенной деревне с полным самообеспечением (Степунина Н.Е., 2017), секции, кружки, военно-спортивные и трудовые лагеря, монастыри, интернаты для трудновоспитуемых, психиатрический стационар (с сепарацией, пребыванием в «иной реальности» и последующей реагрегацией), а коррекционно-социализирующими приемами – индивидуальная, семейная и групповая психотерапия - сначала в параллельных, а затем в смешанных (детско-родительских) группах закрытого типа с «преодолением препятствий», «мозговыми штурмами», творческим общением.

Современными социальными и стихийными вариантами традиционных разбойных набегов подростков-неофитов на территорию взрослой общины (в контексте воспитания охотничьих и военных навыков), обозначения собственной территории, санкционированных ритуальных бесчинств (например, в купальную ночь и в одну из ночей на зимние святки), пребывания в сакральной хижине являются: тимуровские дружины; волонтерские объединения; игры в войну, пейнтбол; междворовые баталии; набеги на сады и цветники; драки «стенка на стенку»; надписи на заборах, граффити; охота на «чужаков»; хоровое скандирование кричалок и речевок; флэшмобы; агрессивно-провокационная активность на плановых и стихийных митингах, в том числе в рамках молодежных субкультур, модифицирующих агрессивное поведение («скинхеды», «сатанисты» и пр.). Условная и явная социальная и/или психическая патология, отражающая данный модуль инициации, проявляется в защите «своей» и захвате «взрослой» территории, ее маркировке (в т. ч. вандально-разрушительной), борьбе с «врагами» (от болельщиков команды-соперницы до представителей иной нации), с видеозаписью и демонстрацией в интернете «боев без правил» с конкурентами и полицией. Организационно-коррекционные альтернативы могут быть реализованы предоставлением подростку собственной комнаты в квартире с правом ее маркировки, выделением «комнаты для раздумий» в психиатрическом или исправительном стационаре, социально приемлемыми вариантами военизированных и «разрушительных» игр и заданий, привлечением к игровым видам спорта с наличием «своей» и «чужой» половины, психотерапевтический прием –разделение группы на конкурирующие команды.

Модуль оппозиции взрослым («не важно как, главное – не так, как они»), разрушения родительских стереотипов, игнорирования макросоциальных традиций встречается в любом обществе с терпимым отношением старшего поколения к подростковым реакциям оппозиции, эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакциям, демонстрируемой сексуальности (Личко А.Е., 1983). Его стихийные формы могут носить характер «бунта» в виде наглости, хулиганства, цинизма, перманентной неопрятности, порчи имущества, непристойного поведения, повсеместным применения ненормативной лексики. Условная и явная патология проявляется в ссорах с родителями и домочадцами, вызывающем, скандальном и иждивенчески-протестном поведении, конфронтации, самоактуализации через негативизм, в ослаблении и угашении реакций отвращения и стыда, отрицании элементарных гигиенических норм. Психотерапевтическая реализация данного модуля возможна в рамках 8-дневной интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС) в группе детей и родителей (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 2004), включающей такие приемы, как:работа на равных, создание «семейного герба», совместное с родителями совершение подвигов на заключительном сеансе, встречное планирование изменений (пуб-

личное торжественное обещание: «Я обещаю постараться…»).

Традиционные модули обряда инициации включают временную или постоянную (статусную) раскраску, повреждение и шрамирование тела (включая половые органы), членовредительство (без ущерба для жизни и трудоспособности), а также обнажение или унификацию одежды посвящаемых во время заключительного ритуала. Современная молодежная мода, в том числе «Фрик-мода» (freak - англ.: урод) включает пирсинг, татуировку и гетеро-татуировку «на память» (маркировка партнера), утрированный и стилизованный макияж, бритье наголо, необычные прически, унификацию (в том числе бисексуальную) одежды (с частичным обнажением тела) и атрибутов. Условно или явно патологический характер приобретают аксессуары и рисунки на теле и одежде, символизирующие разрушение и смерть, самоповреждающее поведение - порезы, прижигания, растирания кожи, трихотилломания, дерматотлазия и другие манипуляции с собственным телом (Шевченко Ю.С., 1994; Польская Н.А., 2017). Саногенные организационные и психотерапевтические альтернативы представлены технологией «боди-арт» и телесно ориентированной психотерапией (Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., 2016), «родительским массажем», бальнеотерапией, самонанесением уничтожаемой на заключительном сеансе эмоционально-стрессовой психотерапии «татуировки», изображающей качество, от которого надо избавиться, остроумным высмеиванием субкультурной атрибутики, лишающим ее сакральности, уникальности и привлекательности.

Обязательным способом демонстрации взросления является утверждение себя в группе при состязаниях в силе, ловкости, быстроте, умении, а также демонстрация нечувствительности к насмешкам и ударам во время ритуала посвящения. Современные общепринятые и стихийные формы реализации этого модуля обнаруживаются в движении юнармейцев, в экстремальных и силовых видах спорта, бодибилдинге, троллинге (сетевом злословии), ритуальной драке перед принятием новичка в группу, прохождением им «испытательного срока» с провокациями и унижением. Тренд в социальную или психическую патологию демонстрирует рискованное для себя и других поведение (лихачи, «зацеперы», «бэст-джамперы» и прочие субкультуры рискового типа), шоплифтинг, гиперкомпенсация в коллективе через «маску клоуна», коллективные избиения и издевательства над «отступниками» (феномен «Чучело» из одноименного кинофильма). Организационные альтернативы девиантного самоутверждения - спортивные игры, «школы выживания», психотерапевтические - творческая, силовая, интеллектуальная «дуэль по правилам», режим молчания, система «громких» и «тихих» подвигов, приемы «горячий стул», «стул победителя», неоконченный рассказ «Новичок в классе» и пр.

**Ю.С. Шевченко**

## ТРАДИЦИОННЫЕ, СТИХИЙНЫЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОДРОСТКОВОЙ ИНИЦИАЦИИ (часть II)

**ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).**

Традиционное знакомство инициируемых со священными образами происходит в процессе тотемических церемоний (изгнание детского духа и приобщение к сакральному), информирования неофитов о мифических и исторических героях, *преклонения* перед ними, приобщения к магическим и анимистические представлениям, смене имени на более «*возвышенное*». Современными социальными институтами, обслуживающими этот модуль, являются историко-патриотические клубы, следование доблестным примерам, чаще же молодежным кумирам от поп-искусства, спорта, использование кличек и прозвищ, а стихийными формами - социальное научение через СМИ, демонстрирующих безнаказанность и сексуальное подкрепление «героически-сверхчеловеческого» противоправного поведения. Социальные девиации представлены оппозиционным действующей идеологии выбором брутальных героев («мертвый мститель» из готического потустороннего мира) и «равных богу» антигероев (Гитлер, Сталин, анархисты, национал-социалисты, язычники, «сатанисты»-«нелюди») и подражанием им, а также моделирующих будущее субкультурах, таких как cyberpunk, rivethead, cybergoth, dark-cyber, EBM (Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е., 2015), а психопатологические - бредом инсценировки, деперсонализацией. Их коррекционно-психотерапевтические альтернативы – аретотерапия, библиотерапия («Жизнь замечательных людей»), называние подростка полным (взрослым) именем, знакомство со значением его имени, поиском «знаменитых тезок» и публичным рассказом о выбранном для себя, рисунком идеального образа, символическим преображением в музыкальной пантомиме «Золушка» и других психодраматических инсценировках.

Традиционно модуль инициации в виде священного погружения в мир *духовных ценностей* и знакомства с *законами жизни* во взрослом обществе реализовывался в процессе религиозного воспитания и благодаря раннему (до наступления половой зрелости) началу трудовой деятельности. Отсутствие государственной идеологии, религиозной культуры и выверенной молодежной политики обусловливают мировоззренческий «вакуум» и жизнь «днем сегодняшним». Стихийные источники-носители субкультурной мифологии и идеологии – «культовые» книги, стихи, сайты, фильмы, тексты песен и пр. Отсутствие трудового воспитания порождает иждивенчество. Тренд в социальную и психическую патологию

обнаруживается в балансировании между безверием и фанатизмом, научным знанием и магическим мышлением, поиском идеалов и их отрицанием, асоциальностью и конформизмом, противопоставлении «тонких эмоций» индивида «грубости» окружающих, метафизической интоксикации, диссоциации между половой и социальной зрелостью, формировании потребительской идеологии, мизантропии. Социализирующие и психокоррекционные каналы данного модуля – трудотерапия, приобщение к традиционной религии, «национальной идее», библиотерапия, арт-терапия, бихевиорально-когнитивная (в т. ч. аверсивная) психотерапия. Психотерапевтические приемы - неоконченные рассказы, семейный контракт, передача ответственности, создание «жизненных сценариев» (которые могут создаваться и по окончании сессии активной терапии-коррекции).

Модуль *укрощения плоти* в традиционных архаических культурах реализовывался в таких формах инициации, как бичевание, табу на ту или иную пищу, испытаниях голоданием, победой над болью, отказе от амбиций, упражнениях в аскетизме и т. п. Современные культурные принципы воспитания отвергают не столь давние традиции физических наказаний (не исключавшие смысл: «Бьет – значит любит»). Стихийные каналы для данного модуля - ограничения в еде (в соответствии с модой на стройную фигуру или как переадресованная на себя агрессия), физические испытания, братание кровью, несуицидальные самоповреждения. Условная или явная патология - болезненные садо-мазохистические самоманипуляции, сверхнагрузки, псевдоаскетическое поведение, «ипохондрия здоровья», трансгендерность и синдром отвергания пола, расстройства пищевого поведения, астеноапатическая депрессия. Саногенные альтернативы: психокоррекционный настрой на позитивное изменение себя, личностный рост, лечебная диета, порка-терапия, сенсомоторная коррекция. Во время интенсивно-экспрессивной терапии - 5-6-часовые занятия без перерыва для еды (вода не исключается), работа по принципу: «Один за всех, все за одного».

Модуль *дифференцированного полового воспитания* традиционно включал игры с куклами, сменяющиеся заботой о малышах для девочек и играми в войну для мальчиков. Далее следовали традиции однополой (мальчишники, девичники) и разнополой дружбы, ухаживания, кумления («крещение кукушки»), «калиты» (Андреева ночь), ритуальные игры с целованием и раздеванием и другие формы декларирования сексуальной состоятельности. Официальные периоды (например, между помолвкой и свадьбой) допускали половую распущенность. Современные социальные институты предлагают специальное сексуальное воспитание в школе и семье, а средства массовой информации распространяют эротическую и сексуальную тематику, в т. ч. сочетание сексуальной стимуляции со сценами ужаса и отвращения (вампиризм, каннибализм), моду на гомо- и бисексуальность. Стихийными формами реализации данного модуля остаются само- и взаимопросвещение, мастурбация, первая любовь и первый сексуальный опыт, борьба за сексуального партнера в форме интриг и агрессии. К социальной и психической патологии тяготеют: недифференцированная половая активность, фантазии об однополом браке и смене пола, дружба и любовь по интернету, ревность, «месть отверженного», сексуальная распущенность, промискуитет, избиение конкурентов, суицид из-за неразделенной любви, синдром Вертера, гебоидный синдром. Социализирующий и гармонизирующий эффект несут библиотерапия («рыцарские» и мелодраматические романы), лирическая поэзия, бардовская песня, проведение психотерапии в однополой и смешанной по полу группе (в т. ч. в контексте профессиональной ориентации), освоение мальчиками-подростками «малого джентльменского набора» (умениями, навыками, информацией, помогающими позитивной самопрезентации), девочками - просоциального настроя на брак и выполнение родительских функций (Гречаный С.В., 2015), иронии и сарказма в отношении имитативного суицида, аргументированного интроекта: «Любить - значит заботиться».

Архаические процедуры инициации включали пребывание неофитов в *измененном состоянии сознания*. Для этого использовались ритуальные трансовые техники с лишением сна, ритмической (музыкальной, танцевальной) стимуляцией. Изменение сознания достигалось также с помощью вина, дыма, галлюциногенов. Современные социализированные формы целенаправленного достижения того же эффекта – занятия йогой, медитацией, а неосознаваемые -шизоидизирующая фрагментация сознания, создаваемая смарфонами и плейерами. Стихийные формы – приобщение подростков к табаку, курительным смесям, алкоголю, напиткам-«энергетикам», а также увлечение «тяжелым роком», трансовой, медитативной музыкой, являющиеся обязательными атрибутами гедонистических субкультур (хиппи, растаманы и т. п.). Патологические варианты данного модуля инициации представлены алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, игроманией, компьютерной и иными «технологическими аддикциями», затрудняющими и искажающими восприятие окружающего мира. Организационные альтернативы и психотерапевтические приемы представлены гипнотерапией, аутогенной тренировкой, голотропной психотерапией, трансовыми техниками, эмоционально-стрессовым характером заключительного сеанса психотерапии, включающего эфирно-медикаментозную аэрацию зала.

Социально-инстинктивная программа инициации включает *встречу с хаосом* и прохождение через него, развенчание и «приручение» магических образов, пугавших в детстве. Традиционные формы данного модуля представлены ритуалами наподобие ночи на Ивана Купалы. На их место пришли праздники типа Хэллоуин, карнавалы. Тот же психофизиологический эффект вызывает посещение комнаты страха, увлечение детективами, триллерами, фэнтези. На этот же модуль работают абстракционизм, декаданс, модернизм, символизм в искусстве. Его стихийная реализация просматривается в ритуальном

сжигании школьных дневников. Аномальный характер представлен деструктивным, фантасмагорическим творчеством, психоделическим трансом, моральным и правовым нигилизмом, а явно патологический – сверхценным и бредовым фантазированием, идеями овладения. Коррекционные методики: психоанализ; религиозная психотерапия; арт-терапия. Конкретные приемы: рисунки и маски, танец страхов; разрушение или трансформация пугающих образов; игра «инопланетяне» и т. п.

Кульминационным ритуалом обряда подростковой инициации является *символическая смерть* с телесными повреждениями, укусами муравьев, обрезанием и иными хирургическими манипуляциями (нередко предваряемая демонстрацией регрессивного поведения). Данный модуль реализуется в общеподростковом танатотропизме, приверженности экстремальным видам спорта, обнаруживается в рискованном, аутоагрессивном и парасуицидальном поведении (сочетающимся с «дурацкими» шутками и выходками), в субкультурах, формирующих «депрессивное» поведение («панки», «эмо», «готы»), а также в их виртуальных аналогах. Условная и явная социально-психическая патология, соответствующая этому модулю, обнаруживается в комплексе неполноценности, непереносимости шуток и насмешек, самоутверждении через высмеивание и унижение других, социофобии, мизофобии, демонстративных и истинных суицидах, гебефрении. Соответствующие психотерапевтические техники представлены регрессивным гипнозом, а в групповых занятиях - приемами «клоунада», «автопортрет», «сплетники», «портрет группы». Во время заключительного сеанса групповой психотерапии - в символизирующих смерть процедурах «операция» (пугающая, но не болезненная), «каталептический мост», осуществляемых в зале,насыщенном запахом медикаментов.

Завершает как весь период подготовки к обряду трансформации (своего рода «курс молодого бойца»), так и ключевой ритуал инициации *праздничное возрождение* в новом социально-личностном статусе в окружении всей общины. Он заключается в демонстрации взрослых качеств и публичном посвящении в статус равноправного члена взрослого общины. Традиционно этот модуль социального преображения представлен торжественным посвящением в «пионеры», «скауты», «комсомольцы», «рабочие», «студенты», обеспечивающем уверенность неофита в собственной необходимости для общества. Несанкционированные, но общепринятые обычаи реализации данного модуля - празднование юбилеев, застолья по поводу получения паспорта, первой зарплаты, поступления в ВУЗ и его окончания, защиты диссертации и т. п. Аномальные варианты его - завышенная самооценка, комплекс «самурая», демонстративное высокомерие, идеи мессианства, величия и злого могущества. Организационным условием позитивной реализации данного модуля является присутствие публики (аналог общины) на заключительном сеансе-ритуале инициации, праздничная одежда участников, общее торжественное чаепитие по окончании работы группы. Конкретные психотерапевтические приемы: «второе рождение», «письмо другу», предвыборная кампания, совершение «громкого личного подвига», его фото- и видеозапись, общие танцы и песни, декламация жизнеутверждающего стихотворения (аналог клятвы-присяги).

Резюмируя, можно сказать, что проблема «отцов и детей» и девиации «трудного возраста» вечны и универсальны, поскольку заложены в генетической программе, сложившейся в ходе социально-биологической эволюции. Минимизация издержек подростковой инициации может быть обеспечена направлением культурной эволюции не в противоход социально-биологическим детерминантам, а в направлении, обеспечивающем их разумную канализацию. Это в полной мере соответствует основному принципу детско-подростковой психотерапии – принципу «радостного взросления».

**Ю.С. Шевченко, А.В. Горюнова, В.А. Корнеева**

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

**ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).**

Медико-психолого-социально-педагогическое сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра является обязательным с момента их обнаружения. При этом задачи взаимодействия соответствующих специалистов определяются этапом и уровнем лечебно-коррекционного процесса.

На этапе первичной диагностики ведущую роль играет детский психиатр, взаимодействующий со своими коллегами – неврологами, генетиками, педиатрами. Их задача – определить нозологическую принадлежность синдрома (варианты Каннера, Аспергера, синдром в рамках шизофрении, «органический» аутизм) и отдифференцировать эту «ядерную» группу РДА от сходных состояний, относимых к «расстройствам аутистического спектра» (наследственные синдромы Мартина-Белл, Ангельмана, Нунан, Ретта, НЗО и проч.), имеющих свой собственный прогноз и предполагающих соответствующий медико-социальный маршрут (Симашкова Н.В., 2013; Горюнова А.В., 2016). Участие врачей смежных специальностей, а также логопеда, дефектолога, пато- и нейропсихолога на этом этапе необходимо для функциональной диагностики исходного состояния и планирования времени начала и алгоритма собственного участия в работе с конкретным ребенком. В то же время клинический, педагогический и социально-психологический прогноз (в частности, планирование инклюзивного, интегративного или специ-

ального обучения) на этом этапе не может определяться демонстрируемой тяжестью аутистического поведения и степенью отставания в психоречевом развитии. Это требует динамической диагностики в процессе проведения комплексной полипрофессиональной помощи, подразделяемой нами на «метаболический»; «нейрофизиологический»; «синдромальный»; «поведенческий» и «социально-личностный» уровни (Шевченко Ю.С., 2016, 2017).

Двойная синдромально-нозологическая сущность **метаболического** уровня заключается в сочетании психофармакологического лечения, направленного на ведущий психопатологический симптомокомплекс и на сопутствующие коморбидные расстройства, а также на столь частые у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности, с общеукрепляющим и специфическим соматотропным лечением. В отношении психоречевой ретардации первично-дизонтогенетической и/или энцефалопатической природы, безусловно, оправдано назначение ноотропов. При этом следует учитывать, что на сам аутизм любой природы они не влияют, а при процессуальном способны спровоцировать обострение заболевания. Прицельно в отношении собственно синдрома Каннера широко применяются как ноотропные препараты, так и нейролептик – рисполепт (рисперидон), как правило, в невысоких дозах, дающих стимулирующий и «собирающий» эффект. В отношении детей с процессуальным аутизмом показан более широкий круг медикаментов, традиционно применяемых при лечении шизофрении. Сочетанным действием (на процесс и на синдром) обладают рисполепт (в индивидуально-возрастных лечебных дозах), а также лепонекс (клозапин) и абилифай (арипипразол). Относительно специфичным саногенным подходом можно считать нормализацию обмена микроэлементов (кобальта, меди, марганца, цинка, селена и др.), который нарушен у детей с РАС и имееткачественные отличия при типичных и атипичных формах аутизма (Скальный А.В., 2016). В контексте активно развивающейся «митохондриальной гипотезы» перспективным в терапии «энергодефицитных» состояний представляется использование препарата L-Карнитина, участвующего в синтезе АТФ и тормозящего апоптоз, в сочетании с витаминами РР, В1, В6, липоевой кислотой, биотином (Сухоруков В.С., 2017).

Переходными к следующему уровню можно считать немедикаментозные биологические воздействия на дизнейроонтогенетические механизмы РДА. Они представлены транскраниальной микрополяризацией мозга (ТКМП) и транскраниальной магнитной стимуляцией (ТКМС), а также гипербарической оксигенацией. Эти методы еще требуют специальных исследований для разработки более дифференцированных методик (Скворцов И.А., Башина В.М., 2013; Dunlop K., Woodside B., Lam E. et al., 2015). Привлекательным видится исследование на детях с РДА (равно как и на детях с психосоматическими расстройствами) нейрореабилитационной методики электростимуляции языка (Чуприков А.П, Хворова А.М., 2013; Чудинова Г.Н., 2016).

**Нейрофизиологический** уровень представлен нейропсихологической (сенсомоторной) коррекцией, направленной на исправление дизнейро-онтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок) (Семенович А.В., 2002; Корнеева В.А., Шевченко Ю.С., 2010). Аналогична по идеологии технология «замещающего онтогенеза», основанная на концепции Н.А. Бернштейна об эволюционных уровнях физиологии движений и активности (руброспинальном – осуществляющем тоническую регуляцию тела; таламо-паллидарном – определяющем двигательные синергии и штампы; стрио-паллидарном – обеспечивающим построение «пространственного поля»; теменно-премоторном – отвечающим за построение речевых и графических координаций; интеллектуальном – определяющим социально-психический уровень личности), которые являются обязательными «мишенями» в работе с детьми-аутистами (Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е., 2012).

К следующему уровню комплексного лечебно-коррекционного воздействия подводят лечебный массаж, регрессивные и развивающие подвижные и сенсорные игры с неструктурированным природным материалом (вода, песок, глина, камни, палки), с краской, с шумовыми, звенящими и свистящими объектами, техники телесно-ориентированной психотерапии, включая психотерапевтическую кинезиологию, игры в сухом бассейне, занятия в сенсорной комнате, плавание, прыжки на батуте, иппотерапия, «комплексная игровая кинезитерапия».

Коррекционно-психологическая работа на **третьем** уровне направлена, прежде всего, на облигатный для данной нозологической группы патопсихологический синдром, его эмоционально-коммуникативную и когнитивную составляющие. Глубокий, инстинктивно-поведенческий пласт патологии предполагает этологическую ориентацию коррекционных мероприятий. Ключевое место в них должна занимать холдинг-терапия в своем классическом варианте либо с дополнением интраназального введения окситоцина (в виде спрея) обоим участникам процедуры для усиления механизма взаимного импринтинга ребенка и матери. На оживление и канализацию филогенетических инстинктов нацелены анималотерапия, использование палатки как индивидуальной территории с предоставлением возможности ее маркировки, искусственный костер, боксерская груша, собирание растений, листьев, корешков и т. п., экспансивно-разрушительные игры. Качели, гамаки обеспечивают внешнюю ритмическую стиму-

ляцию как альтернативу аутистическим стереотипиям.

Работа на этом уровне направленная на развитие и стимуляцию интеллектуально-речевой сферы, включает психологическую, логопедическую, дефектологическую коррекцию факультативных синдромов - дислалии, дислексии, дискалькулии, дисграфии и пр., группы Монтессори. Эффективным методом обучения детей, имеющих определенные трудности чтения, письма или арифметического счета, является метод мультисенсорного обучения (multisensory teaching method), логически связанный с методиками предыдущего уровня.

Переходными к следующему уровню можно считать различные индивидуальные и групповые регрессивно-кондуктивные техники (в частности, музыкально-терапевтические, игровые, творческие), основанные на концепции В.В. Лебединского, касающейся онтогенетических уровней регуляции базального аффективного тонуса («полевого поведения», уровня «стереотипов», «аффективной экспансии», «социального контроля»).

Задача работы на **поведенческом** уровне - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения с целью облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе. Она решается с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной (в т. ч. в форме «материнского гипноза») и других видов психотерапии. В зависимости от возраста пациента и содержания «поведенческой мишени» (формирование того или иного навыка самообслуживания, преодоление конкретного страха, подавление агрессивных или аутоагрессивных действий и т. п.) бихевиорально-когнитивная модификация поведения или «прикладной анализ поведения» - АВА-терапия - включает либо приемы непосредственного формирования или подавления тех или иных стереотипных моделей поведения (с помощью вдохновляющих, награждающих, принуждающих или наказывающих воспитательных воздействий), либо приемы «жизненных сценариев», «передачи ответственности», «семейного контракта». Моделирующие, аверсивные, десенсибилизирующие приемы поведенческого уровня следует планировать отдельно для домашней ситуации и ситуации детского коллектива. Чем сохраннее интеллект ребенка-аутиста, тем более бихевиоральный подход может быть дополнен когнитивными и иными психотерапевтическими технологиями.

Переход к следующему уровню осуществляется в процессе реконструкции уровней онтогенеза общения – ситуационно-личностного; ситуационно-делового; внеситуационно-познавательного; внеситуационно-личностного (Лисина М.И., 1986). При этом опора на, как правило, наиболее сохранные у аутистов средние уровни общения («деловой» и «познавательный») предполагает расширяющее движение (в виде «позитивного регресса» и «психоэлевации») к первому и четвертому уровням в соответствии с принципами онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю.С., 2011).Эти формы общения последовательно реализуется в разнообразных семейных парах - во взаимодействии с матерью, отцом, бабушкой, дедушкой и т. д., а также в процессе моделируемого взаимодействия детей на музыкальных занятиях, в групповых подвижных играх, уроках живописи, играх в песочнице, игр по правилам, сюжетных и сюжетно-ролевых игр, чтения, сочинения и разыгрывания сказок и историй и т. п.

Цель **социально-личностного** уровня - разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. В зависимости от инклюзивного или интегративного приоритета реабилитационных перспектив ребенка с той или иной формой РДА выбирается соответствующий коррекционно-психотерапевтический подход.

Продуктивной в отношении как детей, так и их матерей (подверженных хроническому психогенно-депривационному влиянию вынужденного симбиоза с больным ребенком) представляется инклюзивно-интегративная ситуация пролонгированного (месяц и более) пребывания в семейных психоневрологических санаториях, зимних и летних лагерях отдыха, реабилитационных деревнях и т. п., где работа специалистов дополняется положительным влиянием непрерывного нахождения среди здоровых детей, детей с пограничными расстройствами неаутистического спектра и их родителей.

Выбор варианта обучения в начальной школе в соответствии с Федеральным Государственным Образовательным Стандартом (ФГОС) (общеобразовательная программа с нахождением в среде нормально развивающихся сверстников; такая же интегративная, но пролонгированная программа; программа специального образования в пролонгированные сроки с пребыванием в классах инклюзивного обучения, коррекционных классах и школах разного вида; специальная, пролонгированная и индивидуализированная программа развития (СИПР) для детей с тяжелыми интеллектуальными и множественными нарушениями) выступает не как альтернатива, а как базис для реализации рассматриваемого многоуровневого подхода к реабилитации детей с РДА.

Важная роль отводится семейной психотерапии, которая для многих родителей начинается с замены их воспитательных установок с пассивно-ожидательных и тревожно-снисходительных на активно-прагматическую. Длительный, многолетний характер лечебно-коррекционной работы и не всегда оптимальный прогноз предполагает необходимость соответствующих мер по профилактике «эмоционального выгорания» у родителей (особенно в неполных семьях и семьях, не имеющих здоровых детей), включающих при необходимости назначение им дневных транквилизаторов, малых доз антидепрессантов и проведение специальной психотерапии.

**Ю.С. Шевченко, Л.В. Пилюгина, М.Ю. Шевченко**

## К ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СДВГ И МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

**ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).**

Специфика аффективных расстройств у дошкольников и младших школьников проявляется в типичном для соответствующего их возрасту психомоторного уровня нервно-психического реагирования (по В.В.Ковалеву) синдроме «**возбужденной мании»** (Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988). Нами выделены следующие критерии отграничения возбужденной мании от сходных нарушений поведения у детей иной психопатологической структуры, в частности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), который нередко ошибочно диагностируется неврологами и психиатрами (Шевченко Ю.С., 2006, Пилюгина Л.В., 2006).

1. Под маской психопатоподобного поведения, в структуре которого у детей дошкольного и младшего школьного возраста большое место занимают гиперактивность и повышенная отвлекаемость, **всегда присутствуют более или менее выраженные маниакальные /или гипоманиакальные/ расстройства**, которые можно ошибочно принять за «естественную детскую живость», конституциональную гипертимность или органическую эйфоричность. При «возбужденной мании» выраженность аффективной триады неравномерна в отдельных ее компонентах. Преобладает психомоторное и идеаторное возбуждение в виде двигательного беспокойства, непоседливости, суетливости, обилия лишних движений, импульсивности поступков, непослушания, повышенной возбудимости и ажитированности, реже гневливости (как правило отмечаемой при инверсии аффекта). Это сочетается с многоречивостью (нередко в форме монолога) вплоть до «речевого напора» (приводящего порой к осиплости голоса), обилием и легкостью ассоциаций, откликаемостью, гиперметаморфозом внимания, неистощимостью потока интеллектуальной продукции. Усиленное фантазирование может сопровождаться визуализированными представлениями даже у тех пациентов, у которых ни до, ни после приступа способность к яркому образному воображению не отмечалась.

Сам же аффективный компонент маниакальной триады характеризуется порой лишь малозаметным подъемом настроения с бездумной веселостью, дурашливостью, игривостью, склонностью к шуткам и клоунаде, неспособностью к сколько-нибудь длительному сохранению серьезности. Реже можно обнаружить за обычной для многих детей переоценкой собственных возможностей наличие несистематизированных идей превосходства как рудимент бреда величия. Чаще обращает на себя внимание непробиваемый оптимизм, отсутствие адекватной реакции на неприятности, неудачи, замечания.

Автономная гиперактивность, нередко сопряженная с повышенным риском для здоровья самого ребенка, угрозой для живого и неживого окружения, держит находящихся с ним людей в постоянном напряжении, доводит их «до сумасшествия». Это вынуждает прибегать к постоянным окрикам, наказаниям вплоть до физического воздействия как к единственному средству достижения хотя бы временного послушания, прекращения «хулиганства». Нераспознанность возбужденной мании ведет к изолированному применению педагогических мероприятий (Шевченко Ю.С., Шевченко М.Ю., 2006), что оказывается неэффективным, вызывая у близких недоумение, растерянность и отчаяние.

2. **Фазность поведенческих расстройств**, обусловленных маниакальным возбуждением, обнаруживаемая далеко не всегда. В ряде случаев отмечаются суточные колебания психопатоподобных эквивалентов с гневливостью и конфликтностью в утренние часы и нарастающим возбуждением с безудержной неуправляемостью во второй половине дня. Наличие сезонности в выраженности расстройств удается обнаружить при повторных приступах, однако уточненный анамнез часто позволяет отметить довольно очерченное по времени **острое начало** качественного ухудшения поведения, не связанное с какой-либо значительной психотравмирующей ситуацией. В отличие от резкого начала приступа, который может длиться от нескольких месяцев до года и более, его спонтанное завершение происходит чаще литически и завершается возвратом к преморбидному состоянию (при шизоаффективном психозе и приступообразной шизофрении) либо к более или менее выраженному состоянию шизофренического дефекта (при приступообразно-прогредиентной форме заболевания).

3. **Наличие соматовегетативных проявлений мании** обнаруживается в нарушениях сна (позднее засыпание, укороченный по времени глубокий сон), повышенном аппетите, неутомимости, неизменном ощущении физического благополучия, легкой переносимости физического дискомфорта, пониженной чувствительности к боли, высокой сопротивляемости соматогенным вредностям, нечувствительности к аденовирусным инфекциям, что свидетельствует о повышенном витальном тонусе. В ряде случаев имеет место усиление инстинктивной сферы - сексуальная расторможенность, неперсонифицированная агрессивность, «веселая злость». Характерно, что при биполярном течении основного заболевания характер агрессивности у одного и того же больного субъективно меняется. Беззлобно-шутливая драчливость, характерная для маниакальной фазы, сменяется напряженно-жестокой агрессивностью, порой спаянной со сверхценной недоброжелательностью к окружающим, родителям на фоне депрессивно-дисфорического аффекта.

4. **Критерий ex juvantibus** (доказательство предполагаемой природы расстройства на основании эффективности специфического для него лечения). Психопатоподобные эквиваленты мании у детей

проявляют особую чувствительность к седативным нейролептикам, в особенности к галоперидолу, на фоне которого параллельно снятию психомоторного возбуждения и упорядочиванию поведения исчезает расторможенность инстинктивных форм поведения, внешне напоминающих гебоидность, но не содержащих в себе, как правило, выраженных признаков патологически извращенных влечений (более чувствительных к аминазину и неулептилу). У обследованных больных усиленная сексуальность была лишена перверзности (извращенности), агрессивность – брутальности (чрезвычайной грубости и жестокости), ритмическая стереотипная самостимуляция - аутоэротической неодолимости. Такие формы поведения, как курение, сквернословие носят обычно преходящий характер, не приобретают качества истинного пристрастия и больше импонируют как непосредственная имитация броского девиантного поведения более старших детей. Клептоманическое поведение (болезненное воровство) носит явно регрессивный, филогенетический характер (по типу «сороки-воровки»). Полевое поведение аутистического характера или в рамках реакций группирования со сверстниками в виде блуждания по стройкам, чердакам, подвалам (как правило, вблизи дома) лишь внешне напоминает истинную дромоманию (патологическое неодолимое влечение к бродяжничанью).

Наш собственный опыт показал, что при длительном приеме галоперидола возможна инверсия аффекта, наступление депрессивной фазы, сопровождающейся появлением иной, более полиморфной психопатологической симптоматики (страхов, навязчивостей, галлюцинаторно-параноидных и прочих расстройств), которая, как правило не выявляется на фоне мании, особенно при небольшой длительности заболевания. Оптимальным представляется сочетание «больших» нейролептиков (галоперидол, клозапин, кветиапин, оланзапин, арипипразол) с препаратами лития или карбамазепином. Это способствует стабилизации состояния и служит профилактикой повторных приступов. Малые нейролептики (тералиджен, сонапакс, хлорпротиксен, эглонил) способны лишь слегка успокоить ребенка, но не остановить эндогенный процесс, тогда как ноотропы и психостимуляторы могут спровоцировать психотическое обострение.

5. Предположить аффективную природу поведенческих расстройств позволяет **наличие более отчетливых аффективных (чаще соматизированных депрессивных) фаз в анамнезе** (в частности, в раннем возрасте), а также **наследственная отягощенность** маниакально-депрессивными расстройствами. Последняя чаще прослеживается по материнской линии, тогда как шизотипичность - по линии отца.

6. Дополнительными критериями диагностики психопатоподобных масок мании служат **гетерономность актуального поведения преморбидно-дефензивным чертам характера** детей (тормозимым, тревожно-мнительным, сенситивно-шизоидным), а также сохраняющееся в ряде случае, **субъективное ощущение** у сохранных больных **необычности и неестественности своего поведения** и состояния в целом, наличие чувства измененности, хотя и без негативного отношения к этому. «Раньше я был совсем другой, тихий», - говорил о себе один наш пациент; «У меня в голове каракули», - комментировал свое идеаторное возбуждение другой. К «позитивной» диагностике возбужденной мании следует добавить критерии «негативной» диагностики, отличающие эти состояния от нарушений поведения резидуально-органической природы (Сухотина Н.К., 2011, 2017).

7. Психопатоподобные и гиперкинетические эквиваленты мании **не содержат** в своей психопатологической структуре типичных для синдрома двигательной расторможенности резидуально-органической природы **актуальных** признаков **психоорганических нарушений**, хотя неврологические и нейрофизиологические признаки минимальной мозговой дисфункции и указания на токсикоз беременности и перинатальные вредности в анамнезе, имеют место в 100% случаев. Прежде всего это касается интеллектуально-мнестической сферы. У маниакальных детей продуктивность страдает не из-за дефицита внимания, снижения памяти и повышенной умственной утомляемости, а за счет высокой отвлекаемости, легкости и обилия ассоциаций и их повышенной переключаемости. Отсутствует инертность мышления. Недостаточная целенаправленность может сочетаться у них с высокой продуктивностью в субъективно привлекательной или сверхценной аутистической деятельности, легким усвоением материала, обилием ярких, остроумных умозаключений, разнообразием интересов, неутомимостью в занятиях. Даже при наличии специфических негативных расстройств при прогредиентных формах шизофрении продуктивность на фоне гипомании повышается за счет врабатываемости в процесс организованной извне интеллектуальной работы. По окончании приступа возбужденной мании продуктивность этих детей снижается. В случае достижения медикаментозной ремиссии для сохранения умственной продуктивности показано параллельно уменьшению дозы седативного нейролептика назначение малых или средних доз рисперидона.

При периодических формах заболевания и преморбидно сохранном интеллекте трудности в поведении, споры с учителями, неспособность удержаться в рамках школьной дисциплины сочетаются с заражающей веселостью и порой блестящими успехами в учебе и иной деятельности. Эти дети нередко кажутся «умнее! своих сверстников, а их психическая жизнь гораздо богаче обычного «возрастного диапазона». Академическим успехам способствуют отсутствие тормозимости в новой обстановке, легкость установления формальных контактов, равнодушие к собственным неудачам и промахам, «бойкость» в ответах, некритичная откровенность, воспринимаемая как непосредственность, склонность к резонерству, принимаемая окружающими за социабельность. В ряде случаев особый «учебный статус»

этих пациентов заставляет школьную администрацию рекомендовать родителям перевод их экстерном в следующий класс, но с обучением в домашних условиях.

В препубертатном и младшем подростковом возрасте (11-14 лет) на фоне все более заметного эйфорического оттенка настроения продолжающее преобладать двигательное возбуждение сопровождается более грубыми нарушениями поведения с драчливостью, потерей чувства дистанции по отношению ко взрослым, хвастливостью, прожорливостью, эротичностью. Это (в сочетании со все более явными специфическими расстройствами мышления) указывает на нарастание негативных расстройств. Предупредить их могут только своевременная диагностика и адекватная терапия.

**Ю.М. Шикин**

## ХАРАКТЕР И ДИНАМИКА ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» (Ставрополь).**

**Цель работы.** Выявление особенностей становления и развития межличностных отношений у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами, воспитывающимися в интернате семейного типа. Изучить связь социометрического статуса детей-сирот с видом психического расстройства как показателя степени социальной адаптации.

**Материалы и методы исследования.** Работа основана на клинико-психопатологическом и медико-психологическом исследовании 111 воспитанников Ставропольского дома детства в возрасте от 7 до 17 лет, которые составили 9 групп воспитанников по 11-14 человек разного пола и возраста. Характер межличностных отношений в группах воспитанников оценивался с помощью методики социометрии (J. Moreno, 1956), позволяющей количественно измерить интерперсональные отношения в группах исследуемого контингента детей-сирот. В качестве контрольной группы выступили 48 воспитанников Дома детского творчества.

**Результаты.** Полученные данные социометрического исследования в Доме детства свидетельствуют о том, что количество детей-сирот, имеющих отрицательный социометрический статус (С-) в своих группах, больше числа, имеющих положительный статус (С+) (соответственно 68 и 43). В целом соотношение суммарных значений «притягиваний» (R+) и «отталкиваний» (R-) у обследованных детей-сирот составило соответственно 340 и 405.

Анализ возрастных колебаний средних значений социометрии у детей-сирот свидетельствует о том, что до 9-летнего возраста сироты в своих группах вообще не имеют положительных показателей социометрического статуса при минимальном среднем количестве положительных выборов (+0,6). У воспитанников интерната, как и у семейных детей, - тенденция к повышению средних положительных значений социометрического статуса по мере взросления. Однако, в отличие от контрольной группы, у них во все возрастные периоды наряду со значительным ростом среднего количества положительных выборов определяется повышение числа отрицательных выборов. За исключением одной воспитательной группы, во всех остальных показатель сплоченности (Gg) имеет низкое значение. Выявляется абсолютное доминирование низкостатусных воспитанников среди детей с клинически значимыми расстройствами поведения и эмоций, психопатоподобными нарушениями вследствие органического поражения головного мозга и задержкой интеллектуального развития ($P \leq 0,05$).

**Заключение.** Дети и подростки в условиях социального сиротства плохо усваивают навыки продуктивного общения со сверстниками и взрослыми, не обладают развитой способностью понимать духовный мир другого и собственного Я, ориентируются на аномальные групповые формы поведения, складывающиеся в детском учреждении. Эти особенности личности сирот обусловливают существование неблагоприятного психологического микроклимата в большинстве групп дома детства. Обнаруживаемая при социометрическом исследовании устойчивая тенденция отвергать своих одногруппников говорит об их разобщенности, а также о напряженных отношениях между воспитанниками в группах.

**С.М. Ширко**

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ

**Белорусский государственный университет (Минск).**

В последнее время в рамках психологических исследований активно ведется изучение психолог ического здоровья личности, актуален вопрос выделения личностных особенностей, оказывающих влияние на показатели психологического здоровья. Эмоциональный интеллект и саморегуляция поведения – важные аспекты жизнедеятельности человека, а также ресурсы развития успешной адаптации к условиям изменяющейся среды и эффективной коммуникации.

Однако, несмотря на многие теоретические и практические разработки категории психологического

здоровья, ее статус на сегодняшний день весьма неоднозначен. Многомерность этого явления и разноплановость подходов к его изучению до сих пор не позволяют дать конкретного определения, выделить составляющие психологического здоровья, выявить его факторы, критерии и уровни. Несмотря на накопленный обширный материал по различным факторам, влияющим на психологическое здоровье, работ, где в качестве таких факторов рассматривался бы эмоциональный интеллект, практически не встречается.

Согласно подходу к определению психологического здоровья Я.Л. Коломинского, данный феномен трактуется как целостное состояние личности, психологическое и эмоциональное благополучие, наличие у человека гармонизированного внутреннего мира, равновесие с самим собой и с окружающим миром [1]. В соответствии с концепцией М.В. Сокольской, психологическое здоровье включает в себя гармоничное развитие эмоциональной, волевой, познавательной и коммуникативной сфер личности, а основу психологического здоровья составляет система качественных характеристик индивидуального развития личности, которая раскрывается через особенности индивидуально-психологических свойств субъекта, взаимоотношений с социумом , процессов саморегуляции и саморазвития, реализации актуальных потребностей [2].

Психологическое здоровье связано с особенностями личности, то есть со своеобразием характера и темперамента, взглядами, установками и концепцией своего «Я». Поэтому для психологической диагностики в процессе исследования психологического здоровья используется большое количество личностных опросников, показывающих те или иные радикалы характерологических особенностей. Следует отметить, что прямые методики, направленные на изучение психологического здоровья, в настоящее время отсутствуют. Поэтому для измерения уровня психологического здоровья используют косвенные методы. Так как психологическое здоровье включает в себя гармоничное развитие эмоциональной, волевой, познавательной и коммуникативной сфер личности, а также подразумевает наличие ряда характеристик, таких как приспособленность к социальному и природному окружению, стрессоустойчивость и стабильность человека в процессе активного взаимодействия с окружающей средой, гармоничная включенность в сообщество людей, нам видится целесообразным использование 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла, так как данный инструмент предназначен для измерения описанных выше характеристик.

В нашем исследовании предпринята попытка выявить взаимосвязь эмоционального интеллекта и психологического здоровья у студентов. Для решения поставленной задачи нами использовались следующие методики: опросник эмоционального интеллекта «ЭмИн» Д.В. Люсина, 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (форма А) в адаптации А.А. Бодалева. В исследовании приняли участие 110 юношей и девушек в возрасте от 17 до 25 лет (60 испытуемых женского пола и 50 испытуемых мужского пола).

В результате проведенного эмпирического исследования были установлены различия в показателях психологического здоровья у юношей и девушек с разным уровнем эмоционального интеллекта. У юношей и девушек с очень низким и низким уровнями эмоционального интеллекта наблюдаются снижения показателей психологического здоровья по таким факторам, входящим в группу эмоциональных и коммуникативных свойств личности, как «C» (эмоциональная устойчивость), «F» (беспечность), «H» (смелость в социальных контактах), а также рост значений по факторам «L» (подозрительность), «O» (тревожность) и «Q4» (напряженность).Была обнаружена прямая корреляционная связь общего эмоционального интеллекта с такими компонентами психологического здоровья, как эмоциональная стабильность (фактор «C») и смелость в социальных контактах (фактор «H»), а также обратная взаимосвязь с показателем тревожности (фактор «O») и напряженности (фактор «Q4»). Помимо этого была выявлена умеренная взаимосвязь эмоционального интеллекта с фактором «Q1» (восприимчивость к новому), а также фактором «Q3» (самодисциплина).

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что развитое умение понимать и управлять своими и чужими эмоциями соответствуетповышению эмоциональной устойчивости, смелости в социальных контактах, более развитому аналитическому мышлению, повышению восприимчивости к переменам и к новым идеям, а также снижению уровня тревожности, беспокойства, озабоченности, склонности к предчувствиям, самобичеванию и депрессиям, напряженности, взвинченности и раздражительности, что способствует улучшению психологического здоровья. Следует отметить, что данная взаимосвязь в равной степени прослеживается как у юношей, так и у девушек 17-25 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1.Коломинский Я.Л. Взаимосвязь психологической культуры и психологического здоровья личности как научно-практическая проблема / Я.Л. Коломинский, А.А. Селезнев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 4 (06). – С. 120–129.

2.Сокольская М.В. Психологическое здоровье: анализ понятия // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат-лы Международной науч.-практ. конф. – 2009. – С. 27–29.

**В.В. Шишков**

# СОЧЕТАННАЯ ТЕРАПИЯ И ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАИКАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ, ДАВНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВА И ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург).**

Заикание — это состояние речи, обладающее отрицательной, а в некоторых случаях и положительной динамикой, при котором наблюдаются в периферическом речевом аппарате больного судороги различной тяжести, продолжительности и частоты, возникающие в большинстве случаев вследствие невротических, неврозоподобных либо органических заболеваний нервной системы и, в свою очередь, вызывающие у значительной группы больных вторичные реактивные наслоения. Эти наслоения могут обусловливать определенные личностные изменения и приводить к нарушениям в той или иной мере системы общения больного с окружающими людьми (Миссуловин Л.Я., 1988, 1997).

Лечение длительно существующего заикания – трудный и долгий процесс, поэтому раннее устранение только что начавшегося заикания, пусть даже с помощью сильных средств, даже транквилизаторов, с параллельным введением ограниченного по длительности специального охранительного режима («обет молчания» с переходом на шепотную речь, затемнение комнаты, отключение радио и телевизора) вполне оправдано. Фармакотерапия недавно возникшего выраженного заикания, включает в себя: транквилизаторы бензодиазепинового ряда, мягкие ноотропные препараты, обладающие противосудорожным действием (Пантогам), «антиспастики» - центральные миорелаксанты (мидокалм) при наличии тонического компонента в расстройстве речи. Уменьшения числа рецидивов можно добиться нейтрализацией первичных и вторичных психогений, если они имели или имеют место.

В синдроме заикания в различных соотношениях представлены речевая (речедвигательная) и психопатологическая составляющие. У детей преобладают речевые (речедвигательные) расстройства; у взрослых степень декомпенсации заикающегося зависит от эмоционально-аффективных сдвигов. Психопатологические изменения с логофобией, стоящей в их центре, способствуют формированию таких черт в характере заикающихся, как повышенная тревожность, сенситивность, замкнутость, в свою очередь приводящих к еще большей дезорганизации личностных отношений (Шкловский В.М., 1967, 1985; Асатиани Н.М., Казаков В.Г., 1974). Имеет место несоответствие между тяжестью заикания (судорожного речевого синдрома) и социальной дизадаптацией заикающихся (Шкловский В.М., 1966, 1975, 1979, 1994; Асатиани Н.А., 1983, Миссуловин Л.Я., 1988, 1997, Нахимовский А.И., Шишков В.В., 2003). Для профилактики соматопсихических расстройств следует относиться к заикающемуся ребенку или подростку как к совершенно здоровому, нормальному, полноценному; полное освобождение от устных ответов на уроках и/или перевод на домашнее обучение допустимы только в качестве временной меры на фоне терапии тяжелой и крайне тяжелой формы заикания.

Заикание — это полиморфное болезненное состояние, при котором судорожное нарушение речи является только внешним симптомом, поэтому человека, страдающего заиканием, следует рассматривать как больного, нуждающегося в большинстве случаев в комплексном лечебном воздействии. Ведущая роль в этом комплексе должна принадлежать логопедической работе, заключающей в себе целенаправленные приемы рациональной психотерапии. Последние желательно сосредоточить в руках одного специалиста, а суггестивная терапия, проводимая врачом-психотерапевтом, должна, в свою очередь, полностью учитывать задачи, особенности и этапы логопедической работы (Миссуловин Л.Я., 1988, 1997).

Ни один из способов воздействия не является в достаточной мере универсальным, часто зависит от индивидуальных предпочтений и опыта психотерапевта, предполагает чаще всего длительное лечение с подбором оптимальной индивидуальной терапевтической программы, не исключает рецидивов заболевания. Необходима сочетанная терапия, включающая фармакотерапию, логопедию и комплексную психотерапию

Сочетанная терапия длительно существующего заикания включает в себя: логопедию, проводимую как логопедом, так и дома в виде домашних заданий; фармакотерапию, представленную седативными и анксиолитическими препаратами /от бензодиазепинов до фенибута/, мягкими ноотропами (пантогам), миорелаксантами центрального действия (мидокалм), реже – при соответствующих изменениях на ЭЭГ – антиконвульсантами: финлепсином или клоназепамом (Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Щугарева Л.М., 2005); самовнушение и аутогенную тренировку, релаксационные и медитативные техники, гипносуггестивную психотерапия (с приемами поведенческой психотерапии, в частности с систематической десенситизацией, методикой фединга). Гипносуггестивная терапия может проводиться как индивидуально, так и в моносимптомной, равновозрастной, гетерогенной по полу группе.

При консультировании случаев длительно существующего заикания у маленьких детей, специалисты сталкиваются с дилеммой: необходимостью как можно более раннего начала терапии, в виду трудной курабельности длительно существующего симптома, с одной стороны, и малой доступностью большинства методов комплексной психотерапии для дошкольников, с другой стороны.

Эффективность сочетанной терапии заикания в межрайонных логотерапевтических кабинетах ПНД Санкт-Петербурга (Миссуловин Л.Я., 1998) и в психотерапевтическом кабинете КДЦ Клиники СПбГПМУ (Нахимовский А.И., Шишков В.В., 2003) практически идентична: выздоровление (длительная ремиссия) – 15%, улучшение – 75%, без улучшения речи – 10%

**А.А. Шмакова, О.П. Шмакова**

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С КОМОРБИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

**Цель исследования** – оценка иммунологических показателей (ИП) у детей и подростков с умственной отсталостью (УО), сочетающейся с коморбидными расстройствами, в ходе динамического двухгодичного наблюдения за больными; поиск возможностей использования ИП для оценки тяжести состояния и прогнозировании риска декомпенсации.

**Материал и методы.** Обследовано 37 школьника (23 мальчика и 14 девочек) от 8 до 17 лет (12,6±2,5 года) с УО резидуально-органического генеза (19 чел) и УО, обусловленной хромосомными нарушениями (18 чел), посещавших коррекционную школу г. Москвы и наблюдавшихся психиатром в течение в среднем 2 лет (2,79±0,16 года). Степень тяжести коморбидных УО расстройств оценивали в баллах по шкале CGI-S.

Контрольная группа состояла из 64 соматически и психически здоровых детей, по возрасту и полу сопоставимых с основной группой.

В сыворотке крови школьников с УО и здоровых детей определяли ферментативную активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ); функциональную активность α1–протеиназного ингибитора (α1–ПИ); уровень аутоантител (аАТ) к нейроспецифическому антигену S–100b. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью непараметрического статистического программного обеспечения Statistica–7 (для Windows, StatSoft., Inc, США). Использовали уровень достоверности $p<0,05$.

**Результаты.** При первом исследовании коморбидная симптоматика присутствовала у всех обследованных основной группы и была представлена нарушениями поведения (гипердинамический, психопатоподобный синдромы) – 15 чел. (41%), неврозоподобными расстройствами (страхи, энурез, энкопрез, нарушения сна) – 9 (24%), церебрастеническими жалобами - 8 (22%), эпилептиформным – 3 (8%) и психоорганическим синдромом – 2 (5%). Группа обследованных детей характеризовалась достоверным повышением активности ЛЭ, α1-ПИ и уровня аАТ к S-100b по сравнению с контролем ($p<0.05$; $p<0.0001$; $p<0.05$ соответственно). Выявлена положительная корреляционная связь между тяжестью расстройств (в баллах по шкале CGI-S) и активностью ЛЭ ($r=0,68$, $p<0,00001$).

Клиническая динамика 37 школьников за период двухлетнего наблюдения оказалась различной: 1-я группа (стабильное клиническое состояние, можно было говорить о сохранении основных расстройств, зафиксированных в момент первого обследования, повторная оценка по шкале CGI-S показывала сохранение того же балла, что и при первом обследовании) - 21 чел. (57%); 2-я гр. (положительная динамика отмечалось послабление психопатологической симптоматики и компенсация расстройств, повторная оценка по шкале CGI-S была ниже, чем 1-я, что свидетельствовало о меньшей тяжести состояния по прошествии 2 лет) – 13 человек (35%) и 3-я группа (отрицательная динамика, имело место расширение клинической картины коморбидных расстройств, их декомпенсация, повторная оценка по шкале CGI-S была выше, чем при 1-м обследовании.) – 3 человека (8%).

В общей группе больных при повторном обследовании выявлено достоверное снижение α1-ПИ и уровня аАТ к S-100b по сравнению с первым обследованием ($p<0,01$; $p<0,0001$ соответственно). В 1-й группе пациентов с УО активность ЛЭ, α1-ПИ оставалась достоверно выше контрольных значений ($p<0.01$;$p<0.01$) и не отличалась от первого обследования, но выявлено статистически значимое снижение уровня аАТ к S-100b ($p<0,001$) по сравнению с первым обследованием. Во 2-й группе отмечалось статистически значимое снижение активности/уровня ЛЭ и аАТ к S-100-B ($p<0,01$; $p<0,01$) по сравнению с первой точкой. В 3-й группе отмечалось повышение активности ЛЭ по сравнению с контролем ($p<0.05$). При втором исследовании сохранялась положительная корреляционная связь между тяжестью расстройств и активностью ЛЭ ($r=0,39$, $p<0,05$).

**Выводы.** Таким образом**,** повышение активности ЛЭ ассоциировано с отрицательной динамикой состояния, с нарастанием тяжести расстройств, регистрируемых клинически; снижение же ЛЭ коррелирует с компенсацией клинического состояния больных, что позволяет использовать ЛЭ в качестве маркера динамики состояния пациентов, наблюдаемых амбулаторно, страдающих УО с коморбидными расстройствами.

**О.П. Шмакова**

## РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА – ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА БОЛЕЗНЕННЫХ НАРУШЕНИЙ, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПОВЗРОСЛЕВШИХ ПАЦИЕНТОВ

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

**Цель**: установление закономерностей клинической динамики состояния больных, страдавших рано дебютировавшими расстройствами шизофренического спектра, анализ проблем социальной адаптации пациентов в молодом взрослом возрасте.

**Материал и методы**: проспективно прослежены 146 больных 1990-1992 гг. р., которые в возрасте

до 18 лет наблюдались психиатром (в ПНД № 21 г. Москвы) по поводу шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, 107 мальчиков (73,3%) и 39 девочек (26,7%). На момент первичного обращения пациентам было от 2 до 17 лет (M±σ: 9,1±4,7 года). До 23-25 лет прослежены 136 (м. - 102, ж. - 34), выпали из исследования 10 человек (сменили место жительства). К завершению прослеживания средний возраст больных составлял 24,1±0,6 лет, длительность прослеживания: 6-20 лет (M±σ: 12,4±5,7 года). Нозологическое распределение 136 больных (м. - 102, ж.- 34) в возрасте 23-25 лет: с шизотипическими расстройствами (F21) - 57 человек (м. - 48, ж. - 9); с детскими формами шизофрении (F20.8) - 31 (м. - 26, ж. - 5); с параноидной формой болезни (F20.0) - 24 (м. - 16, ж. - 8); с острыми психотическими расстройствами (F23) – 11 (м. - 5, ж. - 6); с шизоаффективным расстройством (F25) – 7 (м. - 2, ж. - 5); с простой формой шизофрении (F20.6) – 3 (м. - 2, ж. - 1); с иными формами шизофрении – 3 (м. - 3).

**Результаты.** В целом клинический прогноз детской шизофрении к совершеннолетию оказался малоутешительным. В случаях непрерывного течения болезни (86 наблюдений) много лет спустя говорить о полной ремиссии практически не представлялось обоснованным. При катамнестическом обследовании частичная ремиссия констатирована у 19 больных (22%), хроническое безремиссионное течение – у 67 (78%). Несмотря на это во взрослом возрасте без лечения обходились 33 из 86 больных (38%) преимущественно с шизотипическими расстройствами, которые практически не посещали диспансер, что не всегда означало наступления ремиссии. Зачастую избегали наблюдения и лечения некомплаентные пациенты, в психическом состоянии которых можно было отметить элементы резидуальной активности эндогенного процесса (психопатоподобное поведение, бредовую настроенность, подозрительность).

У пациентов с приступными формами болезни (50 наблюдений) динамика расстройств также в целом была неблагоприятной. В большинстве (47) из этих случаев болезнь, эпизодически обостряясь, обнаруживала черты прогредиентности (приступообразно-прогредиентное течение). Больные как в детстве, так и во взрослом возрасте получали лечение у психиатра с различной регулярностью. При приступных формах расстройств пациенты также не всегда прибегали к длительному поддерживающему лечению. Относительно регулярно посещали взрослого психиатра в ПНД 40 из 50 молодых больных (80%).

С учетом уровня социального функционирования, достигнутого в молодом взрослом возрасте, больные были подразделены на три подгруппы.

1. Дизадаптированные: не получившие никакого образования / закончившие коррекционную школу / обучавшиеся на дому и индивидуально по программе средней школы, оказавшиеся не способными к самостоятельному проживанию и нуждавшиеся в постоянной заботе и контроле со стороны опекающих лиц – 51 человек (юноши - 37; девушки - 14) – 27% прокатамнезированных больных.

2. Частично адаптированные: получившие коррекционное или общее среднее образование, обучавшиеся, как правило, в коллективе сверстников, овладевшие базовыми навыками самообслуживания, проживания в социуме, способные к ограниченному общению, приобретению простых профессиональных умений и способные к труду в специально созданных условиях - 61 человек (юноши - 52, девушки - 9) – 45% больных.

3. Адаптированные: способные к самостоятельному проживанию и трудоустройству, получившие общее среднее и профессиональное образование - 24 человека (юноши - 13, девушки - 11) – 28% больных.

Более высоких показателей уровня образования и занятости достигли больные малопрогредиентными формами шизофрении, наименьших – больные с непрерывным прогредиентным течением заболевания.

Подавляющее большинство - 33 из 39 человек, имевших инвалидность в детстве, продолжили получать пособие во взрослом возрасте: I-я группа была оформлена 10 больным; II-я – 23. Большинство включенных в исследование (113 человек) вплоть до завершения катамнестического периода продолжало постоянно проживать в родительских семьях. 23 пациента проживали в собственных семьях (5 человек) либо в гражданском браке (18).

Работали 42 (31%) из прослеженных, учились – 19 (14%), не были заняты трудом (получали пенсию и не работали, оказались безработными) – 75 (55%).

Проведенный в катамнестическом периоде анализ клинического состояния и социальной приспособленности больных, с детства страдавших расстройствами шизофренического спектра, показал, что наибольшее негативное влияние на адаптационные возможности больных оказывала сохраняющаяся активность эндогенного процесса, грубое снижение интеллекта, апатоабулические и выраженные психопатоподобные расстройства, наличие тяжелых коморбидных расстройств (сочетание эндогенной болезни с эпилепсией, тяжелыми зависимостями, соматическим или неврологическим неблагополучием). Социальную адаптацию во взрослости определял, кроме этого, комплекс внешних, непосредственно не связанных с болезнью обстоятельств: благополучность и адекватность родственников, непосредственно воспитывавших больного; тип семейного воспитания; эффективность реабилитационных усилий, направленных на выработку базовых социальных умений; семейные установки на труд, либо рентность.

**Е.Г. Шубникова**

## КОПИНГ-ПРЕВЕНЦИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева (Чебоксары).**

Актуальность исследования обусловлена развитием нового этапа превентивной деятельности и необходимостью обоснования новых целей и задач педагогической профилактики зависимого поведения в образовательной среде. Современный этап развития превентивной деятельности обозначен нами новым термином – педагогическая профилактика зависимого поведения в образовательной среде. Это во многом объясняется результатами исследований Л.П. Великановой, В.Д. Менделевича и др. о единых этиопатогенетических механизмах развития зависимого (аддиктивного) поведения [1; 2]. В.Д. Менделевич, разрабатывая концепцию зависимой личности, рассматривает зависимость как личностное качество, лежащее в основе становления любых форм аддиктивного поведения. Автор отмечает, что невозможно выделить кардинальных различий и специфических личностных или характерологических особенностей, которые предопределяют алкоголизм, табакокурение, наркомании или сверхценное увлечение азартными играми, виртуальной реальностью (интернетом), и говорит о существовании базовых характеристик аддиктивной личности, которые являются общими для всех форм зависимого поведения [2]. Таким образом, сегодня на этапе первичной педагогической превенции нет смысла разрабатывать разные программы профилактики употребления наркотиков, никотина, курительных смесей, алкоголя, игровой и интернет-зависимости. Этим во многом обусловлено возникновение новых целей и задач превентивной педагогической деятельности на современном этапе [5; 7].

В «Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде», утвержденной Министерством образования и науки РФ в 2011 г., одной из важнейших задач профилактики употребления ПАВ является развитие ресурсов учащихся, которые помогали бы им справляться с трудными жизненными ситуациями. Основным структурным и содержательным компонентом системы первичной превенции аддиктивного поведения является педагогическая профилактика, основной целью которой является формирование ресурсов личности, которые повышают устойчивость детей и молодежи к негативным влияниям социума [4; 6]. В связи с этим остро встает проблема психолого-педагогического обоснования содержания понятия «личностные ресурсы» и на его основе определение конкретных задач превентивной педагогической деятельности. Задачами педагогической профилактики зависимого поведения в образовательной среде становятся не столько забота о состоянии здоровья учащихся, формирование личности с установкой на здоровый образ жизни, сколько снижение факторов риска на основе расширения жизненных компетенций детей и подростков, формирования у них активных стратегий разрешения проблем, личностных свойств и качеств (ресурсов), помогающих эффективно справляться с трудными жизненными ситуациями.

Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский разработали три теоретических модели копинг-поведения здоровых и больных наркоманией и алкоголизмом людей: 1) модель адаптивного функционального копинг-поведения; 2) модель псевдоадаптивного дисфункционального совладания; 3) модель пассивного дисфункционального дизадаптивного копинг-поведения. Дана характеристика каждой модели, которая включает в себя следующие компоненты: 1) применяемые копинг-стратегии поведения и адекватное использование их компонентов; 2) направленность мотивации; 3) уровень развития личностных и средовых ресурсов (возможностей) преодоления трудных жизненных ситуаций [3].

На наш взгляд, перечисленные выше характеристики адаптивного копинг-поведения, являясь защитными факторами от употребления психоактивных веществ, в полном смысле слова обеспечивают жизнеспособность личности [8]. Введение понятия «жизнеспособность личности» обусловлено необходимостью обозначения совокупности необходимых и достаточных условий для эффективной профилактики зависимого поведения подростков.

На основании изучения современных превентивных подходов и моделей копинг-поведения трех контрастных групп подростков Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским была разработана концептуальная модель копинг-психопрофилактики психосоциальных расстройств в подростковом возрасте, базирующаяся на теоретических основах трансакциональной когнитивной теории стресса и копинга Р. Лазаруса [3]. Общей целью для всех видов профилактики является осознание форм собственного поведения, развитие личностных ресурсов и стратегий с целью адаптации к требованиям среды или изменения дизадаптивных форм поведения на адаптивные. Конкретные цели первичной профилактики зависимого поведения подростков включают в себя развитие: поведенческих стратегий; процесса оценки стрессовой ситуации; процесса принятия решений; ресурсов личности и среды.

Поэтому стратегическим приоритетом первичной превенции следует рассматривать создание системы позитивной профилактики, которая ориентируется не на патологию, не на проблему и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем потенциал здоровья – освоение и раскрытие ресурсов психики и личности, поддержку молодого человека и помощь ему в самореализации собственного жизненного предназначения. Очевидная цель позитивно направленной педагогической профилактики состоит в воспитании жизнеспособного человека, который самостоятельно справляется с собственными психологическими трудностями и жизненными проблемами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Великанова Л.П. Наркология. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 384 с.

2. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.

3. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М.: Академия, 2003. – 176 с.

4. Шубникова Е.Г. Копинг-профилактика курения. – Чебоксары: Сувар-спорт, 2009. – 174 с.

5. Шубникова Е. Г. Педагогическая превенция зависимого поведения подростков: программы и технологии : монография. – Чебоксары: Новое время, 2016. – 312 с.

6. Шубникова Е. Г. Педагогическая профилактика употребления психоактивных веществ как предметная область превентивной педагогики // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9 (1). – С. 193–197.

7. Шубникова Е. Г. Первичная профилактика зависимого поведения в детской и молодежной среде : монография. – М. : Современное образование, 2013. – 152 с.

8. Zeleeva V.P., Shubnikova E.G. Prevention of addictive behavior based on the formation of teenagers' resilience // International journal of environmental and science education. – 2016. – Т. 11. – № 8. – С. 2015–2023.

**И.Н. Шульгина, Э. Рамос–Валерио, Н.Ю. Оганесян**

## ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К СВЕРСТНИКАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ (Федеральный ресурсный центр по комплексному сопровождению детей с расстройствами аутистического спектра) (Москва).**

Полноценной реализации инклюзивного подхода к образованию препятствует не столько отсутствие безбарьерной среды в образовательных учреждениях или неразработанность нормативно-правовых и содержательных аспектов инклюзивного образования, сколько до сих пор существующие в обществе психологические барьеры, стереотипы и предрассудки. Нормативно развивающиеся дети и их родители не готовы к инклюзии.

Ситуацию усугубляет рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) различного генеза. К ним относятся дети, имеющие препятствия или ограничения в деятельности из-за физических, умственных, сенсорных и психических нарушений: слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, эмоционально-волевой сферы (аутистические расстройства), недостаточности и несформированности высших психических функций (ВПФ), задержки психического и речевого развития, а также комплексных нарушений. Несомненно, успешной адаптации детей с ОВЗ в инклюзивной среде школы должна предшествовать работа в детском саду или детском психологическом центре, где нормативно развивающиеся дети и дети с ОВЗ получают первый опыт совместной деятельности.

Для создания наиболее благоприятных условий социализации детей с ОВЗ можно использовать программу по танцевально-двигательной терапии как одного из методов арт-терапии. Программы необходимо писать индивидуально для каждого ребенка и для каждой группы. Движения, которые разучивают дети, должны быть доступны и не трудны для исполнения. Для составления программы необходимо: учитывать возрастную зрелость ребенка; знать трудности каждого ребенка, его сильные и слабые стороны; помнить, что ребенок должен чувствовать себя спокойно и уверенно; следить, чтобы в группе ребенок чувствовал себя членом группы, но не одиноким; показывать движения самому, так как телесное понимание достигается лучше с помощью показа, нежели через словесное объяснение; учитывать важность телесного контакта с ребенком; очень тщательно и внимательно подготавливать каждое занятие, но если дети выразили потребность делать что-то другое, идти за их желанием; очень тщательно подбирать музыкальное сопровождение, стараясь, чтобы ритм музыки соответствовал собственному ритму ребенка; делать все для того, чтобы каждый ребенок в группе чувствовал другого и помогал ему, группа должна быть доброжелательной.

*Цели* занятий: Развитие креативности; Осознание самого себя как личности; Коррекция и разрешение проблем; Повышение самооценки; Коррекция тела, улучшение координации движений, улучшение осанки, разблокирование мышечных зажимов, локальных напряжений мышечных групп; Ориентация и взаимодействие с пространством вокруг. Достигается при помощи тренировки геометрии танца, освоения как можно большей площади зала в танце; Развитие умения вести невербальный диалог. Понимание другого человека через движение, считывание движений; Развитие умения вести диалог. Осознание себя и партнера: я – личность, слушаю, вижу и чувствую другого как личность и уважаю его.

В ДОУ общеразвивающего вида (ранее компенсирующего вида) г. Москвы была создана коррекционная группа для детей с ОВЗ. Занятия по танцевально–двигательной терапии проводились с экспериментальной подгруппой старшей группы, состоящей из 10 человек, и детьми из коррекционной группы с диагнозами задержка психического развития и расстройство аутистического спектра из 2–3 чело-

век. Состав детей с ОВЗ менялся для того, чтобы дети из экспериментальной подгруппы учились взаимодействовать с разными категориями детей. Возраст детей 5-6 лет. Диагностика на детей коррекционной группы не проводилась, так как в данной экспериментальной работе мы исследуем толерантность нормативных детей дошкольного возраста к сверстникам с ОВЗ. Дети с ОВЗ участвуют только в формирующем этапе. Программа состоит из 20 занятий, которые проводились 1 раз в неделю в течении 6 месяцев. Время занятий составляет 25-30 мин. согласно нормативам времени деятельности педагога-психолога с детьми старшей группы.

Развивающая работа, направленная на развитие психомоторного компонента, включает в себя дыхательные гимнастики, глазодвигательные гимнастики, упражнения на мелкую и крупную моторику, массажи, упражнения на межполушарное взаимодействие, растяжки, релаксации, позволяет познать свое тело, снять психомоторное напряжение, обучить основам саморегуляции, развивать эмоции и навыки общения. Таким образом обеспечивая развитие когнитивной, эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферы.

Формирование всех компонентов толерантности (когнитивный, эмоциональный, поведенческий и мотивационный) идет одновременно с развитием высших психических функций. Танцевально-двигательная терапия, воздействуя на психомоторику, вызывает активизацию всех высших психических функций.

Кроме того, было установлено, что такие занятия создают в группе доверительные отношения, формируют готовность к взаимопомощи и сочувствию, учат способам реагирования на неблагополучие сверстника, стремлению оказать помощь, поддержку и внимание в реальных ситуациях взаимодействия, проявлению эмпатии.

Положительные результаты подтверждают эффективность в применении именно танцевально-двигательной терапии как одного из методов арт-терапии для повышения уровня развития толерантного отношения у детей дошкольного возраста к сверстникам с ОВЗ.

**А.М. Щербакова**

## ЛИЦА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

Актуальность изучения психологических аспектов отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) определяется необходимостью повышения эффективности полноценной инклюзии, обеспечивающей разностороннее включение людей с ОВЗ в жизнь социума [4]. Основной причиной формирования социально-психологической недостаточности человека с ОВЗ является неготовность социума к его принятию на основаниях равноценности [5]. Согласно концепции стигматизации И. Гоффмана, человек с отклонениями воспринимается как человек, редуцированный по сравнению с обычным целостным индивидом и поэтому представляется как нечто меньшее, чем полностью человек. Успешность инклюзии лиц с ОВЗ возможна при отказе от стигматизации образа инвалида. В анализе отдельных исследований по этой тематике (Cloerkes, 1980) был сделан вывод, что установки «нормальных» людей по отношению к людям с ОВЗ колеблются от ярко выраженных позитивных до в целом негативных, когда речь идет о ментальной недостаточности. Такое положение дел связано с тем, что при ментальной инвалидности стандартные позиции социальной успешности являются труднодостижимыми, а иных критериев самореализации общество в настоящий момент не видит [2].

Основаниями для развития принимающего отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья являются такие качества личности, как толерантность и эмпатия. Феномен толерантности, основанный на признании права другого человека быть «иным», неразрывно связан с преодолением собственного эгоцентризма, проявляющегося в стремлении полагать свои взгляды, ценности, образ жизни единственно верными и правильными. Принятие «иного» человека, отличающегося от обычного, привычного окружения, требует «проникновения-вчувствования» с целью постижения его внутреннего состояния и переживания. Такое временное отождествление с объектом для лучшего его понимания - эмпатия (Э. Титченер) - с детского возраста является путем приобщения ребенка к миру переживаний других людей. По мере психического развития ребенка и структурирования его личности эмпатия становится источником нравственного развития, признания ценности «другого». Именно поэтому детский и подростковый возраст так важен для адекватного формирования образа человека с ограниченными возможностями здоровья [3]. В то же время подростковый возраст в силу неполной определенности личностной направленности, амбивалентности отношения к миру и понимания своего места в нем; неустойчивости самооценки; высокой подверженности групповым воздействиям; стремления к престижу в референтной группе и в то же время обостренной потребности в независимости при недостаточности жизненного опыта - является возрастом высокого риска проявления отклонений в поведении. [1]

В настоящем исследовании мы предприняли попытку выявить и описать отношение подростков с девиантным поведением к лицам с ограниченными возможностями здоровья, предполагая, что личностные особенности таких подростков будут отражаться на характере их отношения к лицам с ограни-

ченными возможностями здоровья.

**Материал и организация исследования.** В исследовании приняли участие 35 человек в возрасте от 14 до 17 лет (из них 12 испытуемых женского пола и 23 – мужского), учащиеся школ для подростков с девиантным поведением. Исследование проводилось индивидуально с каждым испытуемым и включало проведение шести методик (тест руки Вагнера, опросник для диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М. Юсупов), опросник для диагностики способности к эмпатии А. Мехрабиена, Н. Эпштейна, методика Синквейн [5] и методика «Дерево» в авторской модификации. Методики предъявлялись в виде стандартного стимульного материала (на карточках и бланках).

**Результаты** исследования подтверждают, что подростки с девиантным поведением имеют склонность к открытому агрессивному поведению, средние и низкие показатели уровня эмпатии и негативное или противоречивое отношение к лицам с ОВЗ. Особый интерес представляют данные, полученные с помощью методик *Дерево* и *Синквейн*. Подавляющее большинство подростков с девиантным поведением – участников настоящего исследования - демонстрирует отвергающее отношение к лицам с ОВЗ, что не согласуется с данными, полученными нами на других выборках [5], где обобщенный образ инвалида и человека с физическими недостатками вызывает скорее принимающее отношение. При этом необходимо отметить ярко выраженное негативное отношение подростков с девиантным поведением к умственно отсталым людям, подтверждающее низкую позицию группы ментальных инвалидов в общей иерархии ограничений здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1.Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. - СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

2.Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Инклюзия в культурологической перспективе // Психологическая наука и образование, 2011, № 1. - С. 74-82

3.Щербакова А.М. Психологические детерминанты интеграции в социум лиц с ограниченными возможностями здоровья // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: материалы третьего международного теоретико-методологического семинара. В 2-х частях. Часть 1. – М., 2011.

4.Щербакова А.М. Роль среды в самореализации человека с интеллектуальной недостаточностью // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции — М.: МГППУ, 2011.

5.Щербакова А.М. Психологические аспекты инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков - 2013 (13), № 2.

6.Щербакова А.М. Изучение отношения к собственной инвалидности слепых и слабовидящих молодых людей с помощью методики «Синквейн» // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Том 6. № 3. [Электронный ресурс doi: 10.17759/psyedu.2014060321] - С. 208–226.

**Э.Г. Эйдемиллер, А.Э. Тарабанов**

## АКТОРНО-СЕТЕВАЯ ТЕОРИЯ - ОСНОВНАЯ ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

**ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург), Региональная исследовательская группа «Семейная психотерапия и нейронауки» в Нейропсихоаналитической ассоциации (NPSA), Институт нейрокоммуникаций и психотерапии (Вильнюс).**

Долгие годы теоретическим обоснованием многих методов групповой и семейной психотерапии были психоанализ и общая теория систем Людвига фон Берталанфи. Не будем подробно останавливаться на постулатах этих теорий, поскольку они хорошо известны всем специалистам. Дальнейшим развитием системного подхода в психотерапии следует считать акторно-сетевую теорию Бруно Латура. Прежде чем перейти к рассмотрению акторно-сетевой теории, следует указать, что долгое время в психиатрии/психотерапии западных стран существовала традиция монопольного использования психоанализа. Психоаналитик, даже будучи врачом, избегал медикаментозной терапии и мог порекомендовать в случае необходимости параллельное лечение у биологически-ориентированного врача.

В настоящее время доказана большая эффективность комбинированной терапии психических расстройств, нежели раздельная психофармакотерапия или психотерапия.

**Психотерапия и психофармакотерапия - понимание их синергизма в 21 веке**

Современный канадский историк психиатрии Эдвард Шортер (Edward Shorter) утверждает, что «закат эпохи психотерапии, прежде всего психоанализа», напрямую детерминирован включением в терапевтическую практику в 1952 году хлорпромазина и последующим стремительным развитием психофармакологии. Однако такое линейное понимание зависимости роли психотерапии от динамики и уровня развития психофармакологической промышленности находит все меньше поддержки в современном сообществе профессионалов в области психического здоровья. Сталкиваясь с вызовами времени, с зависимостью психического здоровья от хаотической и дезинтегрирующей реальности современного информационного общества, эти профессионалы ориентируются прежде всего на интеграцию раз-

личных парадигм психиатрии и психотерапии и на достижение синергетического эффекта от сочетания психотерапевтических и психофармакологических методов лечения. Лауреат Нобелевской премии в области физиологии и медицины, известный американский психиатр, нейробиолог и биохимик Эрик Ричард Кандел (Eric Richard Kandel) говорил о том, что парадигма психоанализа нуждается в интеграции с другими психотерапевтическими и биологическими парадигмами.

В настоящее время установлено, что синдром навязчивых состояний связан с нарушением работы базальных ядер, в частности с повышенным уровнем метаболизма в хвостатом ядре. Синдром навязчивых состояний поддается лечению методом когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакологическому лечению путем подавления обратного захвата серотонина. И препараты, и психотерапия одинаково снижают уровень метаболизма в хвостатом ядре.

**Акторно-сетевая парадигма, или «социально-включенный разум» (social embedded mind) и психопатология (social disorded mind) в современных нейронауках**

В современных условиях анализ синергетического взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии должен строиться на принципиально новых теоретических и методологических основаниях. В качестве такой парадигмы мы рассматриваем акторно-сетевую теорию Бруно Латура и Мишеля Каллона, возникшую в рамках социологии науки, но приобретающую все большую популярность среди самых разных областей социального и естественно-научного знания.

Акторно-сетевая теория (actor- лат., деятель. Актор- одушевленный и неодушевленный субъект действия) рассматривает реальность современного социума как «гибридную» - социально-технологизированную реальность, которая подразумевает совокупность социально-технических коллективов («ассамбляжей»). Люди и технические артефакты понимаются как существующие в одной плоскости - сетевом пространстве. Это сетевое пространство не иерархично, в него включены акторы, которые взаимодействуют подобно «нейронным сетям» и также имеют специфические трансмиттеры.

Нечто сходное ранее описывали в семейной психотерапии как «циркулярная причинность» и «принцип ризомы» (Марио Андольфи, Умберто Матурано, Эйдемиллер Э.Г.). Акторы «транслируют» или «переводят» некоторое содержание (энергию, информацию) другим участникам сети - гетерогенным акторам - как социальным, так и технологическим объектам/субъектам.

Неклассические нейронауки также исходят из принципов сетевого взаимодействия любого интерперсонального процесса (Луи Козолино) как участников психотерапевтического процесса, группового процесса, взаимодействия участников семейной группы, детско-родительских отношений и т. п. Межличностное сетевое взаимодействие, начиная с формирования отношений детско-родительской привязанности и заканчивая отношениями трансфера и контртрансфера психотерапевта и пациента имеет в своей основе нейронно-сетевое взаимодействие. Еще раз напомним, что эта концепция определяется как концепция «социально-включенного разума» («social embedded mind»). В этом смысле психическая патология интерпретируется представителями этих направлений нейронауки как нарушение такой «включенности». Причем эта «включенность» может определяться различной этиологией. Как нарушения «включенности» могут пониматься и резидуально-органические нарушения, и аутизм, и шизофрения, и социальные фобии и др. Соответственно, психотерапия понимается как процесс восстановления этой «включенности» и оптимального функционирования нейронно-социальных сетей.

**Психофармакотерапия и социогибридная реальность с точки зрения акторно-сетевой теории. Нейронные и социальные сети. Включенность человека и препаратов в единое сетевое пространство. нейротрансмиттеры и/или трансферентные отношения?**

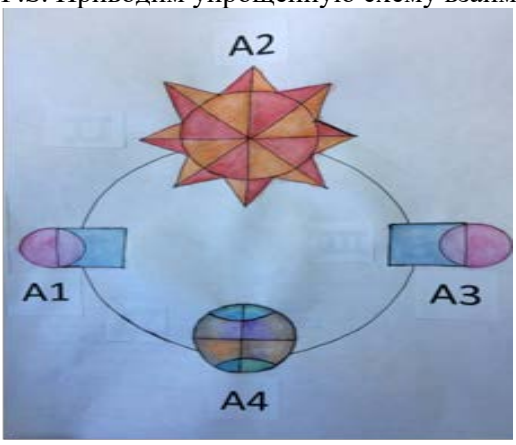
Ответ на вопрос о возможности синергетического взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии может быть дан на основе акторно-сетевой теории. Акторно-сетевая теория в качестве теоретического постулата психотерапевтической практики в известном смысле продолжает аналогичное применение общей теории систем Людвига фон Берталанфи. «Симптоматическое поведение» может быть рассмотрено как следствие дисфункции макро- и микросистем, т. е. индивидуальные симптомы могут быть рассмотрены как следствие воздействия системы. В данном случае психотерапевтический процесс предполагает изменение системных характеристик для излечения симптома участника системы.

Акторно-сетевая теория позволяет понять семейную, психотерапевтическую группу, а также альянс психотерапевта и пациента как единый сетевой топос. В случае социально-гибридного видения этой проблемы мы можем воспринять их как единую сеть, в которую входят психотерапевт-психиатр-психофармакологический препарат-пациент. Медикаментозный препарат «включается» как актор в единую сеть наряду с другими акторами - психотерапевтом и пациентом. Химический объект «включается» в нейронно-социальную сеть, где его действие создает синергетический эффект с функционирующими в качестве сетевого взаимодействия психотерапевтическими интервенциями и реакциями на них участников терапии.

После появления первых психотропных препаратов существенно изменилось положение психотерапии и психоанализа на рынке медицинских услуг. Гегемония психоанализа З.Фрейда потерпела крах, поскольку эффективность психотерапии и психофармакотерапии стали сопоставимыми. Судьбу психоанализа можно сравнить с судьбой алхимии. Целью и задачами алхимических исследований было преобразование низменного в возвышенное. Были осуществлены попытки создания драгметаллов из более простых металлов и

сплавов. Нечто подобное происходит и в психотерапии, когда духовный материал, состоящий из красивых предметов перемешенных с грязью, осколками, обрывками чего-то, оказавшись в волшебном тигле психотерапии, превращается в красивое, духовно-насыщенное существо и вещество человеческой жизни.

P.S. Приводим упрощенную схему взаимодействия акторов:




А1 Психиатр-психотерапевт-медицинский психолог мужского и женского полов; А2 Солнце- дух, душа, психика, психотерапия; А3 Пациент-клиент мужского и женского полов; А4 Земля- медицинский препарат, лекарство

**О.В. Эрлих**

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

**Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования (Санкт-Петербург).**

Социально-педагогическая ситуация, оказывающая влияние на процесс социализации ребенка в семье, школе и обществе, характеризуется в настоящее время следующими феноменами и особенностями:

1. Существенно изменились и зачастую ухудшились все ключевые характеристики развития личности ребенка: когнитивные, эмоциональные, волевые, что привело к появлению трудностей в процессе педагогической деятельности по воспитанию, развитию, социализации ребенка как в семье так и в школе.

2. Стихийный характер социализации ребенка в глобальном информационном пространстве, прежде всего в интернете, на что, по данным наших исследований, семья пока не в силах оказать существенного профилактического или корректирующего воздействия.

3. Кризисный, переходный характер развития института семьи. Специфику социализации ребенка в семье все чаще стали определять трансформационные (переходные) модели семейного воспитания, отражающие переходный характер развития современной семьи, несущие в себе неустойчивость и мозаичность ценностных установок родителей, влияющих на формирование мировоззрения детей в семье. В качестве механизма формирования семейных ценностей и отношений в современной России, по мнению А.В. Верещагиной, в настоящее время вместо прежних, разрушенных каналов семейной социализации выступают так называемые «индивидуальные ограничения семейных отношений» (субъективные, зачастую ситуативные представления акторов семейных отношений, обладающих властью, т. е. супругов, родителей несовершеннолетних детей о нормах жизни в семье). Сами эти модели весьма вариативны: внебрачное материнство, сожительствующие семьи, добровольно бездетные семьи, гостевые, пробные, неполные и т. д. [1]. Результатом такого семейного воспитания сегодня зачастую выступают внутренне противоречивые, рассогласованные ценностные установки у ребенка, не способные обеспечивать социальную направленность его поведения.

4. Повысилась требовательность родителей, семьи как к учебной деятельности ребенка, так и к деятельности школы, что приводит к высокому уровню конфликтов родителей с детьми и педагогами.

Данные наших исследований [2] позволяют зафиксировать и другие вариативные характеристики детско-родительских отношений в семье, влияющие на особенности социализации в семье современного ребенка. Так, с одной стороны, степень заботы родителей о ребенке в семье (как его поддержки по параметрам «тепло и забота», «советы по поводу учебы», «возможность обсудить личные проблемы», «помощь в делах, в том числе материальная»), по мнению самих петербургских школьников-подростков, принявших участие в исследовании, за последние годы возросла. С другой стороны, на фоне «возросшей заботы» родителей в течение 2016 г., по сравнению с 2015 г., увеличилась, например, группа респондентов, отметивших, что в течение последней недели они «почти никогда» не чувствовали, что полезны и необходимы, что отражает, очевидно, субъективные ощущения респондентов по данным параметрам и в семье, и в школе, а порядка 16% респондентов указали, что на них «кричали, оскорбляли, унижали в семье». Стабилизировалась в течение 2014-2016 гг. в количественном отношении с тенденцией к увеличению

группа подростков, выбирающих при ответе на вопрос «Ваше настроение в течение прошедшей недели» формулировку ответа. «я чувствовал, что всем не до меня». Таких в 2016 г. было 13% (2015 г. - 12%, 2014 г.-10%). При этом у современных подростков продолжает увеличиваться уровень фактической безнадзорности со стороны родителей, возможно, как реакция на недостаточный уровень понимания и эмоционального принятия в семье. Так, формулировку «почти всегда» при ответе на вопрос «Знают ли Ваши родители (законные представители), где Вы проводите свободное время»? выбрали в 2016 г. 61% респондентов (в 2015 г. - 79%; в 2014 г. - 82%), 31% респондентов отметили, что имели место ситуации, когда они «находились без надзора взрослых, т. е. проводили ночь (ночи) вне семьи без уведомления взрослых».

При этом обращает на себя внимание, что при ответе на вопрос о том, «в какой именно помощи или поддержке Вы испытывали потребность?», 46% респондентов выбрали формулировку «доверительная беседа с близким человеком» (14% - психологическая помощь, 9% - помощь врача). Такие ответы косвенно обозначают, возможно, ключевую проблему современных детско-родительских отношений в семье: родители в целом готовы «помогать» своим детям в различных ситуациях, но они достаточно слабо представляют, как «доверительно общаться» с современным подростком. С учетом того, что сами подростки среди тех, к кому они обращались в первую очередь за поддержкой в трудных жизненных ситуациях, уверенно называли родителей, сохраняет свою актуальность задача повышения психологической культуры семьи как наиболее массового и «приближенного к клиенту» и сейчас, и в перспективе субъекта «первой психологической помощи» ребенку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагина А.В. Трансформация института семьи и демографические процессы в российском обществе. Автореф. дисс. …на соискание ученой степени доктора социологических наук. - Ростов-на Дону, 2009.

2. Эрлих О.В., Цыганкова Н.И. и др. Аналитический отчет по результатам социально-психологического тестирования обучающихся образовательных учреждений Санкт-Петербурга, находящихся в ведении Комитета по образованию и администраций районов Санкт-Петербурга, на предмет раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в 2016 году

**О.В. Яковенко, И.Е. Максимов, Э.Ф. Абдуллина, А.И. Самигуллина**

## ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЙ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» (Ижевск).**

Интенсивные темпы развития современного общества, реорганизация системы образования, переоценка ценностей в сфере профессионального труда требуют от современных молодых людей умения активно приспосабливаться к быстро изменяющимся социальным факторам. В этих условиях вопросы сохранения, укрепления психического и физического здоровья учащейся молодежи приобретают особую актуальность. Вместе с тем, нарушения эмоциональной, мотивационной и поведенческой сфер деятельности личности студента во многом определяются его способностью адаптироваться к стрессовым ситуациям.

С целью изучения чувствительности к стрессам и мотивационной направленности студентов 500 молодым людям, обучающимся в медицинской академии и составляющим 3 исследовательские группы (начальные, средние, выпускные курсы), проведены анкетированные опросы для определения уровня стрессоустойчивости по авторской методике Ю.В. Щербатых (2005) и оценки мотивации достижений по методу А. Мехрабиана. Для статистической обработки результатов исследования использованы критерий Стьюдента, хи-квадрат с точным критерием Фишера.

Анализ результатов определения чувствительности к стрессу выявил, что общая стрессоустойчивость у студентов начальных и средних курсов доминирует в пределах средних, нормальных значений. На втором месте – высокий уровень восприимчивости к стрессам, на третьем – низкий. Тогда как на выпускных курсах большинство студентов обладает высокой чувствительностью к стрессовым факторам, на втором месте – со средней и на третьем – с низкой восприимчивостью. Следовательно, в динамике обучения в ВУЗе снижается стрессорезистентность и повышается чувствительность к стрессам, что является неблагоприятным фактором для сохранения как физического, так и психического здоровья.

Результаты оценки уровня мотивации достижений показали, что в целом студенты академии в большей степени стремятся к избеганию неудач и имеют слабовыраженную мотивацию на достижения. Это может быть причиной низкой учебной успеваемости и отсутствием активного стремления к профессиональному росту. Возникающие на этом фоне ситуации выраженного эмоционального напряжения также могут являться провокаторами развития нарушений как физического, так и психического здоровья.

**А.С. Яурова**

## СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ С АКНЕ

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ (Санкт-Петербург).**

Акне, или угревая болезнь, – распространенное хроническое заболевание, которое затрагивает большинство подростков; по разным данным, им страдают около 80%-85% лиц до 18 лет. Оно характеризуется выраженными внешними проявлениями: воспалительными элементами, гиперпигментацией, рубцами, которые плохо поддаются маскировке. Для подросткового возраста свойственно повышенное внимание к внешнему виду, и такая проблема как акне не может не оказывать негативного воздействия на психоэмоциональное состояние. По данным отечественных и зарубежных исследований, у подростков, страдающих угревой болезнью, обнаруживается высокий уровень тревожности, неуверенности в себе, боязни социальных контактов, наличие депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей (Halvorsen, 2011; Ritvo, 2011; Дороженок И.Ю., 2009 и др.).

В нашем исследовании основной группой были 107 подростков (57 мужского пола и 50 женского) 15-17 лет, страдающих средней и тяжелой степенью акне, находящиеся на начальном этапе лечения в дерматовенерологическом отделении СПбГПМУ; группой сравнения были 100 условно здоровых подростков (50 мужского пола и 50 женского) того же возраста. Целью было изучить степень суицидального риска у данного контингента и его взаимосвязь с другими психологическими характеристиками. Для достижения цели использовалась методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал» (Зотов М.В., Петрукович В.М., Сысоев В.Н., 2002), ориентированная на оценку объективных психофизиологических показателей и основанная на измерении резервов внимания при переработке информации с нейтральным и суицидальным содержанием.

По результатам, полученным с помощью методики «Сигнал», суицидальный риск выявлялся почти у каждого третьего подростка с угревой болезнью (29% испытуемых основной группы), тогда как у условно здоровых подростков - в два раза реже (15% испытуемых).

Подростковый возраст является одним из наиболее опасных периодов с точки зрения суицидальной активности, наше исследование это подтверждает. В группе подростков с акне были обнаружены значимые различия ($p \leq 0{,}005$) по показателю суицидального риска между испытуемыми мужского и женского пола. Суицидальный риск статистически значимо выше в группе девочек-подростков с акне. Следует отметить, что в группе подростков женского пола лица с суицидальным риском выявляются статистически чаще, у всех из них определен показатель риска среднего уровня. Обращает на себя внимание, что у 7% подростков с акне мужского пола выявляется высокий уровень суицидального риска, эти подростки нуждаются в срочной психологической помощи и консультации у психиатра.

Первичные профилактические меры по предупреждению суицидального поведения важны для всего контингента подросткового возраста, вторичная профилактика может быть направлена на работу с самооценкой, самопринятием и поиском личностных ресурсов у подростков, страдающих угревой болезнью. Третичная профилактика необходима подросткам с акне, у которых выявляется высокий суицидальный риск и должна проводиться совместно с врачом-психиатром.

По результатам исследования выявилось, что среди подростков с акне число лиц с суицидальным риском в два раза выше, чем среди условно здоровых; суицидальный риск выявлен у каждого третьего подростка, страдающего угревой болезнью. У девочек-подростков с акне суицидальный риск встречается чаще, чем у мальчиков. При этом у 7% мальчиков-подростков с угревой болезнью выявляется высокий суицидальный риск, и они нуждаются в консультации психиатра наряду с психологическим сопровождением.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

**А.С. Аблятипов**
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ.. 4
**А.В. Абрамов, О.Ф. Панкова**
ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ – ПРЕДИКТОР ИЛИ СЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ?..... 5
**И.Н. Абросимов**
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ГРУППАХ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ…….. 6
**И.А. Агеева, И.А. Лысенкова**
ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЬНОЙ ЭКОСИСТЕМЕ……. 7
**О.Д. Азбукина, Е.Г. Федосова, Н.А. Половнева**
ОЦЕНКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «СПЕЦИАЛИСТ-РОДИТЕЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ…… 8
**Г.М. Александрова**
ОСОБЕННОСТИ ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ…… 9
**Н.В. Александрова, Д.В. Четвериков**
ФОРМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ……. 10
**О.В. Александрова, И.Б. Дерманова**
СПЕЦИФИКА ОЦЕНКИ БУДУЩЕГО В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ РОДСТВЕННИКОВ ТЯЖЕЛО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ)…… 11
**О.В. Алмазова, О.С. Людва**
ОТНОШЕНИЕ К ГРУДНОМУ И ИСКУССТВЕННОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ ТИПОМ ПРИВЯЗАННОСТИ К МАТЕРИ…… 12
**Ю.Ф. Антропов**
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ…… 14
**Ю.Ф. Антропов**
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ……... 15
**М.Р. Арпентьева**
ВЗРОСЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ…….. 16
**И.И. Ахтамьянова**
ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К РАБОТЕ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ…… 17
**С.Б. Бабарахимова**
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РИСКИ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ…….. 18
**А.А. Балезина**
ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ПРИЕМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У ДОШКОЛЬНИКОВ И СОХРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ…… 19
**О.П. Бартош**
ВЛИЯНИЕ СЕАНСОВ БИОУПРАВЛЕНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ…….. 20
**Т.П. Бартош**
ПРОФИЛЬ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ……. 22
**Н.Н. Баширова, И.А. Зайцев**
ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА……... 23
**М.А. Бебчук**
ГОТОВНОСТЬ СЕМЬИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА К СОТРУДНИЧЕСТВУ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ: БАРЬЕРЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ……... 24
**С.И. Беляева**
ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОКОЛЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ПОДРОСТКОВ КАК МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ……... 25
**О.В. Бессчетнова**
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЛЬЕМ КАК ФАКТОР УСПЕШНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ТРАЕКТОРИИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ…….. 26
**М.Е. Блох**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ…… 27
**И.В. Борисова, А. Косыч**
ОСОБЕННОСТИ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК - УЧАЩИХСЯ 5-Х КЛАССОВ….. 28

**И.А. Бочарова, М.В. Злоказова**
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ…….. 29
**В.И. Брутман**
НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА ПРОДОЛЖЕНИЯ РОДА И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ…… 30
**А.Е. Брюхин, Е.В. Оконишникова, Т.Ю. Линева**
ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ…… 32
**А.Д. Бузунова, Е.А. Бурина**
ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ…… 33
**Н.С. Бурлакова**
ФОРМУЛИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СЛУЧАЯ В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ…… 34
**Л.П. Васильева, В.С. Котова, О.В. Игнатович**
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ…… 35
**М.В. Васильева**
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ…….. 36
**Ю.П. Васильева, В.Б. Войтенков, Б.В. Остапенко**
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ (МЕНИНГИТ, ЭНЦЕФАЛИТ) У ДЕТЕЙ…… 37
**Ю.Ш. Васянина, Е.О. Бойко, И.Ю. Мальфина**
ОРГАНИЗАЦИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ…….. 38
**Ю.Ш. Васянина, А.А. Чернова**
ДЕТСКИЙ СУИЦИД И ДИСТРЕСС: НЕОБЪЯВЛЕННАЯ ВОЙНА?..... 39
**О.Е. Веденеева**
ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ НА ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ…….. 40
**Л.Г. Величко**
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО И НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ…….. 41
**В.В. Ветюгов, А.В. Орлов**
АДАПТАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ТЕСТА DOMAIN-SPECIFIC RISK TAKING (DOSPERT) Е.У. ВЕБЕРА…… 43
**Д.Е. Власова**
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ…….. 44
**Т.Л. Волгина, С.Н. Бакшутов, Н.Р. Овчинникова**
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТА И КУРСАНТА – ОСНОВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ: ОПЫТ, ПЕРСПЕКТИВЫ…… 45
**Т.Л. Волгина, С.Ю. Таран**
ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ПРЕДИКТОР КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ…….. 46
**Т.Л. Волгина, О.В. Щедрина**
ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ…… 47
**Н.В. Волкова, О.Л. Лапочкин**
МОНТЕССОРИ–ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ…….. 48
**Е.С. Ворошилова, Е.И. Захарова**
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНТИМНО-ЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ…….. 49
**И.В. Габер, П.Н. Москвитин, В.В. Турбинский**
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ…… 50
**И.С. Гаврилова**
УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ…… 52
**V.M. Ganuzin**
DIDAKTOGENIA: SYNDROME OF PEDAGOGICAL VIOLENCE…… 53
**В.М. Ганузин**
ДИДАКТОГЕНИЯ, ИЛИ НЕАДЕКВАТНАЯ ПЕДАГОГИКА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ…… 54

**В.М. Ганузин, Е.В. Голубятникова**
ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ…… 55
**В.М. Ганузин, Г.С. Маскова**
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ И ОСВОБОЖДАЮЩИМСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ…… 56
**О.А. Гильбурд**
ЭТОЛОГО-СОЦИОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ К БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ…… 57
**А.Г. Головина**
ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИИ (НА МАТЕРИАЛЕ ПОДРОСТКОВОГО КАБИНЕТА ПНД)…… 58
**М.Ю. Городнова**
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ…… 60
**М.Ю. Городнова, И.Л. Коломиец**
СУПЕРВИЗИЯ В РАБОТЕ КРИЗИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ…… 61
**Горьковая И.А., Микляева А.В.**
КОММУНИКАТИВНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ... 62
**А.В. Горюнова, Ю.С. Шевченко, Л.Ю. Данилова**
ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ…… 63
**К.С. Гранатов, Е.В. Филиппова**
ДОВЕРИЕ К ЛЮДЯМ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ……... 64
**И.В. Гранкина, О.Е. Крахмалева, О.М. Барышева, Т.И. Иванова**
ОПЫТ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА БАЗЕ СУЩЕСТВУЮЩЕГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА…….. 65
**В.В. Грачев**
АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ И ДИНАМИКИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ…… 66
**Е.Н. Грекова**
ВЛИЯНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА…… 67
**С.В. Гречаный**
ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСТВА…….. 68
**С.В. Гречаный**
ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И АУТИЗМ…… 69
**С.В. Гречаный**
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ…… 70
**И.В. Гритченко, Ю.С. Шевченко**
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ. КТО ЗАБОТИТСЯ, КТО ОТВЕЧАЕТ?..... 71
**В.И. Гузева, И.Д. Анненкова, О.В. Гузева, В.В. Гузева**
ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ УЧЕБЫ…… 73
**В.И Гузева., Н.Е. Максимова, О.В. Гузева, В.В. Гузева**
ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ…… 73
**О.В. Гусева**
ЭФФЕКТИВНЫЕ МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ, ИМЕЮЩЕЙ СИБЛИНГА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)…… 74
**Е.Н. Давтян, А.Б. Ильичев**
НЕКОТОРЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ…… 75
**В.В. Дворянинова, Ж.В. Альбицкая**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА…… 76
**Л.А. Дементьева**
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ…… 77
**И.В. Добряков, Е.М. Федосеева**
РОЛЬ ДЕТСКИХ ПСИХОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ…… 78

**Д.В. Довбыш, Е.В. Подурова**
СЕМЬЯ - ПРЕПЯТСТВИЕ ИЛИ РЕСУРС ДЛЯ ПОДРОСТКА, ИЩУЩЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ?..... 79
**А.Г. Долгих**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА МАТЕРИНСТВА У ДЕВУШЕК В ПЕРИОД ВХОЖДЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОСТЬ…… 80
**С.А. Домрачева**
МЕЖКУЛЬТУРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ…….. 81
**М.Е. Евсевьева, Е.В. Чудновский, А.В. Русиди, Е.Н. Фурсова, Ю.М. Шикин**
ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА КАК ИНСТРУМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПРЕСС-МОТИВИРУЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ, НАЦЕЛЕННОЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ…… 83
**А.Ю. Егоров**
ДИЗАЙНЕРСКИЕ НАРКОТИКИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ…… 83
**В.И. Екимова, Е.Г. Мирвелова**
ПСИХОТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПАНАЦЕЯ, ИЛЛЮЗИЯ ИЛИ РЕСУРС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ?..... 84
**Е.Р. Елагина**
ПРОБЛЕМЫ ДЕПРИВАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ В ПРИЕМНЫХ СЕМЬЯХ: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕШЕНИЯ…… 85
**Н.Г. Ермакова**
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ К НОВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА…… 87
**О.И. Ефимова, О.И. Егорова**
СУИЦИД И ВОЗРАСТ: ПРОБЛЕМЫ, ПОДХОДЫ, МНЕНИЯ…….. 88
**А.А. Жаркова**
СОЦИОКУЛЬТУРНОЕ РАЗВИТИЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ КАК СРЕДСТВО ЕЕ ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ…… 89
**А.В. Жарова, Н.А. Горбач, М.А. Лисняк**
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ИНФРАСТРУКТУРЕ ВУЗА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ…… 90
**Е.В. Жидкова, В.О. Долгая**
О НЕКОТОРЫХ ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ОТ СУИЦИДОВ…….. 91
**Д.И. Заболоцкая, Е.И. Захарова**
ПОЗИЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ОТНОШЕНИИ УВЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКА…… 92
**И. С. Зайцев**
УЧЕТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В АСПЕКТЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ…… 93
**А.Э. Зайцева**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ…… 94
**С.И. Замогильный, С.А. Игумнов, Ю.А. Николкина, К.Э. Зборовский, А.А. Куксгаузен, П.С. Лапанов**
АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ…… 95
**Н.П. Захаров**
КОГНИТИВНО-СМЫСЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ – ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И УНИВЕРСАЛЬНЫЕ СМЫСЛЫ…… 95
**Н.П. Захаров**
ИНДИВИДУАЛЬНО СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СМЫСЛЫ ЖИЗНИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ…… 96
**Н.П. Захаров**
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КОНЦЕПТУАЛЬНО-СМЫСЛОВЫХ ОСНОВ БОЛЕЗНИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ…… 97
**Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева**
РАННИЙ АНАМНЕЗ И КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СИНДРОМАЛЬНЫЙ ПОДХОД…….. 99
**Н.В. Зверева, С.С. Воронова, А. Зефирова, Е.Е. Балакирева**
ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВИЗУАЛЬНЫХ И АУДИАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ ДЕВУШКАМИ-ПОДРОСТКАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ…… 100
**В.С. Иванов**
КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТА-ПСИХОЛОГА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ…….. 101

**И.П. Иванова**
ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ……. 102
**Т.И. Иванова, И.В. Гранкина**
ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА «БУЛЛИНГ» У ДЕТЕЙ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ…… 103
**Т.П. Иванченко**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ…….. 104
**Т.П. Иванченко, Д.Р. Валиева, Р.Р. Шафигуллина**
КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ…….. 105
**С.П. Ивашев**
ЭТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО ПСИХОТЕРАПИИ……... 106
**В.В. Истомин**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ И СОПРОВОЖДЕНИИ ПОДРОСТКА В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ……... 107
**О.А. Карабанова, Н.Н. Поскребышева, М.А. Боболева, К.Р. Грищенко, М.М. Джураева, М.В. Егорова, Н.Е. Ким, А.Д. Куренинова, А.А. Кученкова, М.Р. Лодочникова, Е.П. Максимова, К.Е. Маслова, П.А. Остапко, Е.В. Сухинова, А.В. Федорова, Я.Е. Черная**
ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МУЛЬТИПЛИКАЦИОННЫХ ФИЛЬМОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОСМОТРА МУЛЬТИПЛИКАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ РОДИТЕЛЯМИ С ДЕТЬМИ….. 108
**И.С. Карауш, Б.А. Дашиева, И.Е. Куприянова**
ПОДПОРОГОВАЯ ДЕПРЕССИЯ У ПОДРОСТКОВ…… 109
**В.Н. Касаткин, Е.В. Миронова**
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ……. 110
**А.А. Катекина**
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИКУЛЬТУРНОЙ ИНОЯЗЫЧНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ…….. 111
**С.В. Катенко, В.В. Чубаровский**
ВЛИЯНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ К УЧАСТИЮ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ ВУЗА…….. 112
**Н.К. Кириллина**
ПСИХОТЕРАПИЯ ЭЛЕ КТИВНОГО МУТИЗМА…… 113
**Л.А. Князева**
ДУХОВНО ПРОБУЖДАЮЩИЕ ПСИХОЛОГО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРАКТИКИ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОТРУДНИЧЕСТВЕ С КАТОЛИЧЕСКИМ МОНАСТЫРЕМ……... 114
**Л.А. Князева**
СТУДИЯ СЕМЕЙНОЙ ПЕДАГОГИКИ «ОСОБЫЙ РЕБЕНОК» КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ…… 115
**Е.В. Кожадей, С.В. Гречаный**
ИФАНТИЦИДНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ……... 116
**А.А. Козина, Е.В. Филиппова**
СВЯЗЬ ВИКТИМНОСТИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОТНОШЕНИЯХ С РОДИТЕЛЯМИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ……... 117
**В.Л. Кокоренко**
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗОВ УСПЕХА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА……... 118
**Л.М. Колпакова**
ТРУДНОСТИ КАК МАРКЕР АДАПТАЦИОННОГО РЕСУРСА: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ…….. 120
**И.И. Комарова, В.М. Ганузин, Е.Н. Романычева**
ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ…….. 121
**Е.В. Корень**
КЛАССИФИКАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПРИНЯТИЯ МКБ-11…….. 122
**О.А. Котельникова**
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ПРОТИВОПРАВНЫМ ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ……... 123
**О.Ю. Кочерова, Е.Н. Антышева, В.В. Чубаровский**
РИСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ…. 124
**Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина, О.В. Сачук**
НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ… 125
**О.Е. Крахмалева, Е.Ю. Емельянова. Т.И. Иванова**
ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ: ЛОНГИТЮДНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ……. 126

**Л.Ф. Кремнева, Г.В. Козловская, М.В. Иванов**
К ВОПРОСУ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОЙ И РАННЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ (ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ)…… 127
**О.С. Куликова, А.П. Белишова**
НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА… 129
**Е.А. Куминская, Н.В. Кисельникова, С.В. Маркова**
ФАКТОРЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ПОДРОСТКОВ К РИСКОВАННОМУ ПОВЕДЕНИЮ…… 130
**Т.А. Куприянова, Е.В. Корень**
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ….. 131
**А.В. Курганович**
ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ…… 132
**Ю.Е. Куртанова, А.Е. Бычкова**
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ…… 133
**Ф.Ю. Лахвич, О.С. Головнёва**
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К УСЫНОВЛЕНИЮ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ ВОСПИТАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО РЕБЕНКА…… 134
**О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко**
НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ (НСП) У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ…… 136
**О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко, Л.Ю. Данилова, В.В. Грачев**
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ (НСП) У ПОДРОСТКОВ…… 137
**Л.В. Лежнина**
СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ…… 138
**Е.Е. Лекарева**
ТУРИСТСКО-КРАЕВЕДЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ…… 139
**А.А. Лерман**
ГЕНДЕРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ МОЛОДЫХ МУЖЧИН…… 140
**Е.В. Лиознова**
РАННЕЕ ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ СУБЪЕКТА ОБЩЕНИЯ…… 141
**О.В. Лисковский, Н.К. Григорьева, О.М. Лапыш, Т.Н. Алыко, М.В. Ждан**
СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТИНТЕРНАТНОЙ И «ВНУТРИСЕМЕЙНОЙ» АДАПТАЦИИ…… 142
**О.В. Лисковский, Н.К. Григорьева, О.М. Лапыш, Т.Н. Алыко, Н.В. Хоменко**
ДЕПРЕССИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА…… 143
**О.В. Лисковский, Н.К. Григорьева, О.М. Лапыш, Т.Н. Алыко, Н.В. Хоменко**
ДЕПРЕССИВНЫЕ «МАСКИ» ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА…… 144
**Н.В. Лукьянченко, Л.С. Захарова**
РОСТ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОДРОСТНИЧЕСТВА В КОНТЕКСТЕ ДЕТСКО-ВЗРОСЛЫХ ОТНОШЕНИЙ СОЦИУМА: ВОЗМОЖНЫЙ ВАРИАНТ ОБЪЯСНЕНИЯ…… 145
**Н.И. Лункина**
РОЛЬ СЕНСОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ В ФОРМИРОВАНИИ РЕГУЛЯЦИИ…… 146
**Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, Л.А. Дементьева**
БОЛЕЗНИ АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА У ПОДРОСТКОВ (ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ)…… 147
**А.Г. Мазур, В.И. Олешкевич, Л.С. Печникова**
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ОРГАНИЗУЮЩЕЕ ЗВЕНО В СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ОВЗ…… 148
**З.С. Макарова, О.С. Лебедев**
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ…… 149
**И.В. Макаров**
СОКРЫТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ОТ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА…… 151
**Е. В. Макушкин, Л. О. Пережогин**
СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ТРЕНДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ… 152
**В.Л. Малыгин, Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова, Е.Е. Пахтусова, Я.В. Малыгин, М.В. Пономарева, Р.Р. Садреев**
СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ КАННАБИНОИДОВ. ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ…… 152

**И.А. Марголина, Н.В. Платонова, М.В. Иванов**
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ФИЗИЧЕСКОГО И СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ…… 153
**И.Ю. Маргошина**
ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ……... 154
**З.В. Масаева**
ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО КАК ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОСТКОНФЛИКТНОСТИ…… 156
**Т.С. Маслова**
ПРОФИЛАКТИКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В СИСИТЕМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ…… 157
**И.Ю. Машкова, Е.В. Семакова**
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ СТРУКТУРЫ ДЕФЕКТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА…… 158
**Д.Р. Мерзлякова**
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ «ВЫГОРАНИЕ» КАК МЕТАИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕДАГОГА НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ…… 159
**Н.В. Мешкова**
К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ И АСОЦИАЛЬНОЙ КРЕАТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ... 160
**А.В. Милежик, А.В. Усов**
ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ АРХЕОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕДИЦИИ КАК РАЗВИВАЮЩЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ СРЕДЫ……... 161
**А.А.Мирошниченко**
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ КАК УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ДИДАКТОГЕНИИ…… 162
**А.С. Мищенко**
СОЦИАЛИЗАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ КАК ПАРАДИГМАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ЕЕ ИНТЕГРАЦИИ В ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО…….. 163
**Ю.Б. Можгинский**
АГРЕССИЯ ПОДРОСТКОВ: ИНТЕГРАТИВНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ…….. 164
**Н.С. Морова**
ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА МЕЖДУ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ (В УСЛОВИЯХ ТОСов)…… 166
**А.В. Морозов**
ДЕВИАНТНОЕ И ДЕЛИНКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ…… 167
**Д.А. Невзорова, Е.В. Свистунова, Н.В. Середенко, А.В. Карпушкина**
РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «АЛЬФА-ЭНДО»…….. 168
**А.А. Нестерова**
СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ…….. 169
**Л.Е. Никитина**
СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА: ПОНЯТИЕ И СТРУКТУРА…….. 170
**Е.В. Никонова, И.А. Тишевской**
ВЗАИМОСВЯЗЬ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ МАТЕРИ И УСПЕШНОСТИ МАТЕРИНСТВА…….. 172
**В.И. Олешкевич**
ФОРМИРОВАНИЕ НОВОЙ ПСИХОТЕХНИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА…… 173
**В.И. Олешкевич, А.Г. Мазур, Л.С. Печникова**
ВОЗМОЖНОСТИ ПЕДАГОГИКИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ…… 175
**О. В. Ольшанский, С. В. Гречаный**
ИЗУЧЕНИЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРЕ АУТИСТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДОВ К ИХ КОРРЕКЦИИ…… 176
**Е.А. Орлова**
ПРЕВЕНЦИЯ И ПОСТВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ…… 177
**В.Н. Ослон**
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ, ПРИНЯВШИХ НА ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ СЛОЖНОЙ КАТЕГОРИИ. МОДЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ…… 178
**А.А. Ощепков**
ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ…… 179

**Т.А. Павлова, С.В. Гречаный**
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И РОЛЬ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ…….. 180
**О.Ф. Панкова**
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕВЕНЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ…….... 181
**О.Ф. Панкова, Р.Э. Гамгия, И.В. Дорина**
ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ (ШИЗОТИПИЧЕСКИХ) И ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ……. 182
**Л.О. Пережогин**
ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ИНТЕРНЕТА……. 183
**И.В. Пестова, Е.В. Милютина, А.Л. Громогласов**
ДУХОВНО -НРАВСТВЕННЫЙ ПОДХОД КАК ЧАСТЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПТСР…… 185
**Е.В. Петш**
ОТ ОТНОШЕНИЙ — К ИГРЕ. ПУТИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ДЕТСКОГО САДА…… 186
**А.В. Плиска**
ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ…….. 187
**Ф.Б. Плоткин**
НУЖНА ЛИ НАМ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЗМА?..... 188
**Д.Г. Пляс**
ОКАЗАНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ УСЛУГ ЗА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ - НОРМА ИЛИ ДЕВИАЦИЯ?..... 189
**В.В. Поздняк**
РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В АСПЕКТЕ ИЗУЧЕНИЯ СЕНСОРНОГО ПРОФИЛЯ…….. 190
**Н.А. Польская**
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ И САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ…… 191
**И.В. Полякова**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКА: ТРЕВОЖНОСТЬ И ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ……...……... 193
**А.А. Портнова, О.В. Серебровская**
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ…… 194
**С.Т. Посохова**
СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УЯЗВИМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ…….. 195
**С.Т. Посохова, Н.Д. Жукова**
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ СЕМЕЙ В ИММИГРАЦИИ…… 196
**Т.Г. Поспелова**
СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСОВ…….. 197
**Д.В. Пушкарева, Т.И. Иванова**
ИЗУЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВНЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ.... 199
**Е.А. Рафальская**
ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПОДРАСТАЮЩЕЕ ПОКОЛЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ДЕСТРУКТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ИНТЕРНЕТА КАК МЕХАНИЗМ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ОБЩНОСТИ…… 200
**А.С. Рахимкулова**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКРЫТЫМИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ…… 200
**A.S. Rakhimkulova**
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RISKY BEHAVIOR OF ADOLESCENTS EXPERIENCING SUICIDE IDEATION…… 201
**М.М. Решетников**
МОЗГ И ПСИХИКА…… 201
**Т.В. Рогачева**
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ… 203
**В.А. Розанов**
СУИЦИДЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ – БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В КОНТЕКСТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ…… 204

**Ф.А. Романова, И.М. Романова**
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ…… 205
**Н.А. Русина, С.А. Абдулганиева**
ПРОЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА…….. 206
**Н.А. Русина, А.А. Михнюк**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ…… 207
**Н.А. Русина, А.Б. Оленчук**
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, УРОВНЯ САМООЦЕНКИ И ПРОКРАСТИНАЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ…… 208
**Н.А. Русина, З.Р. Усубова**
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ САМООЦЕНКИ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА… 209
**О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев**
ОПРОСНИК «АНТИВИТАЛЬНОСТИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ»…….. 210
**А.В. Сантимов, С.В. Гречаный**
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ……... 212
**З.Н. Сафина**
ГОСУДАРСТВО И СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВО БЛАГО СЕМЬИ……... 213
**Е.В. Свистунова**
ДИАГНОСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА……... 214
**А.А. Северный, Н.М. Иовчук**
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ…….. 215
**Н.В. Семакина, М.В. Злоказова**
О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ СКРИНИНГ-ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ……..…… 216
**РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ**
**E.V. Semakova, I.Yu. Mashkova**
NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO FAMILY, WHICH RAISING CHILD WITH AUTISM DISORDERS…….. 217
**М.С. Серавкина, М.С. Свистунова**
ОБРАЗ МАТЕРИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ…… 218
**О.А. Сидоренко, И.В. Хабарова, В.С. Попов**
О ГОТОВНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ПЕДАГОГАМИ И СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ ОСОБОГО ДЕТСТВА……... 219
**Л.Р. Ситдикова**
О ГОТОВНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ К РАБОТЕ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ ОСОБОГО ДЕТСТВА…... 221
**А.Л. Скачкова, Т.В. Миркульева, И.В. Яни**
ИГРА КАК ОТРАЖЕНИЕ РЕАЛЬНОСТИ РЕБЕНКА, СПОСОБ РАЗВИТИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ…….. 222
**Е.С. Скворцова**
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПОДРОСТКОВ, ЕЖЕДНЕВНО, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНО ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ…….. 223
**И.И. Смирнов, О.Ф. Панкова, С.А. Мозговой, О.Ю. Агеенкова**
УВЛЕЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМИ СЕТЯМИ И ПОСЕЩЕНИЕ «ГРУПП СМЕРТИ» У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СВЯЗИ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ... 224
**Е.Т. Соколова**
АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ РАКУРСЫ ПРОБЛЕМЫ……..…… 225
**М.В. Соляк**
ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ «СЕАНС РЕЛАКСАЦИИ»…….. 226
**В.М. Сорокин**
СОДЕРЖАНИЕ РЕАКЦИЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ФАКТ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ (НА МОДЕЛИ МЕНТАЛЬНОЙ РЕТАРДАЦИИ)…… 227
**Н.А. Стрижак**
ИНТЕРАКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ……... 228
**А.С. Султанова**
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЕНСОМОТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА……... 229
**Т.Ф. Суслова**
АНОМИЯ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МИГРАНТОВ…….. 230

**М.О. Суханова**
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ И ХОДА РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАС В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ…….. 231
**Д.В. Сухих, М.В. Злоказова, И.А. Бочарова**
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ…… 232
**Т.В. Таланова**
ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НАСИЛИЯ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РАСОВЫХ И ЭТНИЧЕСКИХ МЕНЬШИНСТВАХ В США…… 233
**О.И. Тарасова**
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПРОБЛЕМА ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНТЕНСИФИКАЦИИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ…… 234
**Е.Н. Терентьева**
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ…….. 235
**Т.Е. Титовец**
ИГРОВАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ РАСТУЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ…... 236
**И.А. Тишевской**
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛАКТАЦИОННЫХ КРИЗОВ…….. 237
**Л.Н. Токмакова, И.Г. Гагаркина**
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕННЫХ НАВЫКОВ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА У ДЕТЕЙ…… 238
**Т.М. Трегубова**
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ……...…….. 240
**Н.Г. Туровская**
СУДОРОЖНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ И НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА... 241
**Ю.А. Фесенко**
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ… 242
**М.Г. Фомушкина, Т.В. Раева**
ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА…… 243
**Т.В. Фурзикова, С.В. Полуосьмак**
ДЕТСКАЯ ЖУРНАЛИСТИКА КАК СРЕДСТВО РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ДОМА ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА «ЮНОСТЬ»)…….. 245
**И.В. Хабарова, Т.М. Кознева**
ОСОБЕННОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ…… 246
**О.З. Хайретдинов, Л.И. Рубакова**
ВАРИАНТЫ РЕГРЕССА НАВЫКОВ ПРИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ…….. 247
**И.Р. Хох, Е.А. Торгашева, Л.Р. Ахмадеева**
ЛИЧНОСТЬ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ…… 248
**А.В. Хыдырова**
ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ…… 249
**К.А. Царегородцева**
ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ…….. 250
**Н.Л. Черная, В.М. Ганузин, Н.С. Суховна**
ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПОВЕДЕНИИ…… 251
**Д.И. Чернего**
ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМАХ РЕБЕНКА И ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ…… 252
**В.В. Чубаровский, И.С. Лабутьева, С.В. Катенко**
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ…… 253
**Н.Г. Чумакова, С.В. Гречаный**
ПОВЕДЕНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ…….. 254
**А.В. Шарибова**
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ (КАК СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ)…….. 255

**Ф.К. Шарипова**
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ…… 256
**Ф. К. Шарипова, Ш.У. Ахмедова**
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА…… 257
**Е.Н. Шарова, М.В. Злоказова**
О ТЕНДЕНЦИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ…... 258
**Ю.С. Шевченко**
ТРАДИЦИОННЫЕ, СТИХИЙНЫЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОДРОСТКОВОЙ ИНИЦИАЦИИ (часть I)…….. 259
**Ю.С. Шевченко**
ТРАДИЦИОННЫЕ, СТИХИЙНЫЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОДРОСТКОВОЙ ИНИЦИАЦИИ (часть II)…… 261
**Ю.С. Шевченко, А.В. Горюнова, В.А. Корнеева**
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ……... 263
**Ю.С. Шевченко, Л.В. Пилюгина, М.Ю. Шевченко**
К ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СДВГ И МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ…… 266
**Ю.М. Шикин**
ХАРАКТЕР И ДИНАМИКА ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ…… 268
**С.М. Ширко**
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ…… 268
**В.В. Шишков**
СОЧЕТАННАЯ ТЕРАПИЯ И ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАИКАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ, ДАВНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВА И ВОЗРАСТА РЕБЕНКА…….. 270
**А.А. Шмакова, О.П. Шмакова**
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С КОМОРБИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ…….. 271
**О.П. Шмакова**
РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА – ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА БОЛЕЗНЕННЫХ НАРУШЕНИЙ, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПОВЗРОСЛЕВШИХ ПАЦИЕНТОВ…… 271
**Е.Г. Шубникова**
КОПИНГ-ПРЕВЕНЦИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ……... 273
**И.Н. Шульгина, Э. Рамос–Валерио, Н.Ю. Оганесян**
ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К СВЕРСТНИКАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ…….. 274
**А.М. Щербакова**
ЛИЦА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ…… 275
**Э.Г. Эйдемиллер, А.Э. Тарабанов**
АКТОРНО-СЕТЕВАЯ ТЕОРИЯ - ОСНОВНАЯ ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ…… 276
**О.В. Эрлих**
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ…….. 278
**О.В. Яковенко, И.Е. Максимов, Э.Ф. Абдуллина, А.И. Самигуллина**
ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЙ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА…….. 279
**А.С. Яурова**
СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ С АКНЕ…… 280

Подписано в печать 08.09.2017 г.
Формат 60x84/8. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Тираж 1000 экз.
Заказ № 69753

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
109316, г. Москва, Волгоградский просп., д. 42, корп. 5, "Технополис Москва".
www.onebook.ru