

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения и социального развития
Комитет здравоохранения города Курска

Институт повышения квалификации в области детской и подростковой психологии,
консультирования и психотерапии родителей
Психологический центр «Доверие»



МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
ПСИХОЛОГИЯ
ЭФФЕКТИВНОГО
РОДИТЕЛЬСТВА



Курск, КГМУ
30 мая – 1 июня 2011 г.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КУРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В ОБЛАСТИ
ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОЛОГИИ,
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ РОДИТЕЛЕЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «ДОВЕРИЕ»**

УДК: 159.3

ББК: 88.5

П 86

**Психология эффективного родительства: Материалы
международной научно-практической конференции. – Курск: КГМУ,
2011 - 613 с.**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ «ПСИХОЛОГИЯ ЭФФЕКТИВНОГО
РОДИТЕЛЬСТВА»**

**Верстка, оформление и дизайн:
А.В.Селин, Н.В.Смирнов, В.А.Сотников**

© Коллектив авторов

© ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011

Курск, КГМУ, 30 мая – 1 июня 2011 г.

АДАПТАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН К МАТЕРИНСТВУ

Алехин А.Н., Афанасьева Е.Д.

**Российский государственный педагогический университет им. А.И.
Герцена, Санкт-Петербург, Россия**

ВВЕДЕНИЕ

ВИЧ-инфекция рассматривается в качестве одной из актуальных проблем здравоохранения. Благодаря успехам антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИД переведен Всемирной организацией здравоохранения из разряда заболеваний с неизбежным летальным исходом в категорию хронических инфекций, требующих лечения. В Российской Федерации, по данным Федерального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, к концу 2009 года, официально зарегистрировано 474,6 тысяч случаев ВИЧ-инфекции [10].

Эпидемиологический подъем заболеваемости среди женщин, при расширении возможностей продления жизни с помощью АРВ-терапии и сведении к минимуму риска передачи ВИЧ от матери к ребенку [Малый В.П., 2009, Беляков Н.А., Рахманова А.Г., 2010, Finocchario-Kessler S., Sweat M., Dariotis J. и др., 2010] требуют разработки мероприятий психологической помощи для естественного продолжения жизненного цикла женщин, рождения и воспитания детей в условиях хронического заболевания, требующего лечения.

Несмотря на то, что период младенческого и раннего возраста ребенка является сенситивным периодом в становлении материнского отношения [Филиппова Г.Г., 2002], изучению формирования материнского отношения у ВИЧ-инфицированных женщин в научных исследованиях уделяется недостаточно внимания. Отдельно рассматриваются составляющие отношения матери к ребенку [Goldstein R.B., Johnson M.O., Rotheram-Borus M.J. et al., 2005, Murphy D., Roberts K., Herbeck D., 2010, Shannon M., Lee K., 2008, Desclaux A., Msellatib P., Walentowitzd S., 2009, Finocchario-Kessler S., Sweat M., Dariotis J., 2010], при этом недостаточно исследованы условия формирования материнского отношения и их трансформация во внутреннем переживании ВИЧ-положительной женщины. Научное исследование факторов, влияющих на адаптацию ВИЧ-инфицированных женщин к материнству, является актуальной проблемой, практическое значение которой состоит в определении направления и содержания психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям.

Целью исследования стал анализ особенностей психической адаптации ВИЧ-серопозитивных матерей и обоснование направлений и содержания мероприятий психологической профилактики и коррекции нарушений психической адаптации у ВИЧ-инфицированных женщин после родов.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ подходов к изучению феномена психической адаптации и клинико-психологических аспектов ее нарушения.

2. Провести клинико-психологическое исследование психической адаптации ВИЧ-положительных женщин в период после родов (2 года).

3. Провести анализ факторов психической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин в послеродовом периоде.

4. Определить направления и содержание психологической коррекции нарушений психической адаптации ВИЧ-положительных матерей.

Объект исследования: экспериментальную группу составили 93 ВИЧ-положительные матери, воспитывающие детей возрастом до 2 лет, состоящие на амбулаторном наблюдении в Центре-СПИДа. Контрольную группу составили 42 условно здоровые женщины, воспитывающие детей возрастом до 2 лет, дети наблюдаются в детской поликлинике. Всего обследовано 135 матерей.

Предмет исследования: психическая адаптация ВИЧ-положительных женщин к материнству.

Гипотеза исследования: рождение ребенка является стрессовым фактором для ВИЧ-инфицированной женщины, протекание психической адаптации после родов определяется сочетанием социально-психологических и клинико-психологических факторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе СПбГУ «Центр социальной помощи семье и детям», ОО «Врачи детям», ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями» и городской детской поликлиники №56. Были исследованы две группы матерей, воспитывающих детей раннего возраста. В экспериментальную группу вошли женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. Для обеспечения максимальной репрезентативности группы коморбидные поведенческие, аддиктивные и личностные расстройства не рассматривались в качестве критерия исключения. В контрольную группу вошли женщины, воспитывающие детей до 2 лет и не имеющие диагноза ВИЧ.

Методы исследования:

- клинико-психологический метод
 - психодиагностическая беседа,
 - наблюдение за взаимодействием матери с ребенком
 - изучение медицинских карт ВИЧ-положительных матерей,
- экспериментально-психологический метод
 - интегративный тест тревожности (Вассерман Л.И. с соавт., 2003), шкала депрессии Бека (Бек А.Т., 1961), уровень невротической астении (Вассерман Л.И. с соавт., 2005) для оценки выраженности эмоциональных нарушений,
 - сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Зайцев В.П., 1981), прогрессивные матрицы Равена, Уровень субъективного контроля УСК (Бажин Е. Ф., 1984), Стратегии совладающего поведения ССП (Вассерман Л.И. с соавт., 2009) для оценки особенностей личности,

- Модифицированная проективная методика Незаконченные предложения, цветовой тест отношений ЦТО (Бажин Е.Ф., 1985) для исследования особенностей системы отношений личности,
- Опросник ПАРИ Е.Шефера (адаптирована Т.В. Нещерет) для оценки родительских установок и тест-опросник, оценивающий отношение матери к ребенку первых двух лет жизни (Верещагина Н.В., Николаева Е.И, 2009),
- ТОБОЛ (Вассерман Л.И. с соавт., 2005) для определения типа отношения к болезни,
- Опросник SF-36 и УСФ (Вассерман Л.И. с соавт., 2004) для исследования качества жизни и уровня социальной фрустрированности.

Для статистической обработки данных применялись: метод описательной статистики, критерий Манна-Уитни и Хи-квадрат для исследования различий в группах, критерий углового преобразования Фишера для сопоставления групп по частоте встречаемости отдельных признаков. Для статистического анализа использовался пакет прикладной программы SPSS (версия 17).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Одним из основных критериев успешности материнства является способность матери быстро и адекватно реагировать на состояния ребенка, качественно удовлетворять его потребности, в том числе и в эмоциональном общении [4]. Распознавание матерью интонации плача ребенка и реакция на внешне беспричинный плач может являться основным показателем адаптированности женщины к материнству и определяет выделенные группы женщин:

1) Матери достаточно чувствительные к ребенку (36,9%). Женщины этой группы отмечают, что ребенок без причины не плачет, обычно сразу понимают причину дискомфорта, в ответ стараются удовлетворить потребности ребенка.

2) Матери недостаточно чувствительные к ребенку (63,1%). Женщины этой группы отмечают, что не сразу понимают, почему плачет ребенок, не различают характер плача ребенка. Поведенческая реакция женщин на плач ребенка различна. Матери, удовлетворяющие потребности ребенка, выясняют причину, берут ребенка на руки, стараются успокоить и повлиять на дискомфорт ребенка. Матери, отвергающие потребности ребенка, отмечают, что не понимают, почему ребенок плачет, в ответ раздражаются, начинают кричать или трясут ребенка. Матери, игнорирующие потребности ребенка, говорят о том, что ребенок часто плачет «на зло», «капризничает», отмечают, что не берут на руки ребенка, так как считают, что этим избалуют его, стараются не реагировать или уйти в другую комнату.

Выявлены различия в экспериментальной и контрольной группах по признаку чувствительности матерей к дискомфорту (плачу) ребенка ($p=0,012$). Для ВИЧ-положительных матерей характерно отсутствие

чувствительности и распознавание потребностей ребенка через интонацию плача. Условно здоровые матери достоверно чаще распознают плач ребенка.

В таблице 1 представлены результаты распределения матерей с разной чувствительностью к детскому плачу.

Таблица 1
Особенности материнского отношения в экспериментальной и контрольной группах

	Матери чувствительные к ребенку (%)	Матери не чувствительные к ребенку (%)		
	Удовлетворяющие потребности ребенка	Удовлетворяющие потребности ребенка	Отвергающие потребности ребенка	Игнорирующие потребности ребенка
ВИЧ-положительные матери, N=93	29,5	45,5	12,5	12,5
Условно здоровые матери N=42	52,4	35,7	7,1	4,8

Статистический анализ клинико-психологических показателей позволил выявить закономерные тенденции реагирования в представленных группах матерей ($p < 0,05$).

В группе ВИЧ-положительных матерей в области отношения к материнству определяющим является отношение к себе в период беременности и оценка недостатка ресурсов для повышения успешности себя как матери, а так же внутренняя конфликтность по отношению к материнству и неудовлетворенность занимаемой ролью в семье. В области отношения к ребенку характеризующими являются субъективная оценка сложностей в общении с ребенком, сформированность воспитательных установок, формирование планов на будущее ребенка, а так же внутреннее конфликтное отношение к ребенку и излишняя строгость родительских установок. Характер взаимодействия ВИЧ-положительной матери с ребенком определяется реагированием на дискомфорт ребенка, реакцией на все его инициативы, сигналы, проявлением раздражения по отношению к ребенку, оценкой ребенка и доминированием матери. Так же особенности взаимодействия выражаются в использовании матерью "бэби-ток", особо интонированной детской речи, комментировании состояния, настроения, действий ребенка для него самого, расширении вокализаций и действий ребенка в обучающем стиле, отношении к независимому исследованию ребенком окружающей среды, использовании игрушек и увлечении ребенка взаимодействием.

Итак, адаптированные к материнству ВИЧ-положительные женщины (чувствительные к ребенку) характеризуются благоприятным протеканием процесса принятия роли матери в период беременности, отсутствием внутренней конфликтности к собственному материнству после рождения ребенка и удовлетворением собственной семейной ролью. В общении с ребенком сложностей не испытывают, имеют гибкие воспитательные стратегии и планируют будущее ребенка, с акцентом на ближайший период развития ребенка. Матери чувствительны к потребностям ребенка, отзываются на все сигналы ребенка, стремятся во взаимодействии к тактильному контакту, проявляют радость при общении с ребенком. Неадаптированные к материнству ВИЧ-положительные женщины отличаются нарушением процесса принятия роли матери, в процессе беременности и после рождения ребенка. Особенности отношения к ребенку выражаются отсутствием воспитательных стратегий и прогнозирования будущего ребенка, повышенной внутренней конфликтности по отношению к ребенку и излишней строгости родительских установок. Во взаимодействии, женщины не чувствительны к потребностям ребенка, непоследовательны, на сигналы ребенка часто реагируют раздражением или отстранением.

Достоверные различия в контрольной группе условно здоровых матерей ($p < 0,05$) по показателю чувствительности матери выявлены по следующим признакам. В области отношения к материнству определяющим является оправдание ожиданий после рождения ребенка и самооценка успешности в роли матери. Отношение к ребенку характеризуется приоритетами в уходе за ребенком, сложностями в общении с ребенком и характером воспитательных установок. Взаимодействие с ребенком определяется доминированием матери. Для условно здоровых матерей, в отличие от ВИЧ-положительных женщин, характерны различия в группах в области ожиданий, оценки собственной успешности в роли матери, а так же выделении приоритетов в уходе за ребенком. Необходимо отметить, что, несмотря на высокую критику себя как матери, условно здоровые женщины не проявляют нарушения взаимодействия с ребенком и особенностей родительских установок, что характерно для ВИЧ-инфицированных женщин.

Признак чувствительности матери к ребенку, таким образом, может рассматриваться в качестве индикатора психической адаптации ВИЧ-положительных женщин к материнству, в связи с которым анализировались социально-психологические, клинико-психологические и индивидуально-личностные факторы. Сравнение адаптированных и неадаптированных ВИЧ-положительных женщин позволило выявить достоверные различия в группах ($p < 0,05$).

По социально-психологическим признакам в области юридического статуса матери и наличия в семейном окружении лиц с зависимым поведением.

У женщин адаптированных к материнству отцовство ребенка установлено. Женщины неадаптированные к материнству в большинстве

случаев имеют социальный статус матери, родившей и воспитывающей ребенка вне брака и при отсутствии установленного отцовства.

Группа неадаптированных ВИЧ-положительных женщин отличается от адаптированных матерей тем, что в семейном окружении наблюдается зависимое поведение как у мужа (партнера), так и у родителей. У адаптированных матерей подобной распространенности не наблюдается, ограничиваясь злоупотреблением алкоголя у родителей.

В категории клинико-психологических признаков определяющими являются преморбидные особенности личности, выражающиеся в репродуктивном поведении и употреблении наркотических веществ. Среди клинических особенностей достоверно определяются сопутствующие инфекционные и неврологические заболевания. В области отношения к болезни, характерно значение гармоничного типа отношения к болезни и субъективной оценки влияния болезни на жизнедеятельность. Качество жизни ВИЧ-положительных матерей определяется следующими признаками: ощущение боли, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье. Оценка самочувствия, выражающаяся в жалобах на слабость, подавленность, снижение интереса и беспричинное беспокойство, подтверждается определением общего фона настроения и характеристикой эмоционального статуса, определяющегося депрессией, ситуативной тревожностью общей и компонента эмоционального дискомфорта ситуативной тревожности,

Группа адаптированных ВИЧ-положительных женщин отличается наличием одного эпизода прерывания беременности и, в большинстве случаев, отсутствием опыта употребления наркотических веществ в анамнезе. В половине случаев, у женщин отсутствует Гепатит С. Матери выполняют рекомендации врача, обследуются по предложенным врачом-инфекционистом направлениям. Так, женщины этой группы чаще посещают невролога и обладают следующими сопутствующими неврологическими расстройствами: энцефалопатией 1 и 2 степени, в части случаев сочетающейся с полинейропатией, и менингеальными симптомами, в отличие от группы неадаптированных женщин. Для адаптированных матерей при оценке качества жизни характерно отсутствие болевых ощущений, высокий жизненный тонус, высокая социальная активность, незначительная роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности и хорошее настроение. В данной группе женщин отсутствуют жалобы на эмоциональное самочувствие (беспокойство, снижение интереса, чувство подавленности, угнетенности). Большая часть женщин не отмечает слабости и упадка сил. У женщин данной группы чаще отмечается гармоничный тип отношения к болезни. Оценивая влияние заболевания на собственную жизнь, в большинстве случаев матери этой группы отметили положительные изменения, связанные с трансформацией отношения к себе, к здоровью, к жизни. Адаптированные женщины

отличаются более низкой ситуативной тревожностью, а так же отсутствием признаков депрессии и положительным фоном настроения.

Группа неадаптированных матерей отличается наличием в анамнезе неоднократных эпизодов прерывания беременности и опыта употребления наркотических веществ. Среди сопутствующих заболеваний у большинства женщин этой группы отмечается наличие гепатита С. Женщины избегают посещения врачей, обследовано у невролога меньшее количество женщин, чем в предыдущей группе, соответственно неврологические диагнозы выявлены в меньших случаях. Среди неврологических нарушений преобладает энцефалопатия, присутствуют случаи сочетания с когнитивными нарушениями. Качество жизни у неадаптированных женщин ниже, чем в первой группе, при этом отмечаются болевые ощущения, низкий жизненный тонус и социальная активность, нарушение психического здоровья и высокая роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. Матери отмечают слабость, упадок сил, предъявляют жалобы тревожно-депрессивного характера, отличаются неустойчивым эмоциональным фоном. Для неадаптированных матерей не свойственно гармоничное отношение к болезни. При оценивании влияния заболевания на собственную жизнь, большинство матерей отметили отрицательный характер изменений, который выражается в нарушении отношений с семейным окружением, с мужчинами, влиянием стигматизации со стороны общества и отсутствием интереса к жизни. В эмоциональном статусе матерей выявлены следующие особенности: повышенная ситуативная тревожность, с характеристикой эмоционального дискомфорта, напряженности и депрессия.

В группе контроля между адаптированными и неадаптированными матерями, выявлены клинико-психологические различия в категории качество жизни, характеризующейся ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности и оценкой здоровья, подтверждающемся общим фоном настроения и эмоциональным статусом, выражающимся в компоненте эмоционального дискомфорта личностной тревожности. Отличительной чертой неадаптированных условно здоровых матерей является высокая роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности и низкая оценка здоровья. При этом выявлен высокий эмоциональный дискомфорт как компонент личностной тревожности и наблюдается сниженный фон настроения.

В индивидуально-личностных особенностях определяющим является отношение к себе, выражающееся во внутренней конфликтности и прогнозировании будущего. Достоверны различия в области психопатологических особенностей личности, шизоидных и гипоманиакальных черт. Использование стратегий совладающего поведения конфронтация и бегство-избегание так же достоверно различается.

Адаптированные ВИЧ-положительные женщины характеризуются низкой конфликтностью по отношению к себе. Матери этой группы прогнозируют свое будущее, их планы конкретны, последовательных и

соответствующие реальности. У женщин этой группы выявлены более низкие показатели личностного профиля по шкалам шизоидности и гипомании. Женщины редко используют такие стратегии совладающего поведения как конфронтация и бегство-избегание.

Для ВИЧ-положительных неадаптированных матерей характерна высокая конфликтность по отношению к себе. Типичными высказываниями являются: «если все против меня, то я против всех», «думаю, что я достаточно способна, чтобы меня уважали», «моя наибольшая слабость заключается в том, что я незащищена перед трудностями», «когда мне начинает не везти, я злюсь». Большинство матерей этой группы не планируют своего будущего, некоторые говорят о далеком будущем, при этом подобные планы носят общий, оторванный от реальности характер. Женщины этой группы склонны к гипертимному типу личности, так же обладают шизоидными качествами. Ведущими особенностями совладающего поведения являются стратегии направленные на преодоление негативных переживаний через эмоциональное отреагирование (конфронтация, бегство-избегание).

В контрольной группе матерей отмечаются следующие различия в индивидуально-личностных особенностях: вегетативный баланс, субъективный контроль общий и в области неудач. У неадаптированных условно здоровых матерей выявлен эрготропный тип вегетативного баланса, что указывает на повышенную активность. Женщины этой группы склонны к экстеральному уровню субъективного контроля, особенно в области неудач.

Таким образом, были выделены факторы, определяющие психическую адаптацию ВИЧ-положительных женщин к материнству среди социальных, клинических и личностных условий, влияющих на формирование материнского отношения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Различение интонации плача ребенка и характера реагирования матери на дискомфорт ребенка можно рассматривать как показатель адаптации ВИЧ-положительной женщины к материнству по нескольким причинам. Во-первых, этот критерий отражает чувствительность матери к ребенку, определяет эффективность материнского ответа на сигналы ребенка и качество материнской заботы, особенности самооценки и степень удовлетворения женщиной общением с ребенком, собственным материнством. Во-вторых, определяет характер удовлетворения актуальных потребностей ребенка, определяет условия развития ребенка и влияет на формирования основ его личностного развития. В-третьих, удовлетворяет определению психической адаптации как процессу установления оптимального соответствия личности матери и окружающей среды, в ходе осуществления свойственной матери деятельности, заботе о ребенке. Психическая адаптация позволяет женщине удовлетворять актуальные потребности, связанные с рождением ребенка, и реализовывать значимые цели, самореализации и воспитания ребенка, обеспечивая, в то же время,

соответствие психической деятельности матери и ее поведения требованиям среды, выражающимся в благополучном развитии ребенка [1]. В-четвертых, чувствительность матери к дискомфорту, дифференцирование интонации плача и удовлетворение потребностей ребенка отмечается ВИЧ-положительными женщинами значительно реже, чем у условно здоровых женщин, что подтверждается наблюдением за взаимодействием матери с ребенком.

Среди всего спектра социальных и социально-психологических условий только юридический статус матери и наличие зависимого от ПАВ поведения в семье можно определить как факторы, влияющие на адаптацию женщин к материнству. При этом важно отметить, что эти факторы отличаются наиболее общим характером влияния. Так, воспитание ребенка одинокой матерью, родившей и воспитывающей ребенка вне брака, при отсутствии установленного отцовства, указывает на отсутствие поддержки со стороны отца ребенка, наличие неразделенного груза повседневных семейных обязанностей, что определяет нарушение психической адаптации матерей. Распространенность аддиктивного поведения в семье женщин так же является интересным фактором. Притом, и адаптированные женщины отмечают наличие аддикций в семье, но этот фактор становится определяющим для нарушения адаптации при наличии нескольких лиц активно употребляющих ПАВ, чаще всего совпадает злоупотребление алкоголем у родителей и у мужа (отца ребенка). Важно, что у условно здоровых матерей не выявлено социально-психологических факторов, влияющих на адаптацию женщин к материнству.

При рассмотрении клинко-психологических факторов можно отметить две тенденции. Качество жизни и уровень тревожности являются общими факторами определяющим адаптацию женщин к материнству как у ВИЧ-положительных, так и у условно здоровых матерей. При этом для ВИЧ-положительных женщин определяющим является влияние проблем эмоционального, психического характера, а для условно здоровых матерей особенное значение имеет физический компонент качества жизни. Интересно, что влияния физического самочувствия у ВИЧ-инфицированных женщин не было обнаружено, несмотря на заболевания. Это можно объяснить тем, что большинство участвующих в исследовании женщин имеют субклиническую стадию развития заболевания, не испытывают выраженного физического дискомфорта и не придают значение физическому самочувствию, тогда как отмечают высокую роль эмоциональных проблем и нарушение психического здоровья. Выраженный эмоциональный дискомфорт отмечается в содержании тревожности у неадаптированных матерей. При этом, если у условно здоровых женщин выявлен эмоциональный дискомфорт в структуре личностной тревожности, то у условно здоровых женщин определяется влияние эмоционального дискомфорта как реакция на ситуацию, т.е. в содержании ситуативной тревожности. У ВИЧ-положительных женщин определено влияние

преморбидных особенностей личности, выражающихся в аддиктивном и неосторожном репродуктивном поведении. Наличие в анамнезе употребления наркотических веществ и многочисленных эпизодов искусственного прерывания беременности сказывается и на нарушении адаптации женщин к активному материнству. Важно, что клиническая характеристика заболевания, стадия течения ВИЧ-инфекции, прием лекарственной терапии не влияют на адаптацию женщин к материнству. Тогда как сопутствующие инфекционные заболевания и оппортунистические инфекции является фактором, нарушающим адаптацию женщин.

Среди индивидуально-личностных характеристик, выделяются такие определяющие факторы как отношение к себе, шизоидные и гипоманиакальные черты личности и избегающая стратегия совладающего поведения. Так, высокую вероятность нарушения адаптации к материнству может определить конфликтность по отношению к себе, что определено чувством вины и безысходности, чаще связанным с употреблением ПАВ и болезнью. Можно отметить высокую вероятность нарушения адаптации у ВИЧ-положительных матерей при выраженных шизоидных проявлениях, общей чертой которых является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях, а так же гипоманиакальных чертах личности, выражающихся в приподнятом настроении, оптимизме независимо от обстоятельств. Преобладание данных черт может привести к эмоциональной отчужденности от ребенка и снижению субъективной значимости потребностей ребенка для матери. Использование стратегий совладающего поведения, связанных только с эмоциональным отреагированием, ограничивает репертуар стратегий совладающего поведения ВИЧ-положительных матерей и определяет нарушение адаптации женщин к материнству, тогда как у контрольной группы условно здоровых матерей отмечается влияние низкого субъективного контроля.

Таким образом, у ВИЧ-положительных женщин отмечается комплекс факторов влияющих на адаптацию к материнству, их содержание усложнено, и большинство из них носит клинико-психологический характер.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Чувствительность матери, выражающаяся в различении интонации плача и удовлетворении потребностей ребенка, может рассматриваться как индикатор качества адаптации ВИЧ-положительных женщин к материнству.

2. К социально-психологическим факторам, определяющим психическую адаптацию ВИЧ-положительных женщин к материнству, относится социально-юридический статус матери и наличие аддиктивного поведения в близком семейном окружении. Среди клинико-психологических факторов определяется: отношение к болезни, личностный смысл ВИЧ-инфекции, наличие сопутствующих заболеваний и качество жизни. К

индивидуально-личностным факторам относятся психопатические личностные особенности, выражающиеся в шизоидных и гипоманиакальных чертах, совладающее поведение, отмечающееся в использовании стратегий конфронтации и бегства-избегания.

3. Учет социальных и личностных факторов позволит составить прогноз возможных нарушений психической адаптации ВИЧ-положительных женщин к материнству, определить границы психологических интервенций. Рассмотрение клинико-психологических факторов и внимание к особенностям взаимодействия в диаде позволит определить направления и содержание психологической помощи ВИЧ-положительным матерям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.- 270с.

2. Вирус иммунодефицита человека – медицина. Под ред. Н.А. Белякова, А.Г. Рахмановой. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 752с.

3. Малый В.Н. ВИЧ/СПИД. – Эксмо, 2009.-670с.

4. Филиппова Г.Г. Психология материнства.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.- 240с.

5. Desclaux A., Msellatib P., Walentowitzd S. Part Special Issue: Women, Mothers and HIV Care in Resource Poor Settings // Social Science & Medicine Volume 69, Issue 6, September.- 2009. - 803-806.

6. Finocchiaro-Kessler S., Sweat M., Dariotis J., Trent M., Kerrigan D., Keller J., Anderson J. Understanding High Fertility Desires and Intentions Among a Sample of Urban Women Living with HIV in the United States // AIDS Behav. - 2010. -14:1106–1114.

7. Goldstein R., Johnson M., Rotheram-Borus M. et al. Psychological distress, substance use, and adjustment among parents living with HIV // J Am Board Fam Pract.- 2005.- 18: 363–373.

8. Murphy D., Roberts K., Herbeck D. What They Miss During Their Children's Developmental Years Child // J HIV Disease Impact on Mothers.- 2010.

9. Shannon M., Lee K. HIV-infected mothers' perceptions of uncertainty, stress, depression and social support during HIV viral testing of their infants // Womens Ment Health. -2008.- 11:259–267.

10. <http://www.hivrussia.ru/>

СЕМЬЯ КАК ИСТОЧНИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Антонова Ю.С.

Омский государственный педагогический университет, г. Омск, Россия

Введение

В последние годы состояние здоровья населения России вызывает обоснованную общественную тревогу. У нас наблюдается кризис физического, нравственного и психологического здоровья практически всех возрастных групп: очень высока заболеваемость, смертность, сократилась продолжительность жизни, снижается доля трудоспособного населения, наблюдается рост преступности, наркомании, алкоголизма, числа самоубийств. Снизился уровень репродуктивного здоровья, что проявляется резким падением рождаемости, увеличением числа разводов, неполных и неблагополучных семей.

Причины такой ситуации в России многообразны. Отчасти она обусловлена социально-экономической депрессией, отчасти - изменением ритма и образа жизни современного человека: характера питания, низкой двигательной активностью, информационными и психоэмоциональными перегрузками. «Болезни поведения» становятся ведущей формой патологии современного человека. Первичная профилактика этих заболеваний может быть осуществлена только посредством воспитания осознанного отношения к своему здоровью, формирования навыков и привычек здорового образа жизни. [7] Большое значение в этом имеет семья, её воспитательная способность. Семья, неспособная воспитывать, приводит к серьезным нарушениям в процессе социализации ребенка.

В первую очередь родители влияют на поведение ребенка. Именно они дают первые образцы поведения. Ребенок подражает, и стремится быть похожим на мать и отца. Когда родители понимают, что во многом от них самих зависит формирование личности ребенка, то они ведут себя так, что все их поступки и поведение в целом способствуют формированию у ребенка тех качеств и такого понимания человеческих ценностей, которые они хотят ему передать. Такой процесс воспитания можно считать вполне сознательным, так как постоянный контроль над своим поведением, за отношение к другим людям, внимание к организации семейной жизни позволяет воспитывать детей в наиболее благоприятных условиях, способствующих их всестороннему и гармоничному развитию.

Отклонения в психологическом здоровье детей и молодежи свидетельствует чаще всего о серьезных нарушениях в жизни семьи. Возможно, что дети из этих семей, подражая своим родителям, неправильно воспринимают духовные и материальные ценности.

Таким образом, цель работы заключается в исследовании влияния стилей и типов родительского воспитания на психологическое здоровье подростка.

Первые представления ребенка о себе начинают складываться в процессе взаимоотношений с родителями, так как самоотношение у ребенка не вытекает из его знания о себе, оно является перенесенным вовнутрь знаниями и отношениями взрослых плюс собственная активность ребенка. Семейные условия, включая социальное положение, род занятий, материальный уровень и уровень образования родителей, в значительной степени влияют на личность ребенка. Кроме сознательного, целенаправленного воспитания, которое дают ему родители, на ребенка воздействует вся внутрисемейная атмосфера, характер взаимоотношений между ее членами, причем эффект этого воздействия накапливается с возрастом, преломляясь в структуре личности.

Эмоциональный тон отношений между родителями и детьми психологи представляют в виде шкалы, на одном полюсе которой стоят максимально близкие, теплые, доброжелательные отношения, а на другом - далекие, холодные и враждебные. В первом случае основными средствами воспитания являются внимание и поощрение, а во втором - строгость и наказание. Множество исследований доказывают преимущество первого подхода. Ребенок, лишенный родительской любви, имеет меньше шансов на высокое самоуважение и устойчивый положительный образ "Я". Жесткие родительские требования, если они кажутся необоснованными, вызывают у подростков протест и агрессию. Ослабление же родительского внимания вызывает у подростка ощущение, что родителям нет до него дела.

Таким образом, психологическое здоровье или нездоровье ребенка неразрывно связаны со стилями родительского воспитания, зависят от характера взаимоотношений родителей и детей.

Выделяются следующие стили родительского воспитания:

- демократический;
- авторитарный;
- попустительский.

Демократичные родители ценят в поведении подростка и самостоятельность, и дисциплинированность. Они сами предоставляют ему право быть самостоятельным в каких-то областях своей жизни; не ущемляя его прав, одновременно требуют выполнения обязанностей. Контроль, основанный на теплых чувствах и разумной заботе, обычно не слишком раздражает подростка; он часто прислушивается к объяснениям, почему не следует делать одного и стоит сделать другое. Формирование взрослости при таких отношениях проходит без особых переживаний и конфликтов.

Родители, придерживающиеся авторитарного стиля воспитания, требуют от подростка беспрекословного подчинения и не считают, что должны ему объяснять причины своих указаний и запретов. Часто возникают конфликты при их отношении к подростку как к маленькому ребенку, игнорируют его потребность в самостоятельности. Они жестко контролируют все сферы жизни, причем могут это делать и не вполне корректно.

Дети в таких семьях обычно замыкаются, и их общение с родителями нарушается. Часть подростков идет на конфликт. Но чаще дети авторитарных родителей приспосабливаются к стилю семейных отношений и становятся неуверенными в себе, менее самостоятельными.

Сочетание безразличного родительского отношения с отсутствием контроля - тоже неблагоприятный вариант семейных отношений. Подросткам позволяется делать все, что им вздумается, их делами никто не интересуется.

Излишняя забота о ребенке, чрезмерный контроль над всей его жизнью, основанный на тесном эмоциональном контакте, - приводит к пассивности, несамостоятельности, трудностями в общении со сверстниками. Как известно, переходный возраст - период эмансипации ребенка от родителей, возникновение у подростка чувства взрослости, стремление к самостоятельности. И очень важно, чтобы родители в этот трудный для их детей период смогли перестроиться - принять чувство взрослости своего ребенка.

Особый интерес представляют изучение и классификация неправильных типов воспитания, которые приводят к формированию различных неврозов и сбоев во внутренней картине здоровья, и как следствие нарушения психологического здоровья. Выделяется три типа неправильного воспитания.

1. Неприятие, эмоциональное отвержение ребенка (осознаваемое или неосознаваемое), присутствие жестких регламентирующих и контролирующих мер, навязывание ребенку определенного типа поведения в соответствии с родительскими понятиями о «хороших детях». Другой полюс отвержения характеризуется полным равнодушием, попустительством и отсутствием контроля со стороны родителей.

2. Гиперсоциализирующее воспитание – тревожно-мнительное отношение родителей к здоровью, успехам в обучении своего ребенка, его статусу среди сверстников, а также чрезмерная озабоченность его будущим.

3. Эгоцентрическое – чрезмерное внимание к ребенку всех членов семьи, присвоение ему роли «кумира семьи», «смысла жизни» [3].

В своей работе я попыталась определить механизм связи между правильными позициями родителей и нормальным развитием, поведением ребенка, с одной стороны, а так же неправильными позициями родительских отношений и нарушениями в поведении детей – с другой.

Среди сложных позиций можно выделить главные типы, позволяющие объяснить различные стили поведения родителей по отношению к детям.

В качестве основных типов выберем: 1) чрезмерную эмоциональную дистанцию между родителями и ребенком и слишком большую концентрацию внимания на ребенке. А между ними, в центре, расположим эмоционально уравновешенное отношение к ребенку; 2) доминирование и уступчивость по отношению к детям, в середине – позицию внутренней независимости матери и отца, позволяющей свободно руководить ребенком.

Для уступчивости характерны такие черты поведения родителей, как мягкость, неумение или неспособность руководить детьми. Требования таких родителей немногочисленны и ненастойчивы, а их распоряжения и приказания дети редко выполняют. В противоположность этой позиции доминирование, господство характеризуется непреклонностью родителей, тенденцией к ограничениям и суровости. Дисциплина и режим диктуются, к ним ребенок приучается под угрозой наказания, которое может быть суровым и даже жестоким, внешне возможно мягким, но фактически обидным и неприятным для ребенка, но в любом случае болезненно им воспринимаемым.

При чрезмерной эмоциональной дистанции стремление родителей к контактам с ребенком не отличается достаточной интенсивностью. Слово «дистанция» употреблено для определения психической отдаленности родителей от ребенка. Родители с «дистанцией» обращены не к ребенку, а против или вне его. Их контакты в основном поверхностны, родители или равнодушны, или сдержаны в проявлении своих чувств, или открыто выражают неприязнь к своему ребенку. Контакт с ним для родителей, скорее всего, неприятен, во всяком случае, не доставляет радости и удовлетворения.

Чрезмерную концентрацию внимания родителей на ребенке характеризует их стремление постоянно быть около своего дитя, существовать исключительно для него, делать все возможное, чтобы весь дом «вертелся» вокруг ребенка. В таких случаях у отца и матери появляется потребность посвятить свою жизнь ребенку. Они требуют от него полного и частого общения, лишаящего ребенка необходимой свободы. Причем родители откладывают все свои дела, как только ребенок появляется в поле их зрения.

Постоянное навязывание контактов очень часто мешает развитию активности ребенка. Родители, чрезмерно сконцентрированы на своем ребенке, склонны навязывать ему многочисленные предложения, поэтому ребенок находится под постоянным «обстрелом» их помыслов и действий. Одновременно родители бдительно следят за его поведением.

Эмоциональная уравновешенность родителей является необходимым условием для хорошего контакта с ребенком и обращения с ним как формирующейся личностью.

Следует еще обратить внимание на возможность непоследовательного поведения родителей. При неправильных воспитательных позициях поведение отца и матери характеризуется наличием у них некоторой двойственности. Так, например, мать, мало интересующаяся ребенком, не проявляющая заботы о нем, время от времени вдруг принимается «делать из него человека», кричит, требует дисциплинированности, запугивает, грозит выгнать из дому. Поведение такой матери свидетельствует скорее о ее уклоняющейся позиции, которая периодически приближается к отвергающей.

Иная мать, также преимущественно не занимающаяся ребенком и

игнорирующая его потребности, периодически, как бы вспомнив о нём, начинает рьяно опекать его, прислуживает ему, удовлетворяет все его прихоти. В этом случае двойственность возникает между уклоняющейся позицией и чрезмерно оберегающей. А общей чертой между ними является тенденция к пассивности, уступчивости по отношению к ребенку. Можно встретить родителей, которые чрезмерно оберегают ребенка и слишком много от него требуют. Эти родители всегда сконцентрированы на ребенке, с той лишь разницей, что в одних случаях они уступают ему или оберегают его, а в других – сурово и непреклонно ставят требования и навязывают свои суждения.

Встречаются родители с тенденцией к доминированию над ребенком, которые стараются, чтобы ребенок был образцовым во всех отношениях. Но время от времени они как бы теряют терпение и начинают применять суровые наказания, бросают упреки и угрозы. В этом случае наблюдается переход от чрезмерно требовательной позиции к отвергающей.

От отношения к подростку отца и матери, от удовлетворения его психических потребностей во многом зависит возникновение и развитие определенного типа поведения человека в течение жизни. Внутренняя картина здоровья ребенка в значительной степени определяется особенностями его семейного воспитания. Адекватный контроль, разумные требования к ребенку - подростку в сочетании с эмоциональным принятием его и демократическим стилем общения с ним способствует адекватному отношению ребенка к своему здоровью.

Авторы, рассматривающие взаимосвязь стилей и типов родительского воспитания и психологического здоровья подростков, отводят важную роль раннему опыту воспитания ребенка в конкретной культурной среде, семейным традициям и эмоциональному фону отношений родителей к ребенку.

В работах зарубежных и отечественных исследователей О.И. Захаровой, О.Б. Насоновой, Т.С.Яценко и др. показана зависимость формирования личности подростка от стиля семейного воспитания, от отношений между родителями и детьми.

Характер семейных отношений влияет не только на актуальное развитие ребенка, на ощущение безопасности, собственной ценности и компетентности, но и психологическое здоровье. По данным С. Броди различные стили воспитания и отношений родителей и детей формируют те или иные особенности психики и поведения.

Отношение к ребенку имеет особое значение во время возрастных кризисов развития (Т.М. Титаренко, Л.Н. Таран). Как говорилось ранее, во время возрастного кризиса подросток испытывает определенные психологические трудности, связанные с формированием основных новообразований возраста, со сменой его социальной позиции. Эти трудности касаются не только ребенка, но и всех членов семьи. И характер семейного воспитания, воспитательная позиция родителей могут

существенно облегчить или затруднить процесс адаптации ребенка к новому социальному окружению.

Существует определенная связь между чертами личности ребенка, взаимоотношениями в семье и поведением ребенка в обществе.

М.Мид, изучая примитивные сообщества, сделала очень интересные наблюдения. В тех сообществах, где ребенок имеет негативный опыт, как правило, формируются отрицательные черты личности. В частности, стиль взаимодействия со взрослыми сводится к следующему: мать рано отлучает ребенка от груди, надолго уходит работать, общение с матерью происходит редко. Дальнейшее воспитание остается достаточно суровым: в основном, используются частые наказания, враждебность детей по отношению друг к другу не вызывает у взрослых осуждения. В результате, формируются такие качества как тревожность, подозрительность, сильная агрессивность, эгоизм и жестокость.

Эрон и др., проведя обширное обследование, выявили черты детей, пользовавшихся репутацией жестоких и озлобленных. Было отмечено, что такие дети, как правило, имеют склонность к агрессивности по отношению к своим детям (дети недолюбленные, заброшенные).

А.А. Бодалев считает, что оценка ребенком другого человека и его действий является простым повторением оценки авторитетным для ребенка взрослым. Отсюда родители являются эталоном, по которому дети сверяют и строят свое поведение.

Таким образом, опираясь на полученные данные, можно заключить, что на психологическое здоровье оказывают влияние два основных фактора:

- определенный стиль родительского воспитания в семье;
- образец отношений и поведения родителей;

У подростка много потребностей, например:

1. Необходимость в самоутверждении как личности, у которой развиваются и реализуются свои индивидуальные способности.

2. Потребность в любви, доброжелательности и теплоте чувств, называемая также потребностью в эмоциональном контакте. Ребенок должен чувствовать интерес родителей ко всем его словам и действиям. Со своей стороны они проявляют большой интерес к жизни родителей.

3. Потребность в уважении. Ребенок плохо себя чувствует, если к нему относятся пренебрежительно и несерьезно, если его унижают, критикуют и непрерывно поучают. От постоянной критики он будет склонен ощущать свою неполноценность.

Неудовлетворение основных потребностей детей очень быстро проявляется в нарушениях поведения ребенка и в формировании отрицательных черт личности.

Вывод

Рассматривая основные типы родительских взаимоотношений, стилей семейного воспитания было выявлено влияние каждого из них на психологическое здоровье подростка и определенных черт личности ребенка.

Позиция отвержения способствует формированию у ребенка таких черт, как агрессивность, непослушание, сварливость, лживость, склонность к воровству и асоциальному поведению. Эта родительская позиция тормозит эмоциональное развитие детей. В ряде случаев она вызывает у них пугливость, беспомощность.

Если родители проявляют позицию уклонения от общения со своим ребенком, то он может вырасти человеком, неспособным к установлению прочных эмоциональных связей, следовательно, эмоционально неустойчивым. Чаще всего такие дети неспособны к настойчивости и сосредоточенности в учебе, недоверчивы, боязливы, у них нередки конфликты с родителями и школой.

Родительская позиция чрезмерной требовательности очень часто лишает ребенка веры в собственные силы, воспитывает у него неуверенность, робость, чрезмерную впечатлительность и покорность, мешает сосредоточенности. У него могут появиться трудности в учебе и в отношениях с окружающими людьми.

При родительской позиции признания прав ребенка он постепенно вырабатывает дружеское, лояльное отношение ко всем членам семьи. Дети таких родителей больше полагаются на себя и стараются быть по возможности независимыми. Эти дети более инициативны, что благоприятствует возникновению у них творческого начала.

Родительская позиция чрезмерного оберегания может вызывать у ребенка запаздывание социальной зрелости. Зависимость от матери или отца, пассивность, отсутствие инициативы, податливость и поведение типа «избалованное дитя» может сформировать у ребенка, с одной стороны, чрезмерную самоуверенность, высокое мнение о своей личности, дерзость, чрезмерную требовательность и даже тиранию по отношению к родителям, а с другой стороны – беспокойство, постоянное чувство тревоги, боязни.

Когда родители дарят ребенку разумное доверие, воспитывают в нем свободную личность, тогда он может прекрасно общаться с ровесниками, быть находчивым, остроумным, сообразительным, в меру самоуверенным, способным разобраться в различных общественных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов. - М.: Академический Проект, 2001.
2. Байярд Р.Т. Ваш беспокойный подросток. Практическое руководство для отчаявшихся родителей - М.: Просвещение, 1991.
3. Гарбузов В.А., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977 г.
4. Земска М. Семья и личность: Пер. с польск. Васильева Л.В.: Изво «Прогресс», 1986.
5. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. Исправление недостатков характера у детей и подростков. Книга для учителя. - М.: Просвещение, 1994.

6. Кон И.С. Психология ранней юности. - М.: Просвещение, 1980.
7. Льюис Дэвид Стресс-менеджер. Как уйти от стресса.; Пер.с англ. Хомик А.П.- М.: АСТ, Рефл-бук, 2000.
8. Нартова-Бочавер С. Психология личности и межличностных отношений. – М.: Из-во ЭКСМО-Пресс, 2001.
9. Немов Р.С. Основы психологического консультирования: Учебн. для студ. педвузов. – М.: Гуматит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999.
10. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учебн. заведений: В 3 кн. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – Кн. 1: Общие основы психологии.
11. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учебн. заведений: В 3 кн. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – Кн. 2: Психология образования.
12. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учебн. заведений: В 3 кн. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики.
13. Основы психологии: Практикум / Ред.-сост. Столяренко Л.Д. – Ростов н/Д: «Феникс», 2001.
14. Популярная психология для родителей / Под ред.Спиваковской А.С. - СПб.: СОЮЗ, 1997.
15. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. с. 321 - 328
16. Психология личности: Словарь-справочник / Под редакцией П.П. Горностая и Т.М. Титаренко. – К.: Рута, 2001.
17. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. – М.: ВЛАДОС, 1996.
18. Словарь психолога-практика / Сост. Головин С.Ю. – Мн.: Харвест, 2001.
19. Фельдштейн Д.И. Психологические аспекты изучения современного подростка. Вопросы психологии, 1985, №1.
20. Фельдштейн Д.И. Психологические проблемы общественно-полезной деятельности как условие формирования личности подростка. Вопросы психологии, 1980, №4.
21. Фридман Л.Ф., Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя//Практическая психология в образовании – М.: Изд-во «Совершенство», 1998.
22. Шихи Г. Возрастные кризисы. Ступени личностного роста: пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1999.
23. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапия. – М. – СПб.: Фолиум, 1996.
24. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психологического развития в детском возрасте. Вопросы психологии, 1971, №4.

«ЖЕЛТАЯ ТРЕВОГА»: ОТ БИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ К ЗАМЕДЛЕНИЮ ТЕМПОВ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

Афони́на Н.Ю.

Тульский государственный университет, г. Тула, Россия

Вопрос определения критериев умственной нормы относится к области пересечения нескольких отраслей психологии. Возрастная психология, психология развития, специальная психология длительное время пытаются обозначить границы дифференциации состояний «норма» - «отклонение», описать механизмы и особенности становления психики в онто- и дизонтогенезе.

Перинатальная психология предоставляет возможность глубинного понимания основных, базовых причин атипичного развития интеллектуальных структур. Минимальные мозговые дисфункции, обширные поражения одного или нескольких полей коры головного мозга, дисбаланс процессов возникновения и затухания нервных импульсов, гормональные и генетические нарушения, определяя специфический путь развития высших психических функций (ВПФ), выступают в качестве изначально ненормативных эндогенных условий становления психики ребенка.

Имеющая место вариативность отклонений в умственном развитии, проявления которых колеблются от частичной несформированности отдельных психических свойств до тотального недоразвития системы интеллекта в целом, обуславливает и специфику психолого-педагогической помощи детям «группы риска», детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям.

Нейропсихология разрабатывает методы коррекции врожденных или приобретенных в раннем возрасте отклонений мозговой организации, педагогическая психология определяет наиболее благоприятные условия развития интеллектуально «нестандартных» детей, оценивает возможность внешней компенсации функциональной недостаточности ребенка.

В свою очередь, такие направления деятельности службы практической психологии как «консультирование», «сопровождение», «поддержка» помогают родителям пережить факт рождения особого ребенка, наладить тесное внутрисемейное взаимодействие в диадах «мать-дитя», «отец-дитя», «родители-ребенок», осознать специфику нужд и потребностей маленького человека.

Таким образом, система психологической работы с детьми, чье интеллектуальное развитие не отвечает критериям нормы, несмотря на относительно недавнюю постановку проблемы, совершенствуется, о чем свидетельствуют многочисленные положительные результаты.

Государство признает право на жизнь и образование особых детей, а общество учится принятию личности и толерантности к ограниченным возможностям здоровья «нестандартного» ребенка.

Создаются психолого-медико-педагогические комиссии, в штат общеобразовательных учреждений вводятся ставки специальных психологов, дефектологов, логопедов, открываются группы (классы) коррекции, детские сады и школы VII, VIII видов.

Перед родителями, ребенок которых нуждается в специальных образовательных условиях, открывается возможность *направленного* «родительского роста», поскольку сама жизнь с «ненормативным» ребенком требует постоянного самосовершенствования: многие мамы, не жалея сил и времени, читают специальную литературу, консультируются с коррекционными педагогами, получают дополнительное образование, чтобы знать, как именно помочь своему особому ребенку.

В данном случае, как ни странно, *исключена возможность ошибки*: любая работа с интеллектуально ограниченным ребенком латентно положительна. Правильно найденный подход к взаимодействию родителя с особым ребенком в условиях развивающей коррекционной среды вызывает положительную динамику, выраженность которой зависит от регулярности родительских занятий и степени поражения головного мозга ребенка. Развивающая деятельность, не учитывающая особенности функционирования психики малыша, просто не будет воспринята им. В результате возникает своеобразная стагнация интеллектуального развития ребенка. Конечно, если вспомнить о периодах «восприимчивости», – максимально благоприятных для развития той или иной психической функции возрастных этапах – подобный «застой» следует оценить как непростительную, а часто и невозполнимую потерю времени. Но, если рассматривать ситуацию в целом, вектор развития ребенка с ограниченным интеллектуальным потенциалом рисуется в виде «положительно направленного», то есть априори определяющего *умственный прогресс*.

Иная ситуация складывается в отношении «родительского сопровождения» интеллектуального роста ребенка с нормативным психическим онтогенезом.

Современное общество, которое учится принятию «нестандартных» детей, ставит все более высокие планки перед нормативно развивающимся ребенком. Наиболее очевидные перемены касаются дошкольного детства. Сегодня понятие «готовности к школе», трактуемое большинством психологов как способность первоклассника адекватно воспринимать и полноценно усваивать информацию, а также как возможность произвольно осуществлять элементарные учебные действия, подменяется псевдодиагностическими критериями, а именно, умением читать, считать, знанием основ иностранного языка. Повсеместно внедряются методики раннего развития: раннее обучение чтению (глобальное, слоговое, ребус-метод), счету (ориентация в тысяче с использованием числовых таблиц), иностранному языку. Обилие авторских технологий и отсутствие четких возрастных нормативов провоцируют бессистемное информационное насыщение родителей: *ненаправленный «родительский рост»*.

И если с позиции родителей расширение информационного пространства ребенка – безусловное благо, способ соответствовать действующим социальным требованиям, с позиции психологии развития последствия функционального вмешательства далеко не однозначны. Достаточно вспомнить одно из основных положений культурно-исторической концепции о опосредующей роли знака и гетерохронности развития ВПФ [6].

Л.А.Венгер неоднократно обращал внимание на взаимообусловленность структурирования интеллектуальной системы. В результатах исследований, направленных на развитие возрастоведущей психической функции, отмечался своеобразный эффект переноса, когда опосредование одной функции сопровождалось ускорением темпов развития других психических процессов. Однако эксперименты Л.А.Венгера были направлены на стимулирование доминирующей психической функции, то есть функции, интенсивное становление которой предопределено возрастными закономерностями развития детской психики [5].

Но большинство методик раннего развития предполагают активную работу психики ребенка со знаком, что обуславливает возникновение интенсивной нагрузки на периферические функции. Так, обучение чтению в раннем возрасте невозможно без «включения» аналитико-синтетических процессов; счет – без задействования элементов наглядно-образного, а решение ряда «интеллектуальных» задач – словесно-логического мышления. Стоит задуматься, не спровоцируют ли искусственно созданные условия тренировки периферических функций их преждевременное опосредование, а значит, и искажение возрастной структуры психики ребенка.

И второй вопрос, вызывающий не меньший интерес, касается «охранительных барьеров». Если предположить, что становлению психических процессов нормативно развивающегося ребенка при определенных условиях развивающей среды может быть свойственен возрастной регресс, то есть постепенное замедление темпов развития отдельных психических функций по сравнению с развитием идентичной возрастной группы, то какое психическое явление исключает аналогичный указанному ход умственного развития у интеллектуально ограниченных детей?

В течение длительного времени на базе дошкольных образовательных учреждений г. Тулы и тульской области мы проводили экспериментальное исследование механизмов развития ВПФ детей в возрастном диапазоне от 3-х до 7-ми лет. По мере накопления эмпирических данных цели исследования уточнялись, что в конечном итоге позволило представить целостную теоретическую картину умственного развития ребенка в структуре нормативного и отклоняющегося онтогенеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В период с 2003 по 2010 г.г. участниками эксперимента выступили 382 дошкольника. Из них 332 - дети с нормативным психическим развитием,

обучающиеся по единой «Программе обучения и воспитания в детском саду», и 50 – с диагнозом «задержка психического развития (ЗПР) на резидуально-органическом фоне».

Предварительный анализ литературных данных позволил рассматривать в качестве возможной детерминанты умственного развития познавательную потребность, сформированность которой, равно как и уровень развития когнитивных процессов, оценивалась на протяжении всего периода организации исследования.

Ниже мы приводим несколько принципиально важных «наблюдений» - выявленных и получивших свое экспериментальное подтверждение феноменов умственного развития.

Наблюдение первое, важное для специалистов. Структура взаимосвязи ВПФ в картине онто- и дизонтогенеза неидентична!

У дошкольников – представителей «нормативной» группы обнаружена идентичность межфункциональной организации познавательных процессов. В полном соответствии с логикой возрастного развития, в качестве доминирующей функции выступает память. Основные различия касаются степени освоения зоны умственных способностей: это «умеренный», «высокий» и «исключительно высокий» уровни развития психических процессов.

Детей, представляющих группу «задержки психического развития», напротив, объединяет узость зоны развития умственных способностей, но собственно картина взаимодействия ВПФ уникальна для каждого отдельно взятого ребенка.

Таким образом, предположение о том, что психическая организация дошкольника с ЗПР эквивалентна норме и отличается только замедленным темпом становления познавательных процессов, представляется ошибочным и требующим дальнейшего уточнения.

Вывод первый, важный для родителей «особого» ребенка. Возможность «перерасти» отставание исключена.

Чем больше времени пройдет от момента постановки диагноза до начала коррекционной работы, тем выраженнее будут структурные изменения психики ребенка, а значит, пропорционально снизится эффективность коррекционного воздействия.

Вывод второй, важный для родителей «особого» ребенка. Коррекционная работа вне специального учреждения или вне взаимодействия со специалистом малоэффективна. Самостоятельно работая над развитием одной из психических функций, например, обучая ребенка решению головоломок (игры Б.П.Никитина, доски Э.Сегена и прочие развивающий материал, который находится в свободном доступе), родители не могут системно воздействовать на структурную организацию ВПФ. В основе подлинно развивающего коррекционного взаимодействия должны находиться результаты предварительной диагностики, позволяющие определить направление коррекционной работы и ее последовательность.

Наблюдение второе, важное для специалистов. Формирование познавательной потребности нормативно развивающихся детей обусловлено социокультурной действительностью.

Познавательная потребность представляет триаду взаимосвязанных компонентов «силы», «уровня» и «интереса», где «интерес» выполняет ориентировочную функцию и функцию подкрепления, «сила» характеризует временной отрезок, в течение которого ребенок способен заниматься заинтересовавшей его деятельностью, а «уровень» отражает готовность к постепенному усложнению интеллектуальных действий.

Развитие познавательной потребности, как явления врожденного и универсального, предполагает гармоничное, то есть темпологически близкое совершенствование конструкторов «силы», «уровня» и «интереса». Но длительное существование ребенка в условиях искаженной социокультурной действительности, в частности, когда познавательный интерес не поддерживается и не поощряется («Не любопытничай!», «Много будешь знать, скоро состаришься», «Не суй свой нос...») или его стимулирование неадекватно («Легкие задачи решают только маленькие»), способствует дисгармонизации развития познавательной потребности, в результате чего отмечается преобладание сформированности одного из компонентов над другим.

Так, гармоничное становление «силы», «уровня» и «интереса», степень развития которых соответствует особенностям возраста, продемонстрировали 89% воспитанников вторых младших групп (3-4 года).

Дальнейший анализ динамики познавательного развития позволяет выявить тенденцию к постепенному снижению общего количества детей с здоровой познавательной потребностью. В последнем случае прослеживается взаимосвязь с возрастом ребенка и длительностью его нахождения в ДОУ.

После четырехлетнего периода пребывания в детском саду на выходе лишь 51% ранее обследованных воспитанников соответствовали возрастной норме по критериям сформированности и гармоничности развития познавательной потребности [1].

Наблюдение третье, важное для специалистов. Формирование познавательной потребности по типу преобладания конструктора «уровня» способствует умеренному развитию когнитивных процессов, доминирование конструкторов «силы» и (или) «интереса» обуславливает замедление темпов развития одной или нескольких психических функций.

Так, в подготовительной к школе группах среди детей с дисгармоничной познавательной потребностью (49%) уровень развития памяти у 9%, наглядно-образного мышления – у 30%, внимания – у 6% и двух и более познавательных процессов – у 3% воспитанников соответствует нижней границе возрастной нормы!

Вывод третий важный для родителей. Познавательное здоровье ребенка (а следовательно, и сформированность его когнитивной сферы) зависит от факторов окружающей среды.

Наиболее благоприятные варианты познавательного развития дошкольников наблюдаются в ДОО, образовательные программы которых ориентированы на творческое, исследовательское усвоение знаний. Занятия в таких учреждениях носят игровой характер и как таковые строго не ограничены временными рамками, богатая окружающая среда групп способствует проявлению познавательной активности дошкольников. Взаимодействие воспитателя и детей происходит в рамках позиции «партнер-партнер». Ведется просветительская работа с родителями. Собственно образовательное пространство этих учреждений выстроено с учетом возрастнo-психологических особенностей развития воспитанников.

Наблюдение четвертое, важное для специалистов. В случае гармоничного развития познавательной потребности возможно функциональное изменение иерархии взаимодействия когнитивных процессов!

Искажение структурной организации ВПФ обнаруживает себя у дошкольников, которые, помимо детского сада, посещали дополнительные занятия в центре раннего развития: на фоне отставания ряда периферических процессов отмечается «умеренный» или «высокий» уровень развития тренируемой функции. К примеру, дети пятилетнего возраста, посещающие курсы подготовки к школе, чаще всего демонстрировали «умеренный» уровень развития произвольного внимания, наглядно-образного мышления и «низкий» - произвольных памяти и восприятия, а также воображения [3].

В 2011 г., стремясь уточнить полученные результаты, мы повторили эксперимент с 110-ю детьми старшего дошкольного возраста. Все испытуемые посещали развивающие курсы, 50-ти невропатологом поликлиники и психолого-медико-педагогической комиссией был поставлен диагноз «задержка психического развития». Результаты группы «нормы», в целом, были аналогичны предыдущему срезу, что указывает на ретестовую надежность экспериментальных выводов. А вот изменения картины иерархии взаимодействия ВПФ среди испытуемых группы «задержки психического развития» отмечено не было! Зафиксированный искаженный вариант структурирования психики после посещения развивающих занятий не претерпевал изменений.

Последнее позволяет предположить, что именно познавательная потребность выступает в качестве «охранительного барьера», препятствующего динамическому изменению когнитивной структуры у детей с ЗПР.

Вывод четвертый, важный для родителей. Познавательнo «здоровый» ребенок готов к освоению окружающего мира и принятию практически любой информации, но вмешательство извне, если оно не отвечает задачам возраста, способно повлечь за собой нарушение законов умственного развития!

То, что удивляет и заставляет восхищаться ребенком в данный временной период, выделяя его среди сверстников, например, раннее чтение,

не может оставаться константным преимуществом и по прошествии нескольких лет станет «нормативным». Но сензитивный, благоприятный момент для развития прочих психических функций будет упущен. И тогда не стоит удивляться, почему первоклассник не может запомнить условие задачи или пересказать небольшой текст, с трудом представляет себе, что изобразить на рисовании и вообще путает цвета. Упущено, потрачено впустую драгоценное время.

Нужно было обращать внимание двухлетки на яркую бабочку, обводить пальчиком контуры предметов, просить принести такой же кубик, а мама показывала крупные карточки с написанными словами первого ряда...

Нужно было позволить четырехлетнему сыну играть в рыцарей, а позже – запоминать правила бесконечно меняющихся «Красок», «Светофоров» и «Повтори, не ошибись», а педагоги учили ребенка счету до тысячи...

Поздно. Кратковременная эйфория и гордость за «развитость» ребенка сменяются удивлением и разочарованием. И именно поэтому по-настоящему любящим родителям следует вспомнить известную русскую пословицу: «Не трясى яблоко, покуда зелено, созреет – само упадет».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день сложившаяся ситуация такова, что психология и институт родительства оказываются оторваны друг от друга. Бесконтрольное внедрение развивающих методов, равно как и внеконтекстное, выборочное размещение психологической информации, например, в сети Интернет, создают все более ощутимую угрозу.

Рождение здорового ребенка и родительская любовь больше не являются гарантами полноценного умственного развития малыша.

Полученные результаты позволяют говорить о феномене функциональной, то есть искусственно спровоцированной, «глупости», который получает все большее распространение.

В системе условных сигналов существует такое понятие как «желтая угроза», когда окружающая среда представляет реальную опасность для жизни и здоровья людей.

Вероятно, следует задуматься и искать пути научного и социального взаимодействия, пока еще не зажегся красный свет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афонина, Н.Ю. Динамика интеллектуального развития в дошкольном возрасте: факторы и условия // Психология XXI века: Материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века» 22-24 апреля 2010 года. Санкт-Петербург / Под науч. ред. О.Ю. Щелковой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2010. С. 83 – 85.

2. Афонина Н.Ю. Место познавательной потребности в структуре психического развития одаренного ребенка // Материалы II Всероссийской научной конференции «Научный потенциал молодежи – будущее России» 23

апреля 2010 года. – Муром.: Изд. полиграфический центр МИ ВлГУ, 2010. С. 731-732.

3. Афонина, Н.Ю. Проблема умственного развития в культурно-исторической психологии: дошкольный возраст // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2010» / Отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев, А.И. Андреев, А.В. Андриянов. [Электронный ресурс] — М.: МАКС Пресс, 2010.

4. Веккер, Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов. – М., 2000.

5. Венгер Л.А. К проблеме формирования высших психических функций // Научное творчество Л.С. Выготского и современная психология. - М: Изд-во АПН СССР, НИИ ОиПП АПН СССР, 1981.

6. Выготский, Л.С. Проблема возраста / Л.С. Выготский. - М.: Педагогика, 1984. СС. т.4.

7. Ганошенко Н.И., Юркевич В.С. О развитии познавательной потребности у дошкольников // Новые исследования в психологии. 1983. № 1. С. 47 – 52.

8. Запорожец, А.В. Основные проблемы онтогенеза психики / Ред. колл. В.В. Давыдов и др. – М.: Педагогика, 1986. – Т.1. С. 233-257.

9. Лисина М.И. Развитие познавательной активности в ходе общения со взрослыми и сверстниками // Вопр. психол. 1982. № 4. С. 18 – 35.

10. Лурия, А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. – М.: Наука, 1974.

11. Матюшкин А. М. Психологическая структура, динамика и развитие познавательной деятельности // Вопр. психол. 1982. № 4. С. 5—17.

12. Холодная, М.А. Психология интеллекта: парадоксы исследования / М.А. Холодная. – Томск: Изд-во Томск. ун-та; М.: Барс, 1997.

13. Шумакова Н.Б. Исследовательская активность в форме вопросов в разные возрастные периоды // Вопр. психол. 1986. № 1. С. 53 – 59.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Балакирева Е.А., Неретина А.Ф., Иващенко О.В., Балакирева А.И.
**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко,
г. Воронеж, Россия.**

Проблема пароксизмальных расстройств сохраняет свою актуальность в течение последних десятилетий. В детском возрасте пароксизмальные состояния встречаются в несколько раз чаще, чем у взрослых, причем до 60% их приходится на первые 3 года жизни [2,4,5].

Приступ (пароксизм) – внезапное, обычно повторяющееся возникновение или резкое усиление признаков болезни на относительно короткий срок.

Припадок – приступ церебрального происхождения, возникающий на фоне видимого здоровья или при внезапном ухудшении хронического патологического состояния [1]. Приступы (пароксизмы) могут наблюдаться при остром заболевании («случайные», вызванные пароксизмы) или при эпилепсии (повторяющиеся, неспровоцированные приступы). Неспровоцированные пароксизмы ежегодно отмечаются у 56,8 человек на 100 000 в год, у 23,5 на 100 000 в год это единственный неспровоцированный приступ. 5% населения переносят хотя бы один пароксизм в течение жизни [2]. Пароксизмы, разворачивающиеся в детском возрасте, клинически более разнообразны, значительная их часть является эпилептическими приступами. Другими, неэпилептическими, являются обмороки, аффективно-респираторные припадки, синкопы, метаболические судороги, парасомнии и др. По данным Темина П.А. и соавторов (2007) распространенность судорог у детей составляет 17-20 на 1 000 [5]. Распространенность синкопальных состояний у детей: 126 на 100 000 [3].

Вопросы дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний детей раннего возраста сложны, но имеют принципиальное значение для дальнейшей лечебной тактики и прогноза. Диагностические ошибки распространены достаточно широко, так, еще в 1975 г. Jeavons выявил в двух эпилептических центрах г. Бирмингема (Великобритания), что 20% детей, имеющих диагноз эпилепсии и получающих антиконвульсанты, имеют другие заболевания. По мнению Шмитц Б.(2009) 26% пациентов, обращающихся в специализированные центры с приступами, не имеют эпилепсии [6]. Главной причиной ошибочного диагноза является недостаточно тщательно собранный анамнез. Второй по частоте причиной является неверная интерпретация нейрофизиологических данных. У детей с пароксизмальными состояниями неправильная интерпретация данных анамнеза и ЭЭГ приводит к ошибочной диагностике эпилепсии в 15-30% случаев [7,8]. Пароксизмальные состояния у детей эпилептического генеза особенно активно изучаются в последнее десятилетие в связи с бурным

развитием детской эпилептологии, появившимися функциональными методами обследования, возможностями лечения и реабилитации. В то же время литература, касающаяся неэпилептических пароксизмальных расстройств, чрезвычайно разноречива. Подход к этиологии, патогенезу, а, следовательно, диагностике и лечению пароксизмальных состояний отчасти определяется тем к какому специалисту обратился пациент и, зачастую, между первичным обращением к врачу и адекватной терапией проходит длительный отрезок времени.

Цель исследования: Изучить структуру и генез пароксизмальных состояний у детей раннего возраста, возможности их дифференциальной диагностики

Материалы и методы: Нами были проанализированы 4760 историй болезни детей первых трех лет жизни находившихся в стационаре в 2003-2008гг., 1512 поликлинических и 1412 консультативных осмотра. В исследуемую группу были включены 469 пациентов, обратившихся к неврологу по поводу различных пароксизмов в первые 3 года жизни. Из них 376 (80%) были госпитализированы с диагнозом «судорожный синдром». Часть из них (106 из 469) была исключена из исследования в связи с социальными причинами и отказом родителей от обследования, лечения, динамического наблюдения и включения в исследование. В окончательную группу вошли 363 ребенка.

Критерии включения в исследование: возраст до 3 лет, пароксизмальные состояния различного генеза, упоминание «судорожного синдрома», по поводу которого обращался пациент.

Критерии исключения: недостаточный анамнез, отказ родителей от обследования, лечения и включения в исследование.

Относительное распределение пароксизмальных состояний при направлении в стационар приведено на рис. 1

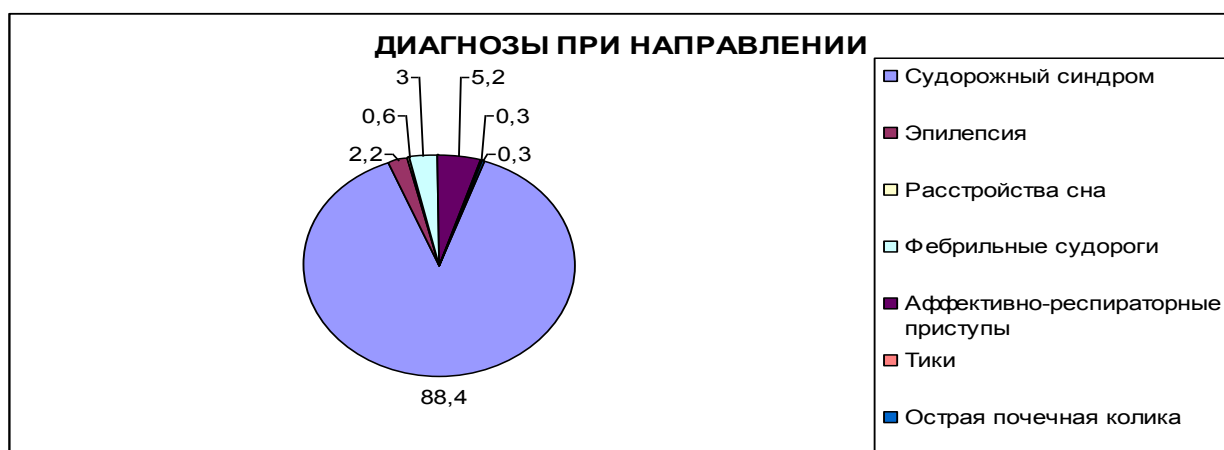


Рис. 1. Распределение видов пароксизмальных состояний при направлении в стационар

При постановке диагноза учитывались клиничко-анамнестические данные и результаты функционально-лабораторных исследований.

Только у 89 (24,5%) пациентов, поступавших с диагнозом «судорожный синдром», окончательный диагноз был поставлен в первые 3 дня пребывания в стационаре, которые по стандартам полагаются для постановки клинического диагноза. В 38,3% случаев (139 случаев) приступы были зафиксированы в стационаре, что позволило в 97 случаях (26,7 %) поставить диагноз при первом поступлении. Судороги в структуре приступа имели место лишь у 45 (12%) детей, поступивших с диагнозом «судорожный синдром».

Дети исследуемой группы (363) осматривались при первом обращении к неврологу, подробно собирался семейный, акушерский, ранний анамнез, определялся объем обследований, ставился рабочий диагноз, определялись начальные этапы лечения. Лабораторные (клинические, биохимические, микробиологические), рентгенологические, нейровизуализационные, функциональные методы исследования и психологические тестирования позволяли уточнить природу пароксизмальных состояний на разных этапах исследования.

На основании разработанного нами алгоритма, все пациенты при первичном поступлении были разделены на несколько подгрупп. К вероятно и достоверно неэпилептическим были отнесены 70,8% пациентов (257). Из них у 22 пациентов на электроэнцефалограмме были косвенные признаки эпилептической активности, что, учитывая возрастные особенности, накладывало ограничения в терапии, а у 235 детей (65%) пароксизмальной активности не зарегистрировано. У 28,2% пациентов (106) при первичной госпитализации определены вероятно и достоверно эпилептические приступы.

Несмотря на обилие новых методов обследования, для окончательного диагноза в исследуемой группе требовалось динамическое наблюдения, в некоторых случаях длительное. В процессе наблюдения некоторые случаи меняли категорию несколько раз. Пример структурирования пароксизмальных состояний приведен на рис. 2.

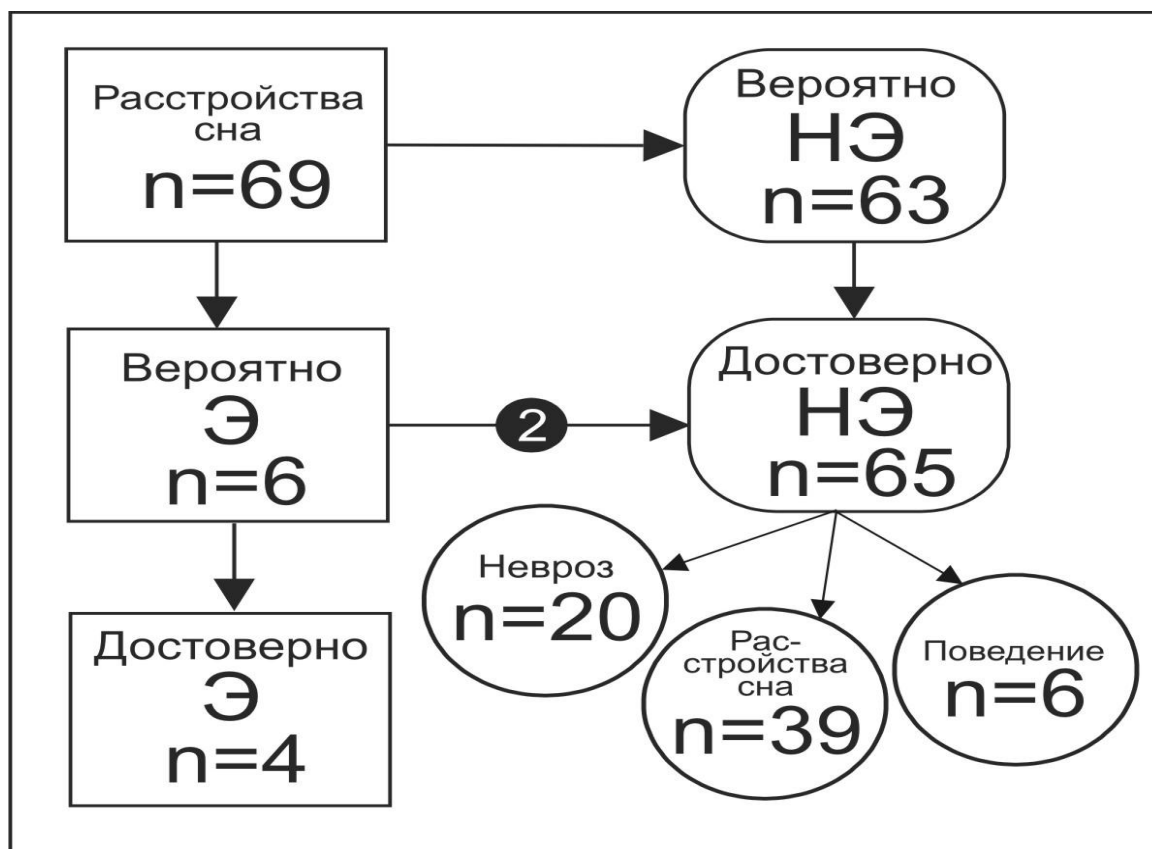


Рис. 2. Динамическое структурирование нарушений сна

В соответствии с клиническими проявлениями, объем и сочетание медикаментов во время каждого курса терапии зависел от возможности верификации диагноза, ведущего на данный момент клинического синдрома и ограничений связанных с применением того или иного лекарственного средства. В результате длительного динамического исследования произошло окончательное перераспределение видов пароксизмальных состояний (рис. 3).



Рис.3. Окончательное распределение видов пароксизмальных состояний в исследуемой группе (n=363).

Таким образом, в структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста преобладали аффективно-респираторные приступы (25,1%), достоверно подтвержденные формы эпилепсии (16,5%), невротические пароксизмальные состояния (11,6%), пароксизмальные расстройства поведения (11,3%). Различные по этиологии пароксизмальные состояния могут иметь сходную клиническую картину, что затрудняет диагностику и лечение. Пароксизмальные состояния раннего детского возраста требуют соматического и неврологического обследования и наблюдения в динамике. Это позволяет уточнить диагноз в большинстве случаев (95,9%) - число недифференцированных «судорожных» приступов в исследуемой группе сократилось с 88,4% до 4,1%.

Клинический пример

Ребенок, Вика А. , 1,3 г.

Ребенок госпитализирован в связи с подергиванием головой и глазами влево сериями с диагнозом «судорожный синдром (?)»

Из анамнеза: Наследственный анамнез – по женской линии врожденный двухсторонний птоз и тиреоидит. ребенок от 1й беременности, протекавшей с гестозом 1 и 2й половины беременности, роды плановым кесаревым сечением в связи с миопией матери, незрелость, масса 3 900, рост 54 см, в роддоме не вакцинирована. У ребенка врожденный наследственно обусловленный птоз. Лечение получала сосудистыми препаратами (пантогам, кавинтон).

При поступлении: состояние средней тяжести, кожа и слизистые чистые. По внутренним органам видимой патологии нет.

Неврологический статус: ЧМН: движение глазных яблок не ограничено. птоз двухсторонний. Голова гидроцефальной. конфигурации, ОГ 51см, Б.Р - закрыт, Венозная сеть выражена. Мышечный тонус умеренно повышен. Сила +/- . Сух. Реф. Д=С оживлены. Мозжечковой симптоматики нет. Опора, ходьба(+), опора на внешний свод стопы, циркумдукция справа. Варусная деформация голеней. Асимметрия бедренных складок. Моргание глазами. Умеренная задержка психо-моторного развития.

Обследование: общ.ан.крови, биохимический ан крови, тиреостат, общ. ан. мочи ан кала - без патологии.

М-ЭХО: смещения срединных структур нет , умеренные признаки внутричерепной гипертензии.

ЭКГ - синусовая тахикардия. Вертикальное ЭПС. ЭОС - нормально расположена.

ЭЭГ - умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга, диффузно медленно волновая активность, вспышки острых волн, снижение порога судорожной готовности.

Ортопед: Рахитическая варусная деформация голеней.

Генетик: Блефаро-фимоза- птоза- эпиканта с-м.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Раннее органическое поражение ЦНС, ликвородинамические рас-ва, 2 сторонняя пирамидная недостаточность, больше справа. Блефаро-фимоза-птоза-эпиканта синдром.

Данных за судорожный характер пароксизмов нет. Движения головой расценены как поведенческие.

Получала лечение

Стол. 16, Режим инд, неупелтил 0,0025 + циннаризин 1\4 + димедрол 0,4 в\м для записи ЭЭГ, кортексин 5мг в\м, АТФ 1,0 в\м №10, В6 0,5 в\м №5 - отменен в связи с аллергией. Массаж, физиолечение.

Приступы купированы самопроизвольно, не зависимо от проведенной терапии.

Наблюдается в течение 3 лет. Психо-моторное развитие соответствует возрасту. Других видов пароксизмов не зарегистрировано. Готовится к оперативному лечению птоза.

Таким образом, пароксизмальные состояния отнесены к **поведенческим** неэпилептическим, не требующим специального лечения.

Заключение: Поведенческие пароксизмальные состояния составили более 11 процентов, то есть каждый девятый ребенок с «судорожным синдромом» не нуждался в лечении. Мы намеренно говорим о пароксизмальных состояниях, а не нарушениях (в англоязычной литературе - disorders), так как эти состояния вполне могут быть не патологическими, а поведенческими, что и показано в нашем исследовании.

Поведенческие пароксизмы в раннем возрасте диагностируются методом исключения - мы исключаем острые и жизнеугрожающие ситуации, которые не терпят промедления и наблюдаем, ориентируя родителей на те моменты, которые могут быть полезны в окончательном суждении. Если эти состояния все же являются патологическими и/или обусловлены невротическим компонентом (попросту являются проявлениями невроза, который, к сожалению, отрицается психиатрами по возрастному критерию), то кроме и прежде медикаментозной терапии необходима рациональная семейная психокоррекция и направляющая работа с родителями.

Поведенческие пароксизмальные состояния особенно трудно отличить от патологических при наличии органической симптоматики или на фоне наследственной патологии.

Решение этой проблемы может быть осуществлено непрерывным контактом родителей с наблюдающим неврологом и психологом, по возможности, социологом и педагогом, а при наличии показаний, логопедом и психиатром. В таком случае, неврологу остается назначить и проследить эффективность/и переносимость базисной терапии, а не заниматься не свойственными ему функциями семейного психотерапевта, а иногда и Господа Бога.

Выводы:

1. В структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста преобладали аффективно-респираторные приступы (25,1%), достоверно

подтвержденные формы эпилепсии (16,5%), невротические пароксизмальные состояния (11,6%), пароксизмальные расстройства поведения (11,3%).

2. Различные по этиологии пароксизмальные состояния могут иметь сходную клиническую картину, что затрудняет диагностику и лечение.

3. Пароксизмальные состояния раннего детского возраста требуют соматического и неврологического обследования и наблюдения в динамике. Это позволяет уточнить диагноз в большинстве случаев (95,9%).

4. Поведенческие пароксизмальные состояния не являются патологическими у детей раннего возраста, они - следствие характерологических и возрастных особенностей ребенка, постигающего мир и не вербально копирующего окружающее.

Литература:

1. Карлов В.А. Различные церебральные пароксизмы: есть ли у них общие механизмы? / В.А. Карлов // Эпилептология в медицине 21 века / под ред. Е.И.Гусева, А.Б. Гехт. – М., 2009. – С. 151-156.

2. Кованис. А. Эпилептические и неэпилептические приступы у детей. Диагностика, лечение, социальные аспекты эпилепсии. Материалы сателлитного симпозиума 7-го европейского конгресса по эпилепсии. С-Пб - 2006. - 148-161

3. Леонтьева И.В. Синкопальные состояния у детей и подростков : лекции для врачей / И.В. Леонтьева. – М., 2009. – 67 с.

4. Петрухин А.С. Особенности ЭЭГ в неонатальном периоде / А.С. Петрухин, А.А. Холин, Г.Б. Голосная // Русский неврологический журнал. – 2008. – С. 4-9.

5. Темин П.А. Судорожные состояния у детей / П.А. Темин, М.Ю. Никанорова, Е.Д. Белоусова // Вестник перинатологии и педиатрии. - 2007. – С. 94.

6. Шмитц Б. Дифференциальный диагноз эпилептических и неэпилептических приступов / Б. Шмитц // Эпилептология в медицине 21 века / под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. – М., 2009. – С. 145-147.

7. Эпилептология в медицине 21 века / под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. - М., 2009. – 570 с.

8. Gates J.R. Nonepileptic seizures / J.R. Gates, A.J. Rowan. – Boston : Butterworth-Heinemann, 2000

РАССТРОЙСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ В УРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Бардышевская М.К.

**Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, г.
Москва, Россия**

Диагностика и психотерапия расстройств привязанности является одним из наиболее интенсивно разрабатываемых направлений теоретических и прикладных исследований нарушений эмоционального и личностного развития, особенно в детском возрасте.

Исследования привязанности на современном этапе идут двумя путями. Первый путь таких исследований заключается в детализации и уточнении классических диагностических категорий качества привязанности (безопасная-небезопасная; избегающая, амбивалентная, дезорганизованная у детей и эквивалентов у их родителей: избегающая, озабоченная, неразрешенная), типических паттернов ее выражения в диаде, сформулированных в работах J. Bowlby, M.S.Ainsworth, E. Waters, M. Main и последователей (Parkes, Stevenson-Hinde, Marris, 1991). Традиционные методики нацелены, прежде всего, на диагностику структуры привязанности, паттернов, которые используются в диаде для поддержания физической и эмоциональной близости ребенка и взрослого или защиты от такой близости в случае небезопасной привязанности. На современном этапе исследований этот подход оптимален при изучении особенностей популяции, уместен в работах, имеющих социальную направленность. Так, классические исследования Джона Боулби реакций детей на разлуку с матерью позволили изменить практику госпитализации маленьких детей без матерей в Европе и США еще в 60-е годы, в нашей стране такие перемены произошли совсем недавно.

Второй путь, который выбран как основной автором настоящего сообщения, – это изучение разнообразия вариантов развития привязанности, т.е. исследование структурно-динамических изменений привязанности в рамках различных по продолжительности временных циклов (например, Brisch, 2002). В рамках этого направления проводятся исследования влияния дородовой и послеродовой депрессии матерей на эмоциональное и личностное развитие таких детей (Radke-Yarrow, 1991; Trad, 1991; Field, 2005; Tronick, 2005). Эти исследования ориентированы на разработку программ психотерапии и раннего вмешательства.

Наши наблюдения за динамикой привязанности ребенка к близким людям в условиях госпитализации, адаптации к детским учреждениям, рождения сиблинга и других важных изменений социальной ситуации развития показывают качественные скачки, интенсивные колебания, драматические изменения способов поддержания физической и эмоциональной связи, используемых одним и тем же ребенком

(Бардышевская, 1995, 2008, 2010; Климась, Бардышевская, 2004; Михайлова, 2004, и др.).

Диагностика вариантов развития привязанности с акцентом на ее динамических аспектах особенно актуальна у детей старше 2-3 лет, когда ребенок быстро развивает способность отсрочивать, маскировать, произвольно усиливать свои эмоциональные состояния, накапливать и сдерживать аффект, не допуская импульсивной его разрядки. У детей этого возраста фиксация кратковременной динамики аффективного состояния (в течение 20 минут, как это принято в классической экспериментальной процедуре Ainsworth на определение качества привязанности) без учета последующего и предшествующего аффективного состояния и сопутствующих аффективных нагрузок, определяющих эту динамику, может стать артефактом. Долговременные процедуры наблюдения за взаимодействием матери и ребенка в естественных условиях (Waters, 1995) позволяют получить более валидные результаты, однако в методике анализа данных такого наблюдения акцент по-прежнему ставится на определении коэффициента безопасности наиболее часто наблюдаемых паттернов привязанности матери и ребенка, ситуативная и возрастная динамика не учитывается. Еще более проблематичным является попытка диагностики качества привязанности у детей дошкольного возраста с помощью проективных тестов, поскольку данные наблюдения за поведением привязанности матери и ребенка и результаты проективных методик часто не согласуются и ставят больше вопросов, чем дают ответов.

В данном сообщении предлагается на основе оценки онтогенетических и динамических аспектов привязанности квалифицировать паттерны привязанности как сохранные, инфантильные, регрессивные, фиксированные, искаженные или поврежденные. Такая квалификация особенно важна при исследовании развития вариантов осложненной небезопасной привязанности у маленьких детей (которая представляет собой смесь конфликтного, избегающего и дезорганизованного поведения), поскольку дает основание для определения путей обходного развития и механизмов компенсации развития задержанной, искаженной или полуразрушенной привязанности.

В настоящем сообщении обсуждается развитие привязанности у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях эмоциональной депривации, с точки зрения уровневой модели эмоциональной регуляции; описываются эволюционные стратегии, которые использует ребенок с точки зрения адаптации к аномальной социальной ситуации развития.

Характеристика исследованных детей. Исследовались дети 3-7 лет, госпитализированные в острое дошкольное отделение детской психиатрической больницы № 6 (80 детей) и наблюдающиеся в частной психотерапевтической практике автора (20 детей). У всех детей отмечалась сильно нарушенная эмоциональная связь с матерью с рождения и в части случаев – еще до рождения ребенка. Постановка психиатрического диагноза

для данной группы детей представляла особую сложность из-за крайней неустойчивости клинической картины. Диагнозы включали: общие расстройства развития (F84), поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском возрасте (F90-F98 в МКБ 10), шизофрению и шизотипические расстройства (F20, F21, F25), аффективные расстройства (F30-F39), невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48). Следует отметить, что диагнозы неоднократно пересматривались, как в сторону утяжеления, так и в сторону облегчения в зависимости от динамики состояния ребенка, что типично для данной возрастной группы. Нарушения привязанности со стороны матери отмечались раньше и были выражены сильнее, чем соответствующие нарушения со стороны ребенка. Нарушения привязанности со стороны матери квалифицировались как хроническая, клинически верифицированная (более двух лет) дородовая и послеродовая депрессия у матери в семье с одним ребенком (нашим пациентом); избирательное эмоциональное отвержение матерью данного ребенка (нашего пациента) среди других предпочитаемых детей в семьях с несколькими детьми. Матери части детей регулярно госпитализировались в психиатрическую больницу. Матери детей, госпитализированных в психиатрическую больницу, организовывали жизнь отвергаемого ребенка таким образом, что большую часть года он (она) проводил(а) вне дома без контакта с матерью (в санаториях, соматических и психоневрологических больницах, у родственников).

Методы. 1. Лонгитюдное структурированное наблюдение с использованием видеозаписей за динамикой аффективного поведения и аффективных состояний ребенка и психотерапевта в рамках психотерапевтического обследования. Наблюдения проводились 1 раз в месяц за детьми, госпитализированными в больницу, и 1 раз в неделю за детьми, проходившими психотерапию в частной практике. Длительность наблюдений – от 2 месяцев до 5 лет. Оценивалась динамика аффективных состояний (по динамике невербальной коммуникации, качеству примитивных эмоционально-поведенческих комплексов и качеству символической активности ребенка) в соответствии с аффективными нагрузками, связанными с воздействиями психотерапевта. Выделялись повторяющиеся паттерны динамики контакта, результат используемой ребенком стратегии - сотрудничество или разрыв контакта. Психотерапевтические воздействия включали комментарии, пробные интерпретации, подражание действиям ребенка с изменением интенсивности и продолжительности. Сбои в контакте рассматривались как аналоги нарушений сензитивности, доступности, кооперации в поведении матери. Интенсивность разрушительного эффекта нарушенной привязанности оценивалась по степени его распространения по координате «сверху – вниз» на базальные формы эмоциональной регуляции и по координате «снизу-вверх» на символическую активность. При этом учитывалось, что не все особенности эмоциональной регуляции ребенка могут быть выведены из

нарушений привязанности (для этого отдельно оценивались динамика эмоционального состояния ребенка в группе детей в общей игровой комнате, где аффективные нагрузки несколько иные, однако эти результаты выходят за рамки данного сообщения).

2. Оценивалась общая переносимость аффективных нагрузок по уровням (баланс базальных и более сложных механизмов эмоциональной регуляции) по методике Бардышевой М.К., Лебединского В.В. (2003).

3. Оценивалось качество привязанности ребенка и матери по данным полуструктурированного интервью и по результатам наблюдения за взаимодействием матери с ребенком в присутствии психотерапевта.

Результаты.

Выделены следующие варианты развития привязанности в соответствии с различными стратегиями эмоциональной адаптации ребенка и динамикой эмоциональной регуляции.

1. Доминирование признаков повреждения развития привязанности с изолированными сохранными проявлениями. **Стратегия отказа от индивидуальной привязанности в пользу групповой.** Для матери характерна затяжная дородовая и послеродовая депрессия, ребенок рожден по настоянию мужа. Ребенок использует преимущественно наиболее базальные механизмы первых трех уровней эмоциональной регуляции (оценки интенсивности воздействия, аффективных стереотипов, аффективной экспансии): обнажение влечений, интенсивную аутоостимуляцию, интенсивную экспрессию удовольствия, гнева (маниакальное качество аффекта), возможно подражание действиям других детей в группе (стадные механизмы). При встрече ребенка с матерью характерен тяжелый психосоматический криз как у ребенка (потеря сознания, рвота, судороги), так и у матери (головные боли, спазмы, панические атаки). Минимальные сбои в контакте с психотерапевтом вызывают приступы агрессии и аутоагрессии. Отдельные сохранные признаки привязанности у ребенка (изолированные формы безопасного тактильного, голосового, глазного контакта, позволяющие ребенку сохранять относительно спокойное состояние) отмечаются во взаимодействии с отцом.

2. Доминирование признаков искажения развития привязанности с элементами повреждения и задержки. **Стратегия девитализации для стимуляции заботы о себе.** Для матерей характерны затяжная послеродовая депрессия со светлыми промежутками. Для ребенка характерно сочетанное использование изолированных базальных (тонизация за счет открытого выражения влечений и аутоостимуляции) и более сложных механизмов эмоциональной регуляции (разделение интереса с психотерапевтом к сложному культурному материалу: живописи, истории) с неустойчивостью возрастно-специфичных механизмов (нарушены механизмы аффективного заражения, подражания, первичной идентификации себя как живого). Характерны сильные колебания от депрессивного до маниакального состояния в рамках одного занятия. В символической активности на

депрессивном фоне контакт обыгрывается как механическое воздействие извне блокирующего, разъединяющего или разрушительного характера: ребенок идентифицирует себя со сломанной машиной, выброшенным на помойку компьютером, колоколом, сброшенным с храма, с убитым царем, распятым Христом и т.д. В депрессивном состоянии такие дети воспринимают психотерапевта как живого, в отличие от себя, это разделение подчеркивается ребенком, возможно, для стимуляции заботы о себе. Можно говорить о специфическом нарушении баланса восприятия людей как живых: сам ребенок и часто его близкие («свои») воспринимаются как неживые, другие люди («чужие», но помогающие ребенку и семье) как живые. В маниакальном состоянии баланс между живым и неживым может быть иным: живым считается человек в момент сексуальной активности или его аналоги (человек, катающийся на быке, корове и пр.).

3. Доминирование признаков искажения с элементами задержки развития привязанности. **Стратегия отчуждения (бегства) для стимуляции заботы о себе.** Типичными представителями данной группы являются, родители которых пытаются воссоздать привязанность за пределами сензитивного периода (после 5 лет, до этого возраста забота о ребенке была передана другим людям). В контакте с психотерапевтом в случае ощущения угрозы от внешних воздействий (посторонние шумы, отсутствие нужной игрушки) или от психотерапевта (пристальный взгляд) легко возникают агрессия на маниакальном фоне или аутоагрессия на депрессивном. Баланс «свой-чужой» сдвинут в сторону «чужого». Для того, чтобы психотерапевт был принят ребенком, в некоторых случаях родители представляют его ребенку как родственника. Характерны садо-мазохистические фантазии, идеи соперничества, непереносимость неуспеха. Нагрузки каждого уровня эмоциональной регуляции воспринимаются и как желательные, и как разрушительные. (Ребенок боится высоты, но пытается открыть окно). Типичны нарушения уровня оценки интенсивности воздействий (конфликтные оценки, предчувствие угрозы), защитная привязанность к территории, выраженная сильнее, чем привязанность к людям, конфликтная экспансия (освоение территории ради того, чтобы обезопасить ее или приготовить место для бегства, но не для собственно исследования).

4. Доминирование признаков задержки развития привязанности с элементами искажения. **Стратегия отсрочки импринтинга.** Типичными представителями этой группы являются дети, отвергаемые по признаку пола в многодетных семьях или в приемных семьях с разнополыми детьми. Матери заявляют о своей неспособности справиться с воспитанием данного ребенка, жалуются на состояние беспомощности, ребенок вызывает депрессивное состояние с сильной долей враждебного отношения. У детей наблюдается общая задержка развития с поведенческими особенностями ребенка значительно более младшего возраста, которые используются для привлечения внимания взрослого к себе и запуска поведения привязанности, заботы с его стороны. Эти дети не практикуют новую способность в любой

области развития из-за страха развития без опорного объекта. У ребенка растягивается сензитивный период развития привязанности, импринтинг не происходит вовремя, ребенок надеется привязаться к отсутствующему в настоящий момент надежному взрослому позднее. Из-за отсрочки импринтинга изменена пропорция восприятия таким ребенком людей по критерию «свой-чужой» («своим» моментально становится любой человек, предлагающий ребенку контакт, которого ребенок хочет). Характерна депрессия с сопутствующими задержками развития от неспособности завоевать внимание матери. Во время психотерапевтического обследования отмечается стремительная положительная динамика аффективного состояния ребенка, однако вся его психическая активность по-прежнему направлена на установление и поддержание желаемого типа контакта. Типично отсутствие первичных нарушений на уровне оценки интенсивности воздействий (т.е. окружающая среда воспринимается спокойно, реалистично, без чувства угрозы), сочетающееся с полным подавлением поведенческой экспансии, направленной на исследование территории и неодушевленных предметов. Компенсаторно фиксируются ранние стереотипы эмоционального контакта по типу физического прилипания или «пошагового программирования» действий психотерапевта (для обеспечения безопасного предсказуемого контакта). При активизации состояния и повышении настроения желаемый контакт постоянно обыгрывается в символической активности, с использованием игровых и неигровых предметов. Таким образом, профиль эмоциональной регуляции характеризуется неравномерностью с относительно сохранными базальными механизмами эмоциональной регуляции (избеганием, проективной идентификацией, аффективным заражением) и увеличением элементов искажения в высших уровнях эмоциональной регуляции.

5. Доминирование сохранных проявлений развития привязанности. **Стратегия накопления хорошего опыта в любых контактах.** Матери этих детей страдают хронической дородовой и послеродовой депрессией, связанной со смертью предшествующего ребенка. Рождение следующего ребенка (нашего пациента) способствовало фиксации и углублению депрессии, так как новый ребенок не смог заменить потерянного. В окружении ребенка есть женщины (родственники, соседи), заменяющие мать, делящие между собой заботу о ребенке, однако эта забота непостоянная и ненадежная, ребенок периодически оказывается в приютах или больницах. Несмотря на отягощенную постоянными перемещениями социальную ситуацию развития, дети способны строить достаточно доверительную эмоциональную связь «здесь и сейчас» с психотерапевтом в индивидуальном контакте. Для детей характерна способность гиперреалистично, с множеством деталей, но целостно воспринимать и выделять живого человека, без оценки его как источника угрозы. Некоторая избыточность в восприятии деталей (повышенная нагрузка на первый уровень эмоциональной регуляции) компенсаторно связана с поиском и желанием

сохранить (и навязчиво воспроизводить) любые признаки хорошего опыта, который можно получить в контакте с этим человеком, в условиях часто меняющейся аффективной среды и социальной ситуации развития. Ребенок постоянно сканирует меняющееся окружение и вносит изменения в картину мира с особой фиксацией полезных контактов. Баланс «свой-чужой» сдвинут в сторону «свой». Типичен сохраненный профиль эмоциональной регуляции с сенсibilизацией обиды в случае потери внимания психотерапевта, усиленной экспансии в рамках контакта с эффективным удержанием внимания взрослого на себе за счет символической и творческой активности. (В условиях группы такой ребенок постоянно требует к себе индивидуального внимания, контролирует проявления привязанности персонала к другим детям, эффективно удерживает внимание персонала на себе путем стимуляции чувства вины и аффективного напряжения воспитателей.)

Выводы.

1. Нарушения эмоциональной регуляции, связанные с расстройствами привязанности в диадах «родитель-ребенок», занимают центральное место в клинико-психологической картине нарушений у детей матерей с депрессиями.

2. Нарушения привязанности по-разному влияют на развитие эмоциональной регуляции: задерживают, сенсibilизируют, искажают, разрушают развитие более сложных механизмов эмоциональной регуляции, фиксируют и обнажают более примитивные механизмы.

3. При разных вариантах материнской депрессии (хронической или эпизодической, с доминированием тоски или враждебности и отвержения) дети используют различные поведенческие стратегии сохранения привязанности и стимуляции родительского поведения.

4. Динамика аффективного состояния ребенка в контакте с психотерапевтом позволяет диагностировать ведущую стратегию ребенка в рамках поведения привязанности.

5. Различные поведенческие стратегии привязанности у эмоционально депривированных детей 3-7 лет различаются по степени затратности:

а) стратегия накопления хорошего опыта в любых контактах позволяет ребенку сохранять профиль эмоциональной регуляции, близкий к возрастной норме, за счет стимуляции конфликтных состояний у взрослого (делегирования чувства вины за собственную депривацию в семье) и повышенных требований к взрослому (за счет аффективных ресурсов взрослого);

б) более затратными, сочетающимися с крайней аффективной неустойчивостью, «блокирующими» психическое развитие ребенка являются стратегии девитализации и отчуждения для стимуляции родительской заботы;

в) стратегия отказа от поиска индивидуальной привязанности в пользу групповой сочетается с пустыми эмоциональными состояниями ребенка в

индивидуальном контакте, т.е. отсутствием эмоциональных реакций на большинство возрастнo-специфических аффективных нагрузок, связанных с взаимодействием с взрослым, «дефектным» профилем эмоциональной регуляции; собственная эмоциональная пустота (исчерпанность) компенсируется аффективными ресурсами группы.

г) стратегия отсрочки импринтинга сочетается с расщепленным профилем эмоциональной регуляции. Профиль эмоциональной регуляции колеблется от нормального (за счет использования аффективных ресурсов) доступного взрослого) до инфантильного (если такой взрослый недоступен).

6. Полученные данные позволяют разрабатывать индивидуально-типологические планы психотерапии, учитывающие динамику уровневой структуры эмоциональной регуляции ребенка и качество и динамику депрессивного состояния у их матерей.

Список литературы.

1. Бардышевская М.К. Компенсаторные формы поведения у детей, воспитывающихся в условиях детского дома. Диссертация канд.псих.наук, Москва, 1995.

2. Бардышевская М.К. Развитие привязанности у эмоционально депривированных детей. Дефектология. № 1, 2006, с. 6-20.

3. Бардышевская М.К. Эволюция привязанности в новых социальных слоях современной России. Актуальные проблемы клинической психологии: клиническая психология и социальный контекст (сб. научных статей)/. Материалы докладов на Ломоносовских чтениях 2008 г. Под общей ред. В.В.Николаевой. М., 2009, с. 6-33.

4. Бардышевская М.К. Динамика поведения, эмоциональной регуляции и картины мира у приемных детей в процессе расторжения усыновления. Социальный мир человека, ч. 1, вып. 3, 2010, Ижевск, ERGO, С. 95-96.

5. Бардышевская М.К. Невербальная коммуникация у детей с нарушениями общения и эмоциональной депривацией. Вопросы психологии. № 6, 2010, с. 33-42.

6. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. М.: УМК «Психология», 2003.

7. Бардышевская М.К., Тренина М.Ю. Нарушения влечений у детей с аффективной неустойчивостью. Вопросы психологии, №3, 2008, с. 35-45.

8. Бардышевская М.К., Цуканова Е.А. Анализ симбиотической привязанности у ребенка с тотальным мутизмом// Моск.психотерапевт.журн., №1, 2007, с. 71-99.

9. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003.

10. Климась Д.Г., Бардышевская М.К. Регрессивные явления при адаптации к детским учреждениям в раннем возрасте в норме и патологии. Научный поиск. Сборник научных работ студентов, аспирантов и преподавателей, Вып. 5, Министерство образования и науки РФ, Ярославский гос. университет им. П.Г. Демидова, Ярославль, 2004, с. 267-274.

11. Михайлова Ю.А. Развитие эмоциональной регуляция у воспитанников дома ребенка с рождения до 4 лет. Автореферат дис. канд.псих. наук. М., 2004.
12. Emotional development. /Ed. By J. Nadel, D. Muir, Oxford, Oxford University Press, 2005.
13. Attachment across the life cycle. /Ed. By C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris, London, New York, Routledge, 1991.
14. Brisch K. H. Treating attachment disorders. New York, London, Guilford Press, 2002.
15. Trad P.V. Infant Depression. N.Y.: Springer-Verlag, 1986.
16. Waters E., Vaughn B., Posada G., Kondo-Ikemura K. (Eds.) Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models. Monographs of the Society for Research. Child Development, 1995, 60. Serial No. 244 (2-3).

ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТ БЕСПЛОДИЯ

Бежина Х.В.

Изучение готовности к материнству в последние годы ведется в разных аспектах: в плане социологических исследований позднего материнства и материнства несовершеннолетних (37, 47); при исследовании факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матерей (Брутман В.И., Северный А.А., Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.С., Копыл О.А., Бас Л.Л., Баженова О.В., и др.); в филогенетическом аспекте (Филиппова Г.Е.).

Психологическая готовность к материнству формируется под влиянием нераздельных биологических и социальных факторов и, с одной стороны, имеет инстинктивную основу, а с другой стороны, выступает как особое личностное образование. Г.Г.Филиппова указывала на то, что мотивационная основа материнского поведения человека формируется на протяжении всей жизни, испытывая влияние как благоприятных, так и неблагоприятных факторов. Уровень психологической готовности к материнству определяется суммарным эффектом действия этих факторов к тому моменту, когда женщина становится матерью.

Мы рассматриваем психологическую готовность к материнству как специфическое личностное образование, в основе которого лежит осмысленность образа будущего ребёнка в сознании женщины. При этом мы опираемся на классификацию, выделяющую три типа готовности к материнству: позитивную, негативную и конфликтную.

В нашем исследовании мы предполагаем, что психологическая готовность к материнству у беременных женщин, имевших в анамнезе нарушения репродуктивной сферы, тесно связана с прошлым негативным опытом длительного лечения от бесплодия, а также настоящим переживанием беременности, которое представлено эмоциональным и смысловым компонентом.

Для решения данной проблемы мы провели исследование группы беременных женщин, имеющих в анамнезе опыт лечения от бесплодия (N-24) и нормально беременных женщин, никакого негативного опыта беременности не имевших (N-42).

Анализ полученных данных показал следующие результаты.

Не смотря на то, что репродуктивная функция была восстановлена и женщины в настоящее время беременны, имевшийся негативный опыт оказывает значимое влияние на психологическую готовность к материнству у женщин. Это находит свое отражение в системе семейных отношений, смысловых и временных аспектах идентичности, рефлексивных процессах, эмоциональной сфере и специфике принятии социальной роли матери.

Удовлетворенность браком в группе беременных женщин, имеющих опыт лечения от бесплодия, значительно снижен по сравнению с группой

нормально беременных женщин. Это говорит нам о том, что отношения в семье более напряженные, отмечается семейная тревога, довольно часты конфликты, снижен уровень доверия между супругами, поэтому семейная жизнь не удовлетворяет женщину в полной мере. Это ведет к тому, что более проблематично идет освоение и социальной роли матери.

Анализируя полученные данные по тесту СЖО, мы отмечаем, что у беременных женщин, имевших опыт лечения от бесплодия, показатели по шкале «Цели в жизни» занижены. Люди не склонны строить планов на будущее, и живут вчерашним или сегодняшним днем. Это, по всей видимости, связано с выраженной тревогой за будущее, опасениями относительно протекания беременности и родов. Смысловой аспект социальной идентичности деформирован, что также влечет сложности в освоении социальной роли матери.

Удовлетворенность результатами прожитой жизни оказывается сниженной в случае наличия опыта лечения от бесплодия - показатели по шкале «Результат жизни» по тесту СЖО в группе таких беременных женщин ниже, чем в группе нормально беременных. Опыт лечения от бесплодия, даже в случае наступления беременности еще не переработан личностью и занимает важное место в структуре идентичности, определяя социальное поведение беременной женщины. Страшный диагноз бесплодия не стирается из памяти бесследно, а формируется как стойкое смысловое образование в структуре идентичности и усложняет адекватное формирование психологической готовности к материнству, что опять же препятствует принятию социальной роли матери.

Изменившая в лучшую сторону ситуация бесплодия требует от личности женщины формирования новых способов взаимодействия с окружающими. Процессы рефлексии в ситуации беременности у женщин, лечившихся от бесплодия, повышаются. Полным ходом идет формирование новых смыслов, осознание изменившегося статуса женщины, что в конечном итоге создаст новую идентичность, включающую в себя роль матери.

Параметр временной перспективы, изучаемой опросником Ф.Зимбардо, негативное прошлое - завышен у беременных женщин, имеющих опыт бесплодия, что представляется вполне логичным следствием измененной вследствие пребывания в травматичной ситуации бесплодия. Идентичность женщины, имеющей такой негативный опыт, как бесплодие, не изменяется сиюминутно в связи изменением ситуации, процесс восприятия прошлого, как негативного, продолжается, что создает негативный фон для построения новой, здоровой идентичности, а следовательно, и принятия новой роли – матери.

Будущее, как важный аспект временной перспективы, снижен у женщин, имеющих опыт бесплодия. Женщина ожидающая ребенка, пережив ситуацию невозможности реализации социальной роли матери, испытывает тревогу относительно будущего, будущее во многом вызывает у нее

опасения, что негативно сказывается на формировании адекватного стиля готовности к материнству.

Восприятие прошлого, как позитивного, резко снижено, оно не выступает как ресурс для женщин с опытом бесплодия. Опыт бесплодия для беременной женщины выступает как травматический, женщина испытывает страх возврата в ситуацию. Временной аспект социальной идентичности деформирован в значительной степени, что сдерживает освоение новых ролей и формирование новой идентичности.

Настоящее воспринимается беременными женщинами, имеющими опыт бесплодия, как независящее от ее личного участия. Женщина считает, что не в силах как-то повлиять на свое состояние, она склонна к отказу от личной ответственности за свое состояние. Неготовность к материнству, или формирование не адекватного стиля переживания беременности женщин с опытом бесплодия не является результатом отсутствия личных усилий и рефлексии, а является продуктом прошлой травмирующей ситуации, что несомненно требует психологической помощи.

Безусловно, происходят изменения в эмоциональной сфере беременной женщины, имеющей опыт бесплодия.

Общее эмоциональное состояние оценивается как подавленное, женщины склонны к образованию тревожных реакций и дисбалансу эмоциональной сферы в целом. Это выступает с одной стороны как общий фон, на котором разворачивается реализация формирующейся идентичности беременной женщины, а с другой стороны как последствия травмирующей ситуации, оказывающие негативные влияния на формирование новой идентичности, новой социальной роли матери.

У беременных женщин, уже с первых дней беременности идет освоение материнской роли, рассматриваемое через тип готовности к материнству. При этом, согласно Г.Г.Филлиповой, можно утверждать, что беременные женщины имеющие адекватный тип готовности к материнству полностью принимают социальную роль матери, женщины имеющие тревожный тип готовности к материнству характеризуются амбивалентным (противоречивым) принятием социальной роли матери, а женщины с игнорирующим типом готовности к материнству – не принимают социальную роль матери.

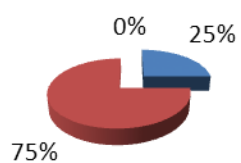
В ходе изучения принятия социальной роли матери в группе беременных женщин, имеющих опыт бесплодия и нормально беременных женщин были получены результаты указывающие на различие в тенденциях освоения социальной роли матери, что отражено на графике.

График №1.

Различия в распределении типов готовности к материнству (принятии социальной роли матери) у беременных женщин с опытом бесплодия и нормой

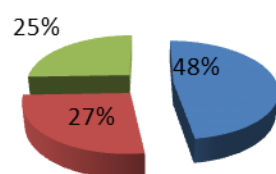
лечившиеся от бесплодия

■ адекватный ■ тревожный ■ игнорирующий



норма

■ адекватный ■ тревожный ■ игнорирующий



При проведении статистического анализа по критерию χ^2 Пирсона было получено статистически значимое преобладание тревожного типа готовности к материнству при $p < 0,05$ в группе женщин, имеющих в анамнезе опыт лечения от бесплодия. Это дает нам основания утверждать, что в группе беременных женщин, имеющих опыт бесплодия наиболее часто встречается амбивалентное принятие социальной роли матери (75%) и реже (25%) полное принятие социальной роли матери. При этом полностью отсутствует отвержение материнской роли. Отметим также, что распределение типа принятия социальной роли матери у нормально беременных женщин согласуется с предыдущими исследованиями (см. например Г.Г.Филлипова, Т.Д.Василенко, И.Н.Земзюлина). Можно говорить, что будущий ребенок крайне важен для беременных женщин, имеющих опыт бесплодия, но негативный опыт, и как его следствие деформированная готовность к материнству, в большинстве случаев препятствуют полному и адекватному освоению материнской роли, формируя амбивалентное ее принятие, что требует психологического вмешательства и коррекции.

В целом необходимо отметить, что в случае восстановления репродуктивной функции психологическая готовность к принятию материнской роли имеет свои специфические особенности, отличные от особенностей нормально беременных женщин.

Отмечается деформация смысловых аспектов идентичности, выражающаяся в низких показателях целеполагания и негативном осмыслении прошлого опыта, временные аспекты идентичности отражают негативные изменения идентичности и дают возможность охарактеризовать временную перспективу беременных женщин имеющих опыт бесплодия как несбалансированную. Эмоциональные реакции имеют тревожную окраску и общий негативный фон. Удовлетворенность с ближайшим семейным окружением низкая. Рефлексивные процессы активны и направлены на глубокое и всестороннее осознание и осмысление новой ситуации. Принятие социальной роли матери идет в большей степени по пути формирования противоречивого, связанного с тревожными реакциями освоения новой социальной роли – роли матери.

Список литературы:

1. Брутман В.И. с соавт. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии №6, 2002
2. Брутман В.И., Северный А.А. Нежеланная беременность как фактор риска психической патологии будущего ребенка // Актуальные вопросы детской психоневрологии: Материалы республиканской конференции. Томск, 1992.
3. Васильева В.В., Орлов В.И., Сагамонова К.Ю., Черноситов А.В. Психологические особенности женщин с бесплодием // Вопросы психологии, 2003, №6.

4. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери / Автореф. дисс. ... канд. психологических наук. – Курск, 2009.
5. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал, 2003, Т. 24, № 5.
6. Копыл О.А., Бас Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4.
7. Леонтьев Д.А. Психология смысла – М., 2003.
8. Столин В. В., Бутенко Г. П., Романова Т. Л. Опросник удовлетворенности браком // Вестник МГУ. Психология. 1984. № 2.
9. Сырцова А. Возрастная динамика временной перспективы личности. Автореф. Дисс. ... канд. психологических наук. – М., 2008;
10. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М., 2002.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ РОДИТЕЛЬСКОЙ ЛЮБВИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ КАК ОСНОВА СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Билецкая М.П., Бурлакова М.И.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Приступы бронхиальной астмы (БА) у ребенка нередко являются следствием нарушенных взаимоотношений в семье [1],[3],[6]. Родительская любовь – источник внутренней устойчивости при столкновении с трудностями и болезнью [4]. Остается малоизученным вопрос о психологической структуре родительской любви, ее специфике у отцов и матерей [2]. Любовь, симпатия, понимание со стороны родителей важны для болеющего ребенка, в этом – основа его уверенности в себе, его положительного психоэмоционального состояния [4]. Родительская любовь обеспечивает наличие у больного ребенка чувства безопасности и психологической защищенности [5]. Искаженные взаимоотношения приводят к психоэмоциональному напряжению, повышающему риск обострения БА, что обуславливает необходимость включения семейной психотерапии (психокоррекции) в комплексное лечение детей с БА [1],[2],[3],[5]. Таким образом, изучение данной проблемы остается актуальным и в настоящее время.

Цель исследования: изучить особенности родительской любви в семьях детей с бронхиальной астмой и разработать программу семейной психотерапии (психокоррекции).

Всего было исследовано 300 человек. Основную группу составили 50 семей (150 человек): 50 детей 9-11 лет с атопической формой БА среднетяжелой степени тяжести и 100 их родителей; контрольную группу - 50 семей (150 человек): 50 условно здоровых детей и 100 их родителей.

Методы исследования:

1. Клинико-биографический: наблюдение, беседа, семейный анамнез.
2. Психодиагностический: методика «Психические состояния школьников» А.О. Прохорова; методики «Диагностика родительской любви и симпатии» и «Доминирующий компонент родительской любви» Р.В. Овчаровой и Е.В. Милюковой.
3. Статистический (непараметрический критерий U-Maun-Whitney, корреляционный анализ, множественный регрессионный анализ).

Результаты. Клинико-биографический метод. В результате наблюдения за семьями детей 9-11 лет, страдающих бронхиальной астмой, было обнаружено, что в большинстве случаев в процессе всей беседы мать находилась рядом со своим ребенком, обнимала его или держала за руку, что может свидетельствовать о наличии симбиотической связи с ребенком, что характерно для взаимоотношений между членами психосоматических семей. Отец сидел либо с другой стороны от ребенка, либо был немного отстранен от жены с ребенком, что может свидетельствовать о дистанцировании от проблемы заболевания.

В процессе беседы также было обнаружено, что матери, рассказывая о себе и ребенке, употребляли в речи местоимение «мы» («мы заболели», «нам пришлось», «мы ходили»...), в чем также может выражаться симбиотическая связь с ребенком. Отцы в беседе принимали мало участия, однако, нередко, их мимика выражала сосредоточенность внимания, выражение лица было серьезным, что может говорить о способности самообладания.

В беседе было отмечено, что в большинстве случаев уходом за больным ребенком занимается мать. Она следит за его самочувствием, выполняет рекомендации специалистов, строго следует назначениям врачей-пульмонологов, соблюдает режим дня и диеты, необходимые больному ребенку, проводит с ним дыхательную гимнастику и прочие лечебные мероприятия. Все это может говорить о наличии симбиотической связи с ребенком и повышенном уровне протекции в воспитательном процессе.

Отец чаще отстранен от процесса ухода за больным ребенком. Нередко, отцы объясняют это тем, что у них остается мало времени на семью, из-за загруженности на работе, что может свидетельствовать о наличии у отцов детей с БА такой психологической защиты, как рационализация.

Около 60% отцов, больных бронхиальной астмой детей, были военнослужащими, что может объяснять дисциплинированность семьи, о которой нередко сообщают дети.

Анамнестические данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев (до 80%) заболевание началось в возрасте до 5 лет. У 1/5 матерей были преждевременные роды (на 8-м месяце). Приступы удушья возникают у ребенка еженедельно или чаще. Около 60% больных детей находятся на гормональной терапии и ежегодно госпитализируются в связи с тяжестью соматического состояния. Обострение заболевания часто провоцируется конфликтами в семье, трудностями взаимоотношений с учителями и сверстниками, а также повышенной физической и умственной нагрузкой. Данные анамнеза, метода включенного наблюдения и интервью доказывают, что «идентифицированным пациентом» в семье является больной ребенок, а астматический приступ – симптом семейной системы, выполняющий морфостатическую функцию.

Таким образом, обострение заболевания является нелегким этапом в жизни ребенка и его родителей.

Для детей с бронхиальной астмой характерны следующие психические состояния: положительные интеллектуальные состояния ($11,14 \pm 1,84$ – в основной группе и $9,78 \pm 2,77$ – в контрольной группе), положительные ($8,08 \pm 1,44$ и $6,52 \pm 2,14$, соответственно) и отрицательные ($10,66 \pm 3,38$ и $8,9 \pm 2,27$) мотивационные состояния, отрицательные деятельностные состояния ($26,96 \pm 4,99$ и $19,86 \pm 7,98$), отрицательные состояния общения ($19,88 \pm 4,2$ и $14,3 \pm 5,78$) ($p < 0,01$), отрицательные психофизиологические состояния ($6,04 \pm 2,32$ и $5,18 \pm 3$; $p < 0,05$), отрицательные эмоциональные состояния ($14,64 \pm 2,28$ и $9,16 \pm 4,37$) и отрицательные волевые состояния ($5,66 \pm 2,53$ и $3,54 \pm 1,96$) ($p < 0,01$), что может быть обусловлено состоянием здоровья детей с БА и может быть следствием их госпитализации. Также больным детям

присущи положительные деятельностные состояния, положительные состояния общения, положительные психофизиологические состояния, положительные эмоциональные состояния, однако, в контрольной группе эти состояния выражены значимо сильнее ($p < 0,01$).

Родительская любовь выше в семьях детей с БА, чем в семьях здоровых детей (матери: $35,58 \pm 2,36$ и $31,56 \pm 4,37$; $p < 0,01$; отцы: $35,6 \pm 1,84$ и $30,5 \pm 3,88$; $p < 0,01$). Это может быть обусловлено тем, что в диаде мать-ребенок существует симбиотическая связь между ребенком и матерью, а также у родителей больных детей имеется фобия утраты ребенка, что подтверждают данные, полученные в исследованиях Н.О. Мельниковой и М.П. Билецкой [1].

Для матерей детей с БА характерен смешанный компонентный состав родительской любви, основными составляющими которого являются психофизиологический ($5,18 \pm 1,2$ и $4,04 \pm 1,48$), эмоционально-чувственный ($6,88 \pm 0,32$ и $4,78 \pm 1,56$) и поведенческий ($5,96 \pm 1,15$ и $4,68 \pm 1,49$) компоненты ($p < 0,01$). Причем, доминирующим компонентом является эмоционально-чувственный, что может быть обусловлено глубокими личностными переживаниями матери за состояние здоровья своего ребенка. Данный факт подтверждается клинко-биографическим методом. Для матерей здоровых детей также характерен данный компонентный состав родительской любви, однако все компоненты в нем выражены равномерно.

Для отцов детей с БА характерен только эмоционально-чувственный компонент родительской любви ($6,64 \pm 0,48$ и $4,64 \pm 1,06$, $p < 0,01$) что свидетельствует о ее неструктурированности. Это может быть обусловлено отстранением отца из сферы ухода за больным ребенком, что подтверждают данные клинко-биографического метода. Однако наличие данного компонента любви у отцов свидетельствует об их озабоченности состоянием здоровья своих детей.

Взаимосвязь родительской любви и психических состояний детей с бронхиальной астмой. В семьях детей с БА выявлены положительная взаимосвязь между материнской любовью и положительными мотивационными состояниями детей ($r = 0,435$; $p < 0,01$) и отрицательная связь между отцовской любовью и положительными интеллектуальными состояниями ($r = -0,302$; $p < 0,05$). Это может означать, что чем больше мать выражает по отношению к ребенку свою любовь, тем сильнее проявляются у него положительные мотивационные состояния (сосредоточенность, интерес) и чем меньше любви выражает к ребенку отец, тем слабее проявляются у него положительные интеллектуальные состояния (внимательность, активность).

Психофизиологический компонент материнской любви отрицательно взаимосвязан с положительными деятельностными состояниями детей с БА ($r = -0,320$; $p < 0,05$), в то время, как данный компонент у отцов связан с отрицательными мотивационными состояниями больных детей ($r = -0,403$; $p < 0,01$). Это может говорить о том, что чем меньше родители взаимодействуют с ребенком, тем слабее выражаются у него положительные деятельностные состояния (активность, энергичность) и тем выше проявляются отрицательные

мотивационные состояния, то есть снижается интерес, появляется рассеянность.

В отличие от основной группы, в контрольной статистически достоверных взаимосвязей между психическими состояниями детей и показателями родительской любви, а также психофизиологическим компонентом обнаружено не было.

Влияние родительской любви на психоэмоциональное состояние детей с бронхиальной астмой. В основной группе высоко значимое влияние на психические состояния детей оказывают родительская любовь и психофизиологический компонент ($p < 0,01$), а в контрольной группе – симпатия и эмоционально-чувственный компонент любви ($p < 0,01$). Это может быть обусловлено тем, что родители здоровых детей озабочены не столько их здоровьем, сколько, например, их успехами в школе, межличностными отношениями со сверстниками и поведением в целом. Родители же детей с БА настолько озабочены состоянием здоровья своего ребенка, поглощены в атмосферу постоянного контроля за его дыханием, соблюдения рекомендаций врачей, что влияние психофизиологического компонента любви, несомненно, отражается на психоэмоциональном состоянии детей с БА.

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно выделить следующие **мишени для семейной психотерапии (психокоррекции)**: отрицательные психические состояния, структура компонентного состава родительской любви: баланс между всеми компонентами (психофизиологическим, эмоционально-чувственным, когнитивным и поведенческим).

Комплексное лечение детей с БА должно основываться на принципах психосоматической терапии: системности, «клиники терапии», индивидуальности, опосредованности, принцип отношений, принцип среды и гуманизма [3].

На основе принципов семейной системной психотерапии, биопсихосоциальном подходе и теории адаптивного копинг-поведения М.П. Билецкой была разработана **модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии**, целью которой является обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент обострения психосоматического расстройства, выявление и использование саногенного эффекта семьи для выздоровления или длительной ремиссии заболевания ребенка [1].

Данная модель предусматривает следующее:

- ✓ необходимость работы с семьей пациента с целью снижения семейной тревоги и нормализации детско-родительских взаимоотношений;
- ✓ необходимость объяснения «психосоматическим» семьям, что проблемы имеются не только у больного ребенка, но и у семьи, как системы в целом;
- ✓ необходимость эмоционального отреагирования боли, своего отношения к болезни, тревоги и страхов больного ребенка, как члена семьи, так и индивидуально, как личности [1].

Принципы и техники психотерапии: семейная психотерапия, семейная арт-терапия, ролевые игры, семейная дискуссия, психогимнастика

Психотерапевт изменяет равновесие в семейной системе, подготавливая ее к изменениям. Это может приводить к усилению симптома на первых шагах психотерапии, поэтому при проведении семейной психотерапии необходимо провести ряд сессий с детской и родительской подсистемами отдельно. Это помогает снизить семейную тревогу, возросшую в начале перестройки семейных ролей, а также снизить тревогу и напряженность идентифицированного пациента, который, включаясь в «детскую работу» (адаптивные стратегии совладания), может эмоционально отреагировать свои проблемы.

Данная модель семейной психотерапии предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначаемым ромб:

На I этапе проводится работа с семьей, как с системой: активное вовлечение семьи в работу, заключение психотерапевтического контракта, осознание членами семьи внутрисемейной напряженности и закрепление мотивации на дальнейшую психотерапевтическую работу.

На II этапе с целью снижения напряженности связей во внутрисемейной структуре и реконструкции границ каждой подсистемы принято решение о проведении ряда психотерапевтических сессий по векторам детской и родительской подсистем.

На III и IV этапах психотерапия проводится с семьей, как системой в целом.

Содержанием III этапа является реконструкция семейных отношений и выработка адекватного совладающего поведения в период обострения заболевания.

Этап IV – поддерживающий, итоговый. В ходе него также происходит отсоединение психотерапевта от семьи [1].

Основываясь на данной модели психотерапии, для семей детей с бронхиальной астмой М.И. Бурлаковой была разработана **психокоррекционная программа, целью которой** является снижение риска возникновения приступов бронхиальной астмы путем обучения членов семьи адаптивному поведению как во время обострения заболевания у ребенка, так и в периоды ремиссии.

Данная цель достигается с помощью следующих **задач**:

- 1) Осознание важности родителями роли семьи в формировании бронхиальной астмы у ребенка.
- 2) Расширение понимания своих взаимоотношений с ребенком.
- 3) Обучение эффективному взаимодействию ребенка и родителя.
- 4) Овладение техниками релаксации и методами дыхательной гимнастики.

Реализация данной программы осуществляется посредством следующих **методов и техник**: семейное консультирование, элементы рациональной психотерапии, элементы арт-терапии, техники телесно-ориентированной терапии, дыхательная психогимнастика.

Психокоррекционная программа рассчитана на 20 часов и включает в себя **4 блока:** начальный – диагностический; информационный; реконструктивный; заключительный.

Диагностический: семейное консультирование: первичная психодиагностика родителей и ребенка, формирование мотивации на работу.

Информационный: информирование семьи о заболевании и о важности поддержания адекватных взаимоотношений с ребенком в период обострения.

Реконструктивный: семейная психокоррекция, отработка навыков адаптивного взаимодействия с ребенком, а также техник релаксации, снижающих риск возникновения приступов БА. Проводятся упражнения дыхательной гимнастики.

Заключительный: вторичная психодиагностика, даются рекомендации по поддержанию оптимального состояния здоровья ребенка; отсоединение психолога от семьи.

Эффективность краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии и психокоррекционной программы для семей детей с бронхиальной астмой подтверждена клинико-психологическими методами исследования.

Данные модели помогают снять запрет на отреагирование чувств в дисфункциональных семьях, позволяют провести коррекцию стиля воспитания и выработать оптимальные способы семейного функционирования.

Выводы:

1. Для детей 9-11 лет, страдающих БА, характерны следующие психические состояния: положительные интеллектуальные состояния, положительные и отрицательные мотивационные состояния, отрицательные деятельностные состояния, отрицательные состояния общения, отрицательные психофизиологические состояния, отрицательные эмоциональные состояния и отрицательные волевые состояния.

2. Для матерей детей с БА характерен смешанный компонентный состав родительской любви, основными составляющими которого являются психофизиологический, эмоционально-чувственный и поведенческий компоненты. Доминирующим является эмоционально-чувственный компонент родительской любви. Для отцов детей с БА характерен эмоционально-чувственный компонент родительской любви.

3. Выявлены взаимосвязи психических состояний детей с бронхиальной астмой и родительской любовью, а также с психофизиологическим компонентом родительской любви, свидетельствующие о тесной зависимости психологических состояний детей и проявлений родительской любви и подтверждающие симбиотическую связь «мать – ребенок».

4. Для семей детей с бронхиальной астмой в большей мере характерно влияние на психические состояния родительской любви и психофизиологического компонента.

5. В системе комплексного лечения детей с БА необходимо проводить семейную психотерапию (психокоррекцию), которая позволяет снизить

рецидивы заболевания ребенка, семейную тревогу, а также оптимизировать внутрисемейные отношения.

Список литературы:

1. *Билецкая М.П.* Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
2. *Варга А.Я.* Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. – 144с.
3. *Исаев Д.Н.* Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384с.
4. *Овчарова Р.В., Милюкова Е.В.* Методики диагностики родительской любви // Семейная психология и семейная терапия. 2006. - №3. - С. 79-87.
5. *Шендрик М.И., Билецкая М.П.* Мишени семейной психотерапии детей с бронхиальной астмой // Рождение и жизнь: Материалы международной конференции по клинической психологии детства / Под общей редакцией проф. В.А. Аверина, проф. А.Н. Корнева. / СПб: Изд. СПбГПМА, 2010. - С. 116-118
6. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008.- 672с.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ)

Билецкая М.П., Веселова Т.В.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей в последнее время являются распространенной патологией. Часто причиной подобных расстройств может служить психоэмоциональное напряжение, вызванное особенностями детско-родительского взаимодействия в семье, поскольку семейные взаимоотношения играют для ребенка наиболее значимую роль. Хроническое воздействие семейных стрессоров, дисфункциональные отношения в семье, патологизирующий стиль семейного воспитания повышают уровень тревоги у ребенка и могут способствовать возникновению психосоматических расстройств [1, 4, 5].

Целью исследования является изучение особенностей детско-родительских взаимоотношений в семьях детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ.

Всего было исследовано 530 семей. В основную группу вошли 300 семей: 100 семей детей с дискинезией желчевыводящих путей, 100 семей детей с гастродуоденитами, 100 семей детей с неврогенной формой дискинезии кишечника. Контрольную группу составили 230 семей детей без хронической, в том числе, психосоматической, патологии. Возраст обследованных детей 8-11 лет. Сходные результаты, полученные при исследовании семей детей с гастроэнтерологической патологией, позволили рассматривать их как семьи детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ.

Методы исследования:

I. Клинико-биографический: беседа, наблюдение, семейный анамнез.

II. Психодиагностический:

1. опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.);

2. опросник «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.);

3. опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (Марковская И.М.),

4. опросник «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова, А.А. Аладыгина;

5. Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (детский вариант) (адаптирован Э.М. Александровой, И.Н. Гильяшевой);

6. шкала явной тревожности CMAS (Castaneda A., McCandless B.R., Palermo D.S, адаптирована А.М. Прихожан);

7. шкала тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.

III. Статистический метод: непараметрический критерий U-Манна-Уитни, корреляционный анализ.

Результаты: На основании клинико-биографического метода установлено, что первый пик обращаемости родителей к врачу с жалобами на боли в животе у детей с гастродуоденитом или дискинезией пищеварительного тракта приходится на 4-5 лет; часто заболевание протекает под маской энтеровирусной инфекции. Следующий пик обращаемости с обострением или впервые выявленным расстройством приходится на 7-8 лет, что, вероятно, связано с нормативным стрессором - поступлением в школу. Боли в животе нередко возникают у ребенка еженедельно или чаще. На основании клинико-биографического метода выявлены особенности семейных коммуникаций, определяющие семейную дисфункцию: разводы в ряду поколений, гипернормативность членов семьи, невысказанность эмоций. Границы между подсистемами в данных семьях не дифференцированы, плохо структурированы. В клинической картине гастроэнтерологических заболеваний ведущим является болевой синдром. Блокирование отрицательных эмоций между членами дисфункциональной семьи создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у одного из членов семьи формируется симптом, позволяющей семье снизить напряжение и сохранить семейный гомеостаз. В данном случае болевой синдром «идентифицированного пациента» выполняет в семейной системе морфостатическую функцию: обострение заболевания является сигналом обратить внимание на ребенка, прекратить ссоры и является временным стабилизатором семейных отношений [5]. .

В ходе наблюдения выявлена симбиотическая связь между членами семьи, особенно тесное взаимодействие отмечалось между матерью и больным ребенком. Как правило, мать в течение всей беседы находилась рядом с ребенком, обнимая его или держа за руку. Большинство матерей, рассказывая о ребенке, употребляли в речи местоимение «мы» («мы заболели», «мы ходили на обследование», «мы занимаемся...»).

По данным семейного анамнеза выявлено, что семейная дисфункция усиливает выраженность психосоматического компонента заболевания. Невысказанные эмоции «обращаются внутрь тела», вызывая стойкий спазм кишечника, дисрегуляцию системы сфинктеров желчевыводящих путей или повреждение слизистой оболочки желудка и 12-ти перстной кишки. Поэтому важной психологической особенностью семей детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ является наличие алекситимии, в разной степени выраженной у всех членов семьи; в наибольшей степени она встречается в семьях детей с дискинезией кишечника ($p < 0,01$). Невозможность распознавать, дифференцировать эмоции и адекватно их отреагировать способствует сохранению стрессогенной ситуации и провоцирует обострения заболевания.

По результатам опросника «Анализ семейных взаимоотношений» в семьях детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ были выявлены типы патологизирующего семейного воспитания: у матерей – «потворствующая» или «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,01$), у отцов – «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,01$) или «повышенная моральная ответственность» ($p < 0,05$).

Также для родителей характерны: фобия утраты ($3,8 \pm 1,37$ – матери больных детей; $2,7 \pm 0,95$ – матери здоровых детей; $p < 0,01$; $2,9 \pm 1,41$ – отцы больных детей; $1,7 \pm 1,16$ – отцы здоровых детей; $p < 0,01$), предпочтение детских качеств ($2,3 \pm 1,35$; $1,8 \pm 1,35$; $p < 0,05$ – матери; $2,08 \pm 1,06$; $1,6 \pm 0,84$; $p < 0,05$ – отцы), а также вытеснение супружеского конфликта в сферу воспитания ($2,4 \pm 1,31$; $1,04 \pm 1,12$; $p < 0,01$ – матери; $2,2 \pm 1,16$; $1,3 \pm 0,83$; $p < 0,01$ – отцы), что свидетельствует о дисфункциональных взаимоотношениях в семье.

В семьях здоровых детей преобладает адекватный стиль семейного воспитания или отмечается тенденция к «доминирующей гиперпротекции».

По результатам опросника «Взаимодействие родитель-ребенок» выявлено, что для родителей больных детей в воспитании характерны: более строгие меры, жесткие правила ($14,2 \pm 2,56$; $13,0 \pm 1,53$; $p < 0,01$ – матери; $13,4 \pm 1,83$; $12,5 \pm 2,11$; $p < 0,05$ – отцы), установленные во взаимоотношениях со своим ребенком, контролирующее поведение ($15,7 \pm 1,29$; $14,9 \pm 1,16$; $p < 0,01$ – матери; $15,8 \pm 1,30$; $15 \pm 1,65$; $p < 0,05$ – отцы), что может свидетельствовать о необходимости соблюдения ребенком режима дня и диеты. Также для них характерна конфронтация ($10,6 \pm 2,07$; $6,9 \pm 1,53$; $p < 0,01$ – матери; $9,4 \pm 1,37$; $7,9 \pm 1,58$; $p < 0,01$ – отцы), которая свидетельствует о наличии разногласий членов семьи по вопросам воспитания в семье больного ребенка, что также указывает на наличие семейной дисфункции.

Представления больных детей о стиле семейного воспитания. Дети с психосоматическими расстройствами ЖКТ считают, что родители переживают за их здоровье, видят у них множество болезненных проявлений, что находит отражение в значимо высоких показателях по шкале «фобия утраты» ($p < 0,01$).

Личностные особенности детей с заболеваниями ЖКТ. Больные дети более подвержены аффективным переживаниям ($6,5 \pm 2,12$ – больные дети, $5,16 \pm 2,12$ – здоровые дети, $p < 0,01$), тревожны, лабильны и неустойчивы в интересах ($5,9 \pm 1,95$; $3,8 \pm 1,92$, $p < 0,01$). Для них характерна зависимость, неуверенность в себе, а также легкомысленность, непостоянность, расслабленность ($4,2 \pm 1,53$; $3,4 \pm 1,44$, $p < 0,01$). Такие особенности личности могут быть следствием хронического психосоматического заболевания и свидетельствовать о наличии инфантильных черт характера больных детей.

Исследование тревожности было проведено как на индивидуально-личностном уровне (у детей и родителей), так и на системном семейном уровне.

У детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ выявлен повышенный уровень тревожности (стены 7–10 по СМАС): в основной группе он составил $3,94 \pm 0,11$; у детей со здоровым ЖКТ – $2,35 \pm 0,12$ ($p < 0,001$).

Высокие показатели ситуативной тревожности родителей детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ ($41,5 \pm 0,22$ – в основной группе, $31,3 \pm 0,11$ – в контрольной группе; $p < 0,01$), по-видимому, обусловлены ситуацией обострения заболевания ребенка, а личностная тревожность выше среднего уровня ($43,8 \pm 0,18$ – в основной группе; $36,5 \pm 0,14$ – в контрольной группе; $p < 0,01$). Высокий уровень тревоги родителей усугубляет психоэмоциональное состояние больного ребенка и способствует возникновению семейной тревоги.

Отсутствие семейной тревоги является важным показателем семейного благополучия. Семейная тревога - состояние тревоги у членов семьи, нередко плохо осознаваемые и трудно локализуемые. Характерным признаком семейной тревоги является наличие сомнений, страхов, опасений за членов семьи: их здоровье, безопасность, конфликтность [1,3].

В дисфункциональных семьях за счет невысказанных отрицательных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают семейные тревожность, вина и напряжение, которые вместе составляют высокий уровень общей семейной тревоги. В семьях детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ выявлен высокий уровень общей семейной тревоги ($14,66 \pm 0,14$; $p < 0,001$). Уровень вины значимо выше в семьях детей с гастродуоденитами и дискинезией кишечника ($p < 0,001$). Уровень общей семейной тревоги в семьях детей со здоровым ЖКТ не превышает нормативных показателей.

Таким образом, родители детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ ощущают себя неуверенными в правильности своей позиции в семье, виноватыми за все неурядицы и проблемы, возникающие дома. Напряженность внутрисемейных коммуникаций, ощущение родителями необходимости постоянно контролировать ситуацию приводят к диффузности границ между семейными подсистемами. В таких семьях высокий уровень общей семейной тревоги отражает дисфункциональный характер взаимоотношений между членами семейной системы, которая находится в состоянии кризиса или хронического семейного стресса [1, 2].

Корреляционный анализ позволил выявить ряд значимых взаимосвязей. В семьях больных детей выявлены положительные взаимосвязи между повышенным уровнем протекции, как у матерей ($r=0,580$), так и у отцов ($r=0,532$), и восприятием больными детьми уровня протекции в их воспитании ($p < 0,01$). В контрольной группе данные взаимосвязи носят неоднозначный характер.

Уровень тревожности больных детей связан с чрезмерностью санкций ($r=-0,366$; $p < 0,01$) и воспитательной неуверенностью ($r=0,300$; $p < 0,05$) у матерей и чрезмерностью запретов ($r=-0,300$; $p < 0,05$) у отцов. Это может свидетельствовать о наличии контролирующего поведения в данных семьях, которое обусловлено состоянием здоровья ребенка. Тревожность здорового ребенка обусловлена наличием наказаний со стороны матери ($r=0,301$; $p < 0,05$) и непризнанием отцом своих негативных качеств ($r=-0,418$; $p < 0,01$).

Также были выявлены значимые взаимосвязи между особенностями воспитания родителей и личностными чертами ребенка. Чем более строга мать к больному ребенку, тем больше он испытывает чувство вины и недооценивает себя ($r=0,333$; $p < 0,01$). Чем больше мать предъявляет ребенку требований, тем он более уверен в себе, чувствует себя в безопасности ($r=0,298$; $p < 0,05$). Это может быть обусловлено симбиотическими отношениями и зависимостью ребенка от матери. Обнаружена положительная связь ($r=0,280$; $p < 0,05$) между минимальностью наказаний со стороны отцов и гипертимией у детей: чем меньше наказаний со стороны отца, тем ребенок спокойнее и уверен в себе. Чем

более выражена неразвитость родительского чувства у отца, тем меньше ребенок чувствует себя в безопасности, тем он менее уверен в себе ($r=-0,317$; $p<0,05$). Чем более неустойчив стиль воспитания отца, тем более осторожен и тревожен ребенок ($r=0,339$; $p<0,05$). Личностные особенности здоровых детей были взаимосвязаны с уровнем протекции родителей.

Основываясь на проведенном исследовании были выделены следующие мишени семейной психотерапии (психокоррекции) детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ: патологизирующие семейные роли, накопление дисфункциональных паттернов поведения членов семьи, симбиотические детско-родительские отношения, противоречивые семейные правила с выраженными алекситимическими блоками, патогенные стандарты взаимодействия, чрезмерная привязанность родителей к больному ребенку и фиксация всех членов семьи на симптомах его болезни.

На основании выделенных мишеней М.П. Билецкой была разработана краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия.

Задачи модели: принятие ответственности за существующие проблемы каждым членом семейной системы; повышение ответственности за свое поведение и здоровье у каждого члена семьи; повышение родительской компетентности; поиск и активизация семейных ресурсов, развитие на их основе адаптивных стратегий совладания; ориентация не на причины заболевания, а на его лечение.

Модель строится, исходя из следующих принципов: психосоматическое заболевание у ребенка – проблема не идентифицированного пациента, а всей семьи; ориентация на совладание с болезнью, а не на «культ болезни», существующий в семье; преодоление алекситимических барьеров – задача всей семьи; отказ от анализа прошлых ошибок, работа с семьей, направленная на решение проблем, связанных с текущим заболеванием; четкая дифференцированность внутрисемейной структуры, правильное функционирование подсистем в семье – основа адаптивного совладающего поведения и саногенной роли семьи в лечении заболевания; семья воспринимается способной нести ответственность за поведение своих членов и решение своих проблем; интенсивность и кратковременность вмешательства.

Принципы и техники психотерапии, интегрированные в данную модель: системная семейная психотерапия, аналитико-системная семейная психотерапия, семейная арт-терапия, ролевые игры, свободный проективный рассказ, семейная дискуссия, психогимнастические упражнения. Данная модель семейной психотерапии называется «ромбовидной» векторной, так как предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначающим ромб:

На первом этапе проводится работа с семьей, как с системой: активное вовлечение семьи в работу (присоединение, «семейный диагноз»), заключение психотерапевтического контракта, осознание членами семьи внутрисемейной напряженности и закрепление мотивации на дальнейшую психотерапевтическую работу.

На втором этапе психотерапевтическая работа проводится по

направлениям-векторам – с родительской и детской подсистемами отдельно. Данное выделение векторов обусловлено особенностью «психосоматических» семей образовывать «недифференцированную эго-систему».

На третьем и четвертом этапах психотерапия проводится с семьей, как системой в целом. Содержание третьего этапа – реконструкция семейных отношений и выработка адекватного совладающего поведения в период обострения заболевания. Четвертый этап необходим как поддерживающий, итоговый. В ходе него также происходит отсоединение психотерапевта от семьи.

Оценка эффективности модели краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии проводилась с помощью опросника «Анализ семейной тревоги». Полученные данные сравнивались с исходными. Выявлены значимые различия по всем шкалам ($p < 0,001$), свидетельствующие о снижении уровня общей семейной тревоги после лечения. Также проводилось катamnестическое исследование: 85% семей, явившись через 6 месяцев после окончания лечения, отмечают снижение частоты и степени выраженности конфликтов в семье, преобладание конструктивных решений проблем. У 80% детей отмечается стойкая ремиссия заболевания, у остальных 20 % – снижение выраженности болевого синдрома.

Заключение: Таким образом, полученные результаты указывают на дисфункциональность детско-родительских отношений в семьях детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ. Особенности семейного воспитания в таких семьях способствуют развитию инфантильности, тревожности, легкомысленности, неустойчивости больного ребенка, а также могут вызывать у него чувство незащищенности и способствовать

снижению его самооценки. Модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии помогает снять запрет на высказывание и отреагирование чувств в дисфункциональных семьях, позволяет выработать оптимальные способы семейного функционирования, провести коррекцию стиля воспитания и способствует установлению адекватных детско-родительских отношений [1,2].

Список литературы:

1. Билецкая М.П. Краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия (при психосоматических заболеваниях ЖКТ у детей). – СПб., 2006 – 40 с.
2. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
3. Билецкая М.П., Веселова Т.В. Особенности семейной дисфункции в семьях детей с гастродуоденитом и семейная психотерапия// Современная российская семья: традиции и альтернативы: сб. научных статей Всероссийской науч.-практ. конф., 9-11 июля 2010г.\Московский психолого-социальный институт.- Муром: Изд-во МПСИ, 2010.-с.89-91
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. – 400 с.

5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ, И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Билецкая М.П., Костина В.Ю.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. В период полового созревания функциональное перенапряжение и недостаточные резервы нейроэндокринной системы определяют повышенную чувствительность к воздействию различных повреждающих факторов эндокринных желез у подростков. Среди наиболее часто встречаемых причин ожирения называют: наследственный фактор, избыточное питание пищей высокой энергетической ценности, гиподинамия, хронический психоэмоциональный стресс, йододифицитные состояния, способствующие снижению функций щитовидной железы. Актуальность проблемы ожирения определяется не столько увеличением количества лиц, имеющих избыточный вес, сколько сопряженных с ним психологическими последствиями (низкая самооценка, тревога, депрессивные переживания, сексуальные нарушения) [4].

В структуре психосоматических расстройств функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) часто наблюдается развитие ожирения, которое ограничивает адаптационные возможности подростка и может служить основой развития метаболического синдрома. В этиопатогенезе психосоматических расстройств значимое место принадлежит семейным факторам [1, 5]. Семья может способствовать толерантности к различным стрессорам, поэтому рассмотрение данной проблемы с позиции системного семейного подхода наиболее целесообразно и эффективно для данного контингента больных [1, 2, 5].

Цель исследования: изучение психологических особенностей семей подростков 15–16 лет с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих алиментарным ожирением II степени; разработка модели психотерапии для данного контингента больных.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 150 полных семей подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ и страдающих алиментарным ожирением II степени: 50 семей подростков с дискинезией желчевыводящих путей, 50 семей подростков с гастродуоденитами, 50 семей подростков с неврогенной формой дискинезии кишечника. Возраст обследованных подростков 15-16 лет. Сходные результаты, полученные при исследовании семей подростков с гастроэнтерологической патологией, позволили рассматривать их как семьи подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ. Контрольную группу составили 150 семей условно здоровых подростков 15-16 лет.

Методы исследования: 1. Клинико-биографический: беседа, наблюдение, семейный анамнез. 2. Психодиагностический: опросники «Анализ семейной

тревоги», «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса; «Методика диагностики агрессивности» А. Басса-Дарки; «Дифференциальная шкала эмоций» К. Изарда (ДШЭ); Гиссенский личностный опросник в адаптации НИПНИ им. В.М. Бехтерева; «Шкала астенического состояния» Л.Д.Малковой; «Незаконченные предложения» А. Сакса, С. Леви. 3. Статистический метод: непараметрический критерий U-Манна-Уитни, корреляционный анализ.

Результаты исследования

Клинико-биографический метод показал, что семьи подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих ожирением, являются дисфункциональными. Подростки с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающие ожирением, являются «идентифицированными пациентами», а их избыточный вес и выраженный болевой синдром при обострении психосоматических расстройств ЖКТ – симптомы семейной системы, позволяющие семье снизить напряжение и сохранить семейный гомеостаз. В семьях подростков с ожирением формируются специфические паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, поддерживающие семейную дисфункцию и препятствующие нормализации массы тела больных.

В данных семьях отсутствует четкое разделение структуры и функций между подсистемами семьи: границы между подсистемами не дифференцированы, плохо структурированы. Важной психологической особенностью является наличие алекситимии у всех членов семьи. Невозможность распознавать, дифференцировать эмоции и адекватно их отреагировать способствует сохранению стрессогенной ситуации и провоцирует обострения заболевания ЖКТ и способствует «заеданию» стресса, приводящему к дальнейшему нарастанию веса подростка. В семьях подростков со здоровым ЖКТ члены семьи лучше дифференцируют эмоции.

В семьях подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих ожирением, были выявлены типы патологизирующего семейного воспитания, определяющие семейную дисфункцию: у матерей – «потворствующая» или «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,01$), у отцов – «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,05$). Для обоих родителей характерны: фобия утраты ($p < 0,001$), воспитательная неуверенность ($p < 0,001$) и предпочтение в подростке детских качеств ($p < 0,01$). В семьях подростков со здоровым ЖКТ преобладает адекватный стиль семейного воспитания ($p < 0,001$) или отмечается тенденция к «доминирующей гиперпротекции». Важным показателем семейного благополучия является отсутствие семейной тревоги. В дисфункциональных семьях за счет невысказанных отрицательных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают тревожность, вина и напряжение, которые вместе составляют уровень семейной тревоги. В семьях подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих ожирением, выявлен высокий уровень общей семейной тревоги ($14,88 \pm 0,16$; $10,22 \pm 0,12$; $p < 0,01$).

Для подростков, страдающих алиментарным ожирением, характерно преобладание отрицательного спектра эмоций: у мальчиков – «страх» ($8,2 \pm 0,4$;

6,4±0,3; $p<0,01$), «гнев» (10,5±0,6; 5,7±0,2; $p<0,01$), «вина» (6,6±0,8; 3,4±0,3; $p<0,01$), а у девочек - «стыд» (8,1±0,4; 6,1±0,2; $p<0,01$), «гнев» (10,5±0,9; 7,8±0,5; $p<0,01$). Больные подростки в 75% случаев испытывали негативные эмоциональные переживания, связанные с их весом и внешним видом. Для мальчиков, страдающих ожирением, характерны: раздражительность (7,8±0,6; 3,7±0,2; $p<0,05$), обида (3,7±0,2; 2,4±0,1; $p<0,01$), чувство вины (4,2±0,5; 3,2±0,4; $p<0,05$), враждебность (9,2±0,9; 6,4±0,4; $p<0,01$). Девочкам с ожирением было более свойственно чувство вины (6,0±0,8; 3,5±0,5; $p<0,01$), чем их здоровым сверстницам. Мальчики с ожирением были более враждебны, чем больные девочки, им более свойственны (72% наблюдений) агрессивные высказывания по поводу возникающих проблем (78%). Для 68% мальчиков с ожирением характерно снижение навыков социального взаимодействия. У 85% больных девочек отмечалось негативное отношение к себе.

Изучение личностных особенностей показало, что мальчикам с ожирением свойственен выраженный контроль над своими действиями ($p<0,05$) и снижение навыков социального взаимодействия ($p<0,05$). У здоровых мальчиков отмечено преобладание шкал: «социальных способностей» ($p<0,05$), «социального одобрения» ($p<0,05$). Это свидетельствует о том, что здоровые мальчики могут, не стыдясь, презентовать себя окружающим. Они считают себя общительными, активными, с богатым воображением, уверены в своей положительной социальной репутации, привлекательности и популярности.

Девочки с ожирением либо беззаботны, с приподнятым настроением ($p<0,01$), либо проявляют педантичность и усердие ($p<0,01$). Однако анализ половых различий показал, что у мальчиков с ожирением проявления избыточного контроля значимо выше, чем у их больных сверстниц.

Для подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих ожирением, характерны выраженные астенические состояния, соответствующие третьему и четвертому диапазонам астении (85% наблюдений).

По результатам методики «Незаконченные предложения» у девочек с ожирением были выявлены значимые различия по шкалам: «отношение к себе» ($p<0,01$), «чувство вины» ($p<0,01$). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что основными переживаниями девочек с ожирением являются: негативное отношение к себе и чувство вины. У мальчиков выявлены значимые различия по шкале «страхи и опасения» ($p<0,05$). Это свидетельствует о том, что мальчики тревожно опасаются своих неудач, не находя помощи со стороны. Также у мальчиков с ожирением были получены значимые различия по шкалам: «отношение к своему прошлому» ($p<0,05$), «чувство вины» ($p<0,05$). Таким образом, мальчики с ожирением неуверенны в себе, в своих силах, поэтому у них формируется отрицательное отношение к своей жизни, сопровождающееся чувством вины.

Корреляционный анализ позволил выявить ряд значимых взаимосвязей. В корреляционной плеяде девочек с ожирением ядрами явились: «4-й диапазон астении» и «стыд». «4-й диапазон астении» имеет положительные взаимосвязи с «негативизмом» ($r=0,662$; $p<0,05$), «раздражительностью» ($r=0,692$; $p<0,05$);

также выявлена отрицательная взаимосвязь с «отношением к себе» ($r=-0,700$; $p<0,01$), и положительная взаимосвязь с «подозрительностью» ($r=0,587$; $p<0,05$). Таким образом, преобладание 4 диапазона астении усиливает негативные эмоции. Негативные переживания связаны напрямую с внешностью. Отклонение от «стандарта» красоты у девочек с ожирением вызывает чувство отвращения к себе. Следующим ядром корреляционной плеяды является стыд, который имеет отрицательные взаимосвязи с «отношением к матери» ($r=-0,847$; $p<0,01$), «отношением к сотрудничеству» ($r=-0,897$; $p<0,01$). Также выявлены отрицательные взаимосвязи с «чувством вины» ($r=-0,611$; $p<0,05$), «отношением к друзьям» ($r=-0,540$; $p<0,05$). Таким образом, переживания связанные с негативным восприятием своей внешности, сопровождаются выраженным чувством вины. При этом ухудшаются отношения друзьями, отношения с семьей. На этом фоне девочки с ожирением также испытывают чувство вины.

В корреляционной плеяде мальчиков с ожирением были выделены два основных ядра: «раздражительность» и «сексуальное отношение».

«Раздражительность» имеет положительную взаимосвязь с «агрессивностью» ($r=0,790$; $p<0,01$), «чувством вины» ($r=0,899$; $p<0,01$), «шкалой доминантности» ($r=0,766$; $p<0,01$) и отрицательную взаимосвязь со «стыдом» ($r=-0,559$; $p<0,05$). Таким образом, высокий уровень раздражительности усиливает агрессивные проявления. Агрессивность сопровождается переживанием вины и стыда.

Следующим ядром корреляционной плеяды является «сексуальное отношение», которое имеет положительные взаимосвязи со «шкалой контроля» ($r=0,785$; $p<0,01$), с «отношением к будущему» ($r=0,739$; $p<0,01$), с «обидой» ($r=0,703$; $p<0,05$), «подозрительностью» ($r=0,889$; $p<0,01$), «шкалой доминантности» ($r=0,796$; $p<0,01$) и отрицательной взаимосвязью со «шкалой открытости-замкнутости» ($r=-0,781$; $p<0,01$). Таким образом, «сексуальное отношение» мальчиков с ожирением взаимосвязано с избыточным контролем, замкнутостью и сопровождается негативными эмоциональными переживаниями.

На основании анализа результатов проведенного исследования нами были выделены **мишени семейной психотерапии** подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих ожирением: противоречивые семейные правила с выраженными алекситимическими блоками, патогенные стандарты взаимодействия; накопление дисфункциональных паттернов поведения членов семьи, патологизирующие типы семейного воспитания, высокий уровень общей семейной тревоги. Полученные результаты также позволили выделить мишени психотерапии больных с учетом гендерных различий: **для мальчиков** – преобладание отрицательного спектра эмоций (страх, гнев, вина), раздражительность, обида, враждебность, избыточный контроль над своими действиями, снижение навыков социального взаимодействия; **для девочек** – преобладание стыда, гнева; негативное отношение к себе.

Анализ выделенных мишеней позволил М.П. Билецкой, В.Ю. Костиной разработать **программу семейной психотерапии подростков с ожирением**,

основанную на системном семейном, телесно-ориентированном и онтогенетическом подходах. **Цель программы** - обеспечение адаптивного внутрисемейного функционирования, выявление саногенного эффекта семьи, а также выработка у подростков с ожирением умения понимать телесные выражения своих эмоций. Данная программа основана на модели краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии, разработанной М.П. Билецкой. Модель семейной психотерапии называется «ромбовидной» векторной, так как предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначающим ромб: на первом этапе проводится психотерапевтическая работа с семьей, как с системой. На втором этапе с целью снижения напряженности связей во внутрисемейной структуре и реконструкции границ каждой подсистемы работа проводится по направлениям-векторам – с родительской и детской подсистемами отдельно. На третьем и четвертом этапах психотерапия проводится с семьей, как системой в целом. Четвертый этап необходим как поддерживающий, итоговый. В ходе него также происходит отсоединение психотерапевта от семьи.

Программа семейной психотерапии подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих ожирением

Этап I. Подготовительный (3 сессии: один раз в неделю по 2 часа)

Цель: активное вовлечение семьи в работу по программе комплексного лечения подростка с алиментарным ожирением.

Задачи:

1. Присоединение психотерапевта к семейной системе.
2. Семейная диагностика.
3. Выработка мотивации у членов семьи на участие в семейной психотерапии.

Методы: семейная системная психотерапия.

Этап II. Работа по векторам с родительской и детской подсистемами

Второй этап рассчитан на 28 часов, работа ведется параллельно, по двум векторам: 16 часов (8 сессий по 2 часа) в родительской подсистеме и 12 часов (8 сессий по 1,5 часа) в детской подсистеме. Регулярность встреч - два раза в неделю.

Цель: снижение напряженности внутрисемейных связей, снижение личностной тревожности у членов семьи.

Задачи:

1. Повышение информированности о проблеме психосоматических расстройств у подростков с ожирением.
2. Знакомство с проблемой алекситимии в «психосоматических» семьях и снижение степени ее выраженности у каждого члена семьи.
3. Диагностика особенностей совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей каждого члена семьи.
4. Снижение уровня личностной тревожности в родительской и, особенно, в детской подсистемах.
5. Осознание членами родительской подсистемы патологизирующей роли существующего воспитания в семье.

Особенностью работы на данном этапе является параллельное проведение психотерапии по двум векторам: родительской и детской подсистем.

Методы и техники, интегрированные в программу:

- элементы рациональной психотерапии (беседа психотерапевта, разъяснение особенностей психосоматических расстройств у подростков с ожирением, повышение информированности о проблеме алекситимических барьеров);
- психодиагностический метод (диагностика совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей членов семьи);
- телесно-ориентированная психотерапия;
- элементы танцевальной терапии;
- техника свободного проективного рассказа;
- арт-терапия;
- групповая дискуссия;
- ролевые игры;
- психогимнастические упражнения.

Психотерапия детской подсистемы проводится в группе подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающими алиментарным ожирением (6-8 человек) и включает **три основных блока**:

1. Ознакомительный (1 занятие, 2 академических часа), цель которого – ознакомить группу с содержанием и правилами работы и выработать мотивацию на дальнейшую работу.

2. Основной (9 занятий по 2 академических часа). В ходе данного этапа психотерапевт разрешает следующие задачи:

1. Уменьшение мышечных зажимов, обретение гибкости тела, снятие чувств недовольства и раздражения.
2. Снятие физической и эмоциональной усталости, обретение стойкости к эмоциональным перегрузкам.
3. Улучшение эмоционального фона путем проработки негативных эмоций.
4. Осознание и отреагирование агрессии.
5. Контроль агрессивных действий путем проигрывания ситуации.
6. Преодолеть барьеры в установлении социальных контактов.

Одним из важных направлений работы в ходе основного блока данной программы было проведение телесно-ориентированной психотерапии. В.Ю. Костиной был разработан комплекс упражнений, включающий элементы танцевальной терапии, позволяющий выработать у подростков с ожирением умение понимать телесное выражение эмоций, отреагировать агрессивные проявления и улучшить свое психоэмоциональное состояние. Рассмотрим наиболее важные, с нашей точки зрения, танцевальные упражнения, входящие в данный комплекс [3].

Танцевальное упражнение «Танец отдельных частей тела»

Цель: осознание и снятие мышечных зажимов

Материалы: музыкальные записи разных стилей с четким ритмическим рисунком

Описание: участники становятся в круг. Звучит музыка. Психотерапевт называет по очереди части тела, танец которых будет исполнен. Участники стремятся максимально использовать в танце названную часть тела.

Танцевальное упражнение «Увеличительное стекло»

Цель: стимуляция невербального общения в парах

Материалы: музыкальные записи разных стилей с чередованием быстрых и медленных ритмов

Описание: участники группы разбиваются на пары. Выбор пары может быть любым. Задача одного из партнеров – двигаться спонтанно и свободно, задача другого – скопировать движения в несколько преувеличенном виде. Затем партнеры меняются ролями.

Обсуждение: «Какие ощущения возникали у вас при выполнении данного задания? Как вы сейчас себя чувствуете? Как изменилось ваше настроение?»

Танцевальное упражнение «Ведущие и ведомые»

Цель: снятие психоэмоционального напряжения у членов группы, создание доброжелательной атмосферы и позитивного настроения.

Материалы: музыкальные записи совершенно разных стилей (рок-н-ролл, танцевальная музыка 30-х годов, национальные мелодии).

Описание: группа выстраивается в ряд. Звучит музыка, и участники начинают двигаться, причем первый участник становится ведущим, а остальные – ведомыми. В качестве ведущего, участник свободно и спонтанно двигается. Остальные участники начинают повторять его движения. Тот, кто был ведущим, отправляется в конец и становится ведомым. Все участники должны побывать в роли ведущего.

Обсуждение: «Что вы чувствовали, когда были ведущими? Когда вы чувствовали себя наиболее комфортно: когда вы повторяли движения или когда сами были ведущим?»

Танцевальное упражнение «Взаимоотношение»

Цель: осознание участниками индивидуального стиля межличностного взаимодействия. Актуализация сложившихся взаимоотношений в группе.

Материалы: медленная спокойная музыка

Описание: данное упражнение состоит из двух частей. В первой части одному из партнеров дается задание выразить в диадном танце определенный вид отношений к другому человеку из негативного спектра взаимоотношений (апатия, вражда, ненависть, неприятие и т.п.). Задача другого участника – спонтанно реагировать на партнера и фиксировать возникающие при этом чувства. Затем партнеры меняются ролями. Во второй части упражнения партнеры выражают позитивный спектр взаимоотношений (симпатия, дружба, уважение, любовь, принятие). После каждой части упражнения проводится обсуждение в группе.

Танцевальное упражнение «Пригласите танцевать»

Цель: актуализация межличностных отношений в группе; исследование способов вхождения в контакт и выхода из него; стимулирование активности и инициативы в установлении отношений с другими людьми.

Материалы: музыкальные записи разных стилей с четким ритмическим рисунком

Описание: из группы выбирается один участник, испытывающий трудности в установлении межличностных отношений. Остальные садятся в круг. Задача ведущего участника – вступить с каждым членом группы потанцевать, пригласить и через некоторое время перестать танцевать с этим участником. Задача приглашенного на танец – следовать чувствам «здесь и теперь». Задача остальных – наблюдать, отмечая наиболее характерные особенности взаимодействия ведущего с партнером.

Обсуждение: «Как близко они танцевали? Было ли напряжение между ними? Понравилось ли участникам данное упражнение?»

Танцевальное упражнение: «Индивидуальный танец»

Цели: стимулирование самоосознания, самопринятия; творческое самовыражение.

Материалы: музыкальное сопровождение по выбору участников.

Описание: участники садятся в круг. Звучит музыка. Один из членов группы выходит в центр круга и начинает спонтанно танцевать, выражая в индивидуальном танце свои чувства. Он может вступать во взаимодействие с кем-либо из членов группы, если возникает такое желание. Участники, наблюдающие за танцем, также могут присоединяться до тех пор, пока каждый желающий не исполнит свой индивидуальный танец. Обсуждение в группе.

Танцевальное упражнение «Нарцисс и ручей»

Цель: разрядка психоэмоционального напряжения; развитие позитивных взаимоотношений; самопринятие и взаимопринятие.

Материалы: медитативная музыка, музыка с элементами звуков природы.

Описание: участники разбиваются на пары. Психотерапевт рассказывает легенду о Нарциссе, который, однажды увидев свое отражение в ручье, влюбился в него. Участники становятся друг напротив друга. Один из них – «Нарцисс», другой – его зеркальное отражение. «Нарцисс» начинает спонтанно двигаться, выражая лучшие стороны своей личности, наслаждаться своими движениями, любясь своим «отражением» и осознавая возникающие при этом чувства. В роли «Ручья» участник зеркально отражает движениями партнера. Затем «Нарцисс» и «Ручей» меняются ролями.

Обсуждение: участники делятся чувствами «здесь и теперь» в парах.

3. Завершающий (1 занятие по 2 академических часа). В ходе данного этапа происходит подведение итогов проделанной работы и отсоединение психотерапевта от группы.

Этап III. Реконструкция семьи, как системы в целом (4 сессии: 1 раз в неделю по 2 часа)

Цель: реконструкция внутрисемейных отношений и закрепление адаптивных стратегий совладания с трудными ситуациями в семье.

Задачи:

1. Реконструкция границ в семейных подсистемах.
2. Профилактика ситуаций, провоцирующих конфликт в семье.
3. Преодоление алекситимических блоков в семье.
4. Совладание с конфликтными ситуациями с помощью семейного психотерапевта.

5. Проигрывание возникающих напряженных ситуаций, закрепление адаптивного семейного функционирования.

Методы: семейная системная психотерапия; семейная арт-терапия.

Этап IV. Поддерживающий (2 сессии по 2 часа; 1 раз в месяц)

Цель: поддержание адаптивного семейного функционирования в семьях подростков с ожирением.

Задачи:

1. Закрепление новых систем внутрисемейных коммуникаций.
2. Проработка оставшихся алекситимических блоков.
3. Домашние задания (даются для закрепления созданных конструктивных систем внутрисемейных коммуникаций).
4. Подведение итогов психотерапии, достижения сформированных целей и задач, соблюдение оговоренного контракта, проведение «экологической проверки»: техника совместного рисования «Моя семья счастлива», обсуждение результатов.

Методы: семейная системная психотерапия.

Оценка эффективности проводилась с помощью психодиагностическим методом, проводимым до и после психотерапии. По данным опросника «Анализ семейной тревоги» были выявлены значимые различия по всем шкалам ($p < 0,001$), свидетельствующие о снижении уровня общей семейной тревоги после лечения. У больных подростков после психотерапии снижение вины ($11,1 \pm 1,2$; $3,4 \pm 0,4$; $p < 0,01$), стыда ($4,7 \pm 0,4$; $2,1 \pm 0,2$; $p < 0,01$), агрессивности ($8,1 \pm 0,7$; $3,3 \pm 0,6$; $p < 0,01$) и улучшение навыков социального взаимодействия ($3,4 \pm 0,2$; $9,6 \pm 0,8$; $p < 0,05$), уменьшение астенических проявлений (85% наблюдений). В ходе психотерапии вырабатывается мотивация на активное сотрудничество больного подростка с врачами и признается необходимость дальнейшей работы по коррекции пищевого поведения.

Проведение катамнестического исследования: 80% семей через 6 месяцев после окончания лечения отмечают снижение частоты и степени выраженности конфликтов в семье, преобладание конструктивных решений проблем.

Заключение. Таким образом, ожирение у подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ – это не только заболевание самих пациентов, но и проблема всей семьи в целом. Вследствие этого диагностика, психотерапия и психопрофилактика ожирения должны осуществляться с позиции системного семейного подхода. Разработанная программа семейной психотерапии подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ, страдающих алиментарным ожирением, основанная на системном семейном, телесно-ориентированном и онтогенетическом подходах, обеспечивает адаптивное внутрисемейное функционирование, позволяет выявить саногенный эффект семьи, а также способствует отреагированию психоэмоционального

напряжения и выработке у больных умения понимать телесные выражения своих эмоций.

Список литературы

1. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
2. Билецкая М.П., Костина В.Ю. Семейная психотерапия подростков с ожирением // Современная российская семья: традиции, альтернативы / – Муром, 2010.
3. Билецкая М.П., Костина В.Ю. Танцевальная терапия подростков с ожирением // Современные методы психотерапии: материалы ежегод. науч.-практ. симп. / под ред. С.А. Осиповой, В.И. Курпатова. – СПб.: МАПО, 2011. – С. 25-31.
4. Билецкая М.П., Силенко Е.А. Актуальные вопросы исследования особенностей совладающего поведения детей, подростков и взрослых с психосоматическими расстройствами // Интеграция медицины и психологии в XXI веке / Под ред. С.И. Блохиной, С.Т. Соколовой, Л.Т. Баранской. - Екатеринбург: «СВ-96», 2007. - С. 120-126.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – 336с.

НЕЗАВЕРШЕННЫЙ ОПЫТ БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТ) КАК ТРУДНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Василенко Т.Д., Блюм А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В рамках системно-деятельностного и смыслового подхода исследование личности в качестве субъекта жизни подразумевает «исследование жизненного пути личности, т. е. истории смыслового построения жизненного мира и его развития, изучение формирования и развертывания различных деятельностей, посредством которых реализуются жизненные смыслы и ценности личности, где единицей анализа является «жизненное событие»[8].

Жизненный путь личности складывается из переживаний личности, которые вызывают внешние события. Внешние события, преломляясь через внутренние условия (внутренний мир личности), превращаются в переживания – внутренние события; внутренние события – переживания побуждают личность совершать поступки, которые изменяют жизненный путь и становятся его поворотными пунктами – внешними событиями. Внешнее событие стимулирует внутренние переживания потому, что оно небезразлично для реализации смысла жизни и жизненных ценностей личности. Личность как субъект жизни в каждой ситуации действует в соответствии с необходимостью реализации смысла жизни, что требует от нее большой сознательности и ответственности. Смысл жизни «отливается» в форму жизненных целей, задач и смыслов отдельных ситуаций.

В нашем исследовании субъектом жизни выступает женщина, ожидающая ребенка. Она активно строит, модифицирует, совершенствует жизненные отношения и тем самым определяет свой индивидуальный жизненный путь. Внешнее событие как ситуация беременности, преломляясь через внутренний мир личности, превращаются в переживания – внутренние событие. Внутреннее событие побуждает личность к совершению определенных поступков, либо связанных с сохранением данной особой ситуации, либо изменение этой ситуации. В этом случае женщина, забеременев, расставляет основные приоритеты, осознавая, готова ли или не готова принять роль матери в социальной ситуации, в которой пребывает на данный момент. Все это требует от женщины большой сознательности и ответственности. И вынуждает ее действовать в соответствии с необходимостью реализации смысла жизни.

Для беременной женщины смысловым конструктом является устойчивая шкала отношений к своему состоянию, формирующаяся на протяжении всей беременности и имеющая различное смысловое содержание на первом, втором и третьем триместре беременности. На каждом из этих этапов беременности происходит расширение смысловых связей и наполненность смысловых процессов. Беременность на всём протяжении имеет для жизни женщины смысловую динамику, которая проявляется с момента желания стать матерью через внутренний диалог матери и ребёнка к отдельному обособленному их

существованию. И на каждом этапе беременность является всё более осмысленной.

Беременность как событие жизни женщины, включённое в её жизненный мир, обладает для неё жизненным смыслом. В свою очередь, состояние беременности обладает для женщины и личностным смыслом, отражаясь в сознании женщины посредством эмоциональной окраски образа будущего ребёнка. Установление смысловой связи между событиями настоящего, прошлого и будущего происходит таким образом, что беременная женщина на отрезке своего жизненного пути включает данное жизненное событие (беременность) в контексте целостной временной перспективы, а не как ограниченное только лишь настоящим событие её жизни. Беременность осознаётся как период изменения смысловых ориентиров жизнедеятельности личности. Данная позиция беременной женщины определяет эффективное переживание жизненного события.

Переживание беременности характеризуется подключением новых смысловых контекстов, особым смыслом беременности, связанным с тем, что женщина оценивает свое состояние как благоприятное или неблагоприятное. Если женщина оценивает свое состояние как благоприятное, то у нее формируется смысловая установка, направленная на сохранение беременности, которая проявляется в виде поиска условий для наиболее благоприятного развития плода, заботе о своём здоровье с целью предотвращения болезни ребёнка.

Если женщина оценивает свое состояние как неблагоприятное, то она находит множество причин, по которым появление ребенка не соответствует ближайшим представлениям о будущем, то в ее жизненном пути возникает особая трудная жизненная ситуация – ситуация незавершенного опыта беременности - аборт.

Выделяются объективные и субъективные аспекты ситуации, различные уровни её существования. Многие психологи при этом отмечают, что хотя внешние обстоятельства и имеют большое значение, но субъекту всегда принадлежит решающая роль, так как он обладает возможностью целенаправленной активности. Именно в способе видения ситуации, в отношении к ней и проявляется сам субъект. Поэтому одна и та же ситуация может по-разному восприниматься разными людьми и приводить к разным последствиям [1].

Мы отмечаем, что материнство, как факт индивидуальной жизни личности женщины, включаясь в социальный контекст жизни, изменяет систему социальных взаимодействий женщины, специфику ее общения, изменяя направленные на нее социальные ожидания. Вследствие этого происходит изменение социально-ролевого статуса личности, женщина принимает или не принимает новую социальную роль - роль матери.

В случае, когда у женщины формируется опасение не справиться с новой социальной ролью, следствием чего является не возможность оправдать ожидания окружающих, не выполнить социальные предписания общества, перед ней встает сознательный выбор прервать беременность.

Незавершенный опыт беременности (аборт) мы рассматриваем как особую трудную ситуацию в жизни женщины, когда она принимает решение не трансформировать свою внутреннюю позицию по отношению к новой социальной роли-роли матери и проявляет активность по сохранению прежней социальной ситуации развития. М. Аргайл в своей работе, посвященной трудным социальным ситуациям, приводит, в частности, следующее: «Данная ситуация заставляет вас чувствовать тревогу или дискомфорт либо потому, что вы не знаете, как поступить, потому, что она заставляет вас испытать чувства страха, смущения или неловкости».

Среди причин возникновения такой особой и трудной ситуации в жизни женщины можно выделить неодобрение или критику со стороны других; ситуации конфликта или отвержения со стороны родителей; ситуации утраты близкого человека или значимых отношений [2].

Ряд особенностей, таких как возраст женщины, удовлетворенность социальной ситуацией замужества, будут оказывать дополнительное влияние на человека, находящегося в социальной ситуации незавершенного опыта беременности.

На основании анализа литературы по проблеме социальной ситуации нами было выделено параметры социальной ситуации беременности: незавершенный опыт беременности (аборт), социальный стереотип состояния беременности; принятие или непринятие социальной роли матери; эмоциональная оценка социальной ситуации беременности; контекст социальной ситуации, события, происходящие с человеком и нарушающие его адаптивные возможности - социальный стресс; возраст женщины, удовлетворенность социальной ситуацией замужества.

Рассматривая социальную ситуацию беременности, выделяя ее параметры, мы предлагаем модель целостного рассмотрения социальной ситуации беременности и незавершенного опыта беременности (аборта), как системы нерядоположных элементов, изменяющей жизненный путь личности, представленную на рисунке1.

Мы отмечаем, что. на социальную ситуацию беременности влияет событие прошлого - особая трудная ситуация в жизни женщины- аборт. Социальная ситуация беременности, как факт индивидуальной жизни личности, включаясь в социальный контекст жизни, трансформирует систему социальных ролей, изменяет систему социальных взаимодействий человека, специфику его общения, изменяя направленные на него социальные ожидания и предписания. Вследствие этого происходит изменение социально-ролевого статуса личности. Изменяется система эмоционального реагирования в измененной ситуации, женщина по-новому оценивает ситуацию беременности, изменяется в целом спектр ее эмоциональных реакций. Состояние беременности имеет определенный социальный стереотип, строящийся на социальных представлениях о беременности, определяющий отношение и социальные ожидания, направленные на женщину в социальной ситуации беременности.

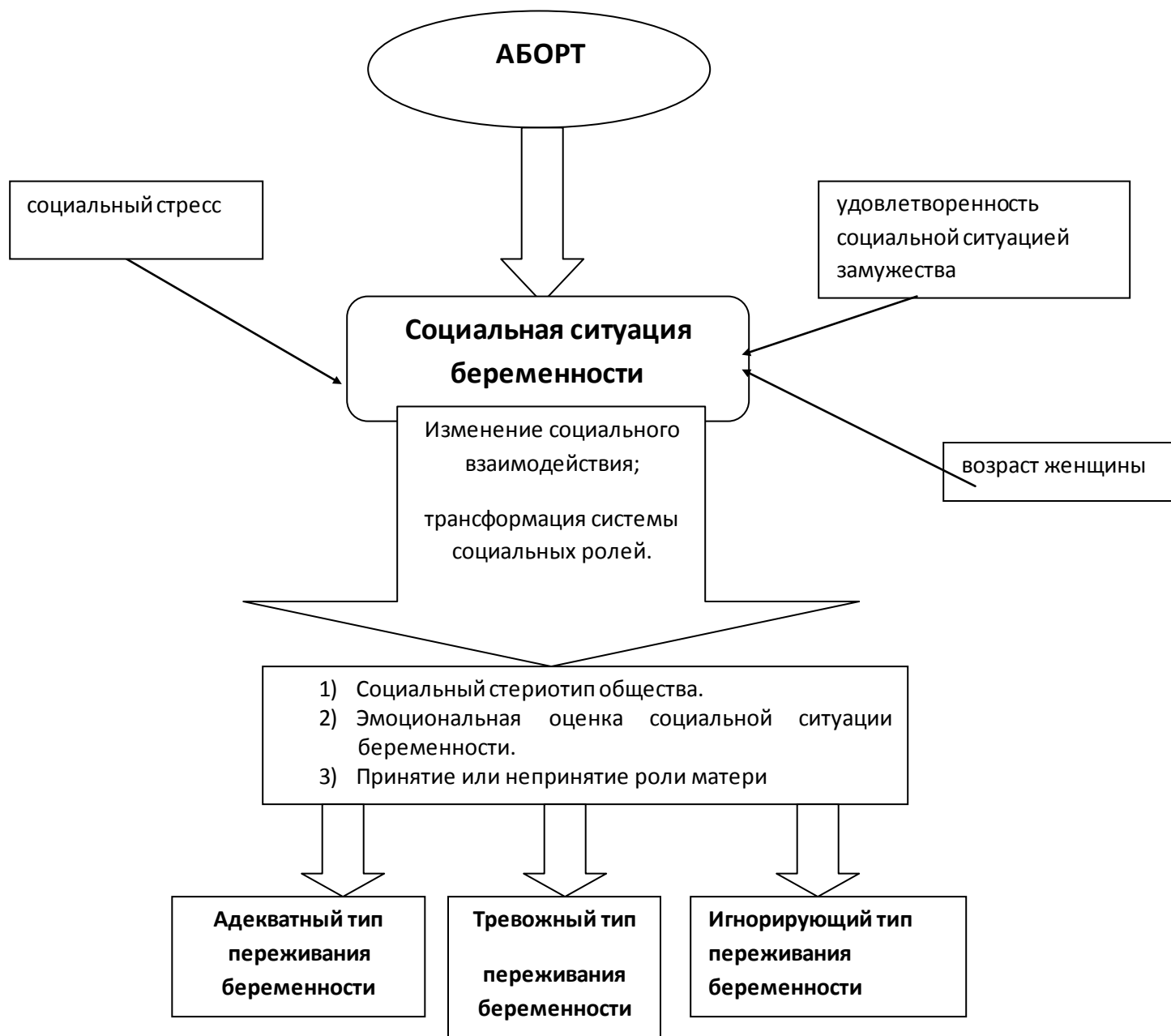


Рисунок 1. Модель социальной ситуации беременности и особой трудной социальной ситуации незавершенного опыта беременности (аборта).

Вследствие этого женщина принимает или не принимает новую социальную роль - роль матери. Если женщина принимает новую социальную роль-роль матери, то у нее формируется адекватный стиль переживания беременности. Если женщина не принимает роль матери, то это формирует игнорирующий стиль переживания беременности. Амбивалентные проявления в отношении принятия или непринятия роли матери формируют тревожный стиль переживания беременности. Ситуация беременности, приводит к разрушению привычной деятельности, установок и отношений личности, ставит человека в психологически особые жизненные условия, специфицирует социальную ситуацию развития, но при этом активность женщины и ее отношение к сложившейся ситуации играет решающую роль. Женщина через призму социальной ситуации беременности в зависимости от конкретных ее особенностей, строит субъективную картину жизненного пути, отличную от

картины вне социальной ситуации беременности.. Если женщина не готова адаптироваться к новой социальной ситуации – ситуации беременности, у нее нет желания изменить субъективную картину жизненного пути, и она предпочитает прежнюю социальную ситуацию развития, то перед ней вновь встает сознательный выбор прервать беременность. Незавершенный опыт беременности (аборт) вновь создает новую трудную социальную ситуацию в жизни женщины.

Важно отметить, что состояние беременности является особым жизненным событием, однако если женщина уже однажды пребывала в этом состоянии и по собственному желанию прервала данный процесс, вторая беременность воспринимается совершенно иначе.

Психологические параметры жизненного пути женщины в ситуации незавершенной беременности, вызванной наличием в прошлом опыта аборта, выступают как достаточно противоречиво организованная система чрезмерно высокого смыслового отношения к своему состоянию, где критерием выступает сверхважность и ценность будущего ребенка, что может приводить к тревожному состоянию по поводу реализации материнской функции.

На основании вышесказанного, целью нашего исследования было выяснить, каким образом опыт незавершенной беременности (аборт) влияет на принятие роли матери.

Объектом исследования выступило принятие роли матери.

Предметом исследования являются особенности принятия роли матери женщинами, имеющими опыт незавершённой беременности (аборт).

Задачи исследования:

1) исследовать особенности принятия роли матери беременными женщинами без негативного опыта беременности и беременными женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности (аборт).

2) установить связь опыта незавершенной беременности (аборт) и принятия роли матери;

3) разработать и апробировать коррекционную программу социально-психологической помощи, направленную на принятие роли матери беременными женщинами, ожидающими первого ребенка, имеющими опыт незавершенной беременности (аборт).

В исследовании были использованы следующие методы:

1. Структурированное интервью.

2. Архивный метод.

3. Проективный метод:

3.1. Тест «Фигуры» Филипповой Г.Г.

3.2. Методики «Цветовой тест отношений» Эткинда

3.3. Проективная методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разрабатываемом Т.Д.Василенко,

Нами представлены материалы экспериментального исследования, проведенного в 2006-2010 годах на базе родильного отделения Территориального Медицинского Объединения №4 г. Курска, Областного перинатального центра г. Курска, Городской клинический родильный дом г.

Курска. Контрольную группу составили женщины, не имеющие опыта незавершенной беременности. В экспериментальную группу входили женщины, имеющие опыта незавершенной беременности. Эквивалентность групп добивались, отбирая женщин, состоящих в браке, на третьем триместре беременности и ожидающих первого ребёнка, после аборта.

Критериями отбора испытуемых для исследования служили:

- Возраст женщин (22-27 лет)
- Срок беременности (3 триместр)
- Удовлетворённость браком
- Ожидание первого ребёнка

Уникальная личностная композиция эмоционального и смыслового компонентов переживания беременности определяет стиль переживания беременности (адекватный, тревожный или игнорирующий), который является индикатором принятия роли матери. Если женщина принимает новую социальную роль-роль матери, то у нее формируется адекватный стиль переживания беременности. Если женщина не принимает роль матери, то это формирует игнорирующий стиль переживания беременности. Амбивалентные проявления в отношении принятия или непринятия роли матери формируют тревожный стиль переживания беременности. Таким образом, тип переживания беременности, мы рассматриваем как индикатор принятия или непринятия роли матери.

Мы предполагали, что опыт незавершенной беременности (аборт),

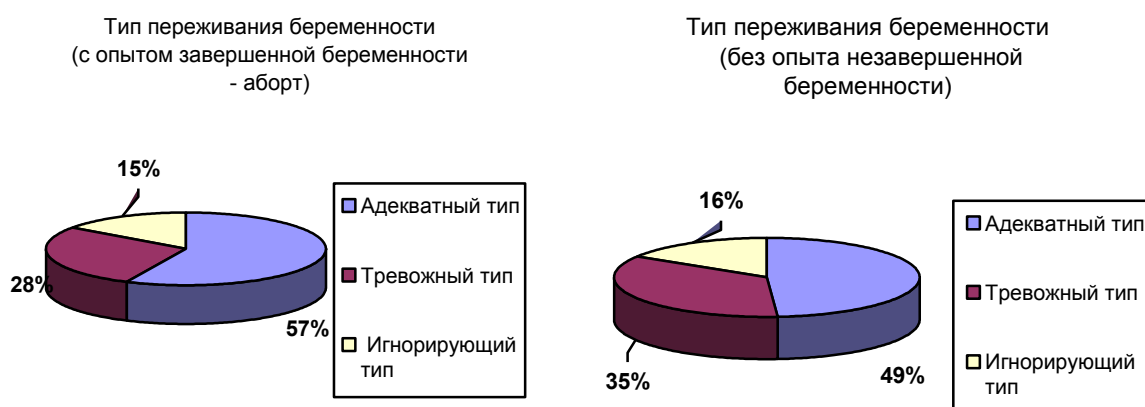


Рис. 2. Сравнительный анализ женщин в возрасте 22-27 лет с опытом незавершенной беременности (аборт), без негативного опыта беременности. Методика «Фигуры» Г.Г.Филипповой. Анализ принятия роли матери беременными формируя специфическую социальную ситуацию в жизни женщины, влияет на принятие роли матери при последующей беременности (рис.2).

При статистической обработке методики «Фигуры» Г.Г.Филипповой [10] мы получили следующие результаты. В группе женщин имеющих опыт незавершенной беременности (аборт) показатель адекватного стиля переживания беременности (57%) выше, чем у женщин, не имеющих опыта незавершенной беременности (49%). Это свидетельствует о том, что

беременность после опыта аборта, воспринимается эмоционально положительно, приятно по соматическому ощущению, а тревога и беспокойство связано лишь с опасениями по поводу здоровья ребёнка, своего здоровья и исхода беременности и родов. Активность беременной женщины направлена на ребёнка, на обеспечение адекватных условий для его развития, на сохранение здоровья, а также на формирование адекватного типа переживания беременности. Таким образом, происходит принятие роли матери.

В группе беременных женщин, не имеющих опыта аборта, отмечаются показатели тревожного (35%) и игнорирующего(16%) стиля переживания беременности выше, нежели у женщин имеющих опыт незавершенной беременности (аборт). Это свидетельствует о неустойчивом отношении к ребенку, постоянной тревоге по поводу ребенка и адекватности своих действий, неудовлетворенности собой, недостаточной субъективизации ребенка, резких переменах настроения. Это связано с тем, что ситуация первой беременности формирует переживание новой социальной роли женщины в качестве матери, перед ней встаёт главный вопрос о принятии роли матери.

Согласно результатам методики «Цветовой тест отношений» беременные женщины, имеющие в контексте своего жизненного пути негативный опыт беременности, оценивая свое состояние, обозначают цветом «1» – синий, что говорит о том, что снижается уровень тревоги и напряжения, беременность сопровождается удовлетворением, а женщина чувствует себя приспособленной к сложившейся ситуации в её жизни.

В группе беременных женщин без негативного опыта беременности женщины свою беременность обозначают цветом «2» – зелёный, что говорит о том, что у женщины существует напряжение, которое связано с настойчивостью по отношению к тем изменениям в жизни, которые продиктованы актуальной ситуацией. Данный выбор также свидетельствует о желании сохранять своё здоровье в ситуации беременности.

Психологический портрет беременных женщин, не имеющих опыта аборта, отличен от психологического портрета беременных женщин, имеющих аборт первыми шестью позициями цветов желтый, зеленый, красный, фиолетовый, коричневый, серый.

Женщин, не имеющих опыта аборта, отличает надежда на успех и выраженная эмотивность, потребность в действии, стремление к независимой позиции, увлеченность, стремление к бесконфликтному общению и физиологическому комфорту, повышенный самоконтроль помогает скрыть свою ранимость, беспокойство, непосредственность чувств, пристрастие к забавам, упрямство. Опора на накопленный опыт, ориентировка на собственное мнение, сопротивление внешне средовым воздействиям, Зрелость жизненной платформы, Чувство соперничества, Значимость собственной социальной позиции. Преобладание стремления к покою, уединенности.

Таблица 1.

Психологический портрет беременных женщин, не имеющих опыта аборта.

1	2	3	4	5	6	7	8
Желтый	Зеленый	Красный	Фиолетовый	Коричневый	Серый	Синий	Черный

Для женщин, имеющих опыт аборта характерна высокая мотивация достижения, потребность в обладании жизненными благами, стремление к доминированию, целенаправленность действий, высокая самооценка, потребность в самореализации, стенический тип реагирования, напряженная поисковая активность, импульсивность, сниженный самоконтроль, преобладание эмоций интереса, стремление преодолевать предубеждения и недоброжелательность окружающих, настороженность и недоверчивость (см. таблицу 2).

Таблица 2.

Психологический портрет беременных женщин имеющих опыт аборта.

1	2	3	4	5	6	7	8
Желтый	Зеленый	Красный	Фиолетовый	Коричневый	Серый	Синий	Черный

При интерпретации проективной методики исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте разрабатываемом Т.Д.Василенко, по аналогии с методом, предложенным Schoots, 1989 нами было замечено, что показатели по сферам направленности на экзистенциальные проблемы у женщин с опытом незавершенной беременности (аборт) превышают показатели по этой же сфере беременных женщин без опыта незавершенной беременности (рис.3).

Показатели по сферам направленности на экзистенциальные проблемы у женщин с опытом незавершенной беременности (аборт) превышают показатели по этой же сфере беременных женщин без опыта незавершенной беременности. Экзистенциальные проблемы — это вопросы самого факта существования человека и переживание своего способа существования.

"Линия жизни": распределение по сферам

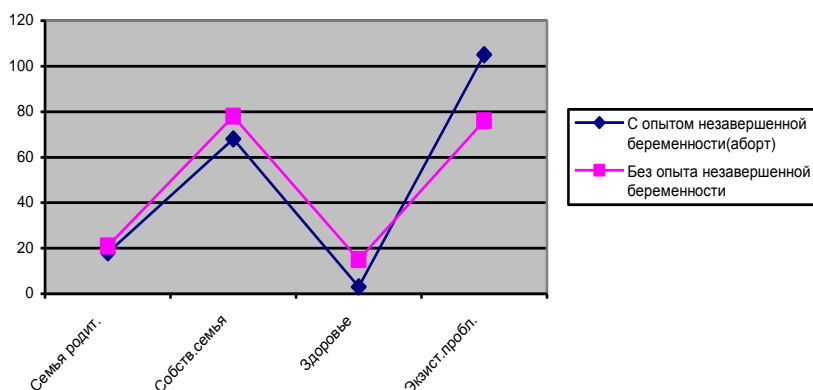


рис.3. . Сравнительный распределения по сферам у беременных женщин в возрасте 22-27 лет с опытом незавершенной беременности (аборт), без негативного опыта беременности. Методика Линия жизни.

Женщины, имеющие в прошлом опыт аборта, сталкивались с очень сложным экзистенциальным выбором между тем, чтобы прервать жизнь ребенка, или же стать матерью – подарить новую жизнь. Событие аборта являлось критическим, психотравмирующим, влекущим за собой предрасположенность к самообвинению, чувство душевной боли, невозможной утраты. Таким образом, это объясняет факт сосредоточенности женщин имеющих опыт незавершенной беременности на проблемах экзистенциальной сферы.

У женщин без опыта аборта, отмечаются высокие показатели направленности на сферу собственной семьи.

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что смысловая сфера беременных женщин на каждом этапе беременности претерпевает существенные изменения, связанные с расширением смысловых связей и наполненностью смысловых процессов[3]. Женщинам с незавершенным опытом беременности свойственна высокая осмысленность собственной жизни, особенно событий прошлого, при этом им свойственна предрасположенность к самообвинению и развитая рефлексия. Женщина же забеременевшая впервые сталкивается с внутренним конфликтом относительно неизвестной ранее, новой социальной роли – матери, и привычными ей ролям выполняемыми ежедневно. Встает вопрос о готовности изменить свою жизнь, изменить свой социальный статус, в связи с этим появляется тревога и страх.

Список литературы.

1. Абульханова В.В., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб., 2001.

2. Баз Л.Л., Баженова О.В. Исследование и восприятие психологической поддержки беременными женщинами. //Психологический журнал. 1994. Т.15. №1.

3. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности. //Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. №2. С.46-56.

4. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери. //Психологический журнал. 2000. Т.21. №2. С.79-87.

5. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов. //Вопросы психологии. 2002. №1. С.59-68.

6. Василюк, Ф.Е. Психология переживания [Текст] - М.: Изд-во Моск. Ун-та. 1984. – 200 с.

7. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка. //Синапс. 1993. №4. С 32-38.

8. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М: Смысл.2003. 487с.
9. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. //Вопросы психологии. 2000. №5. С.18-27.
10. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. //Вопросы психологии. 2001. №2. С.22-37

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНΙΑ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Бобошко И.Е., Енифанова О.С.

**Государственное учреждение высшего профессионального образования
Ивановская государственная медицинская академия Росздрава, г.
Иваново, Россия**

Проблема вегетативной дистонии (СВД) на протяжении многих лет привлекает пристальное внимание исследователей. Это связано не только с ее высокой распространенностью, от 15% до 90%, но и с существенным вкладом данной патологии в нарушения биологической и социальной адаптации. Более чем в 80% случаев у подростков с СВД отмечаются стойкие неврологические нарушения, поэтому в диспансерном наблюдении таких детей должны участвовать не только педиатры, но и неврологи, психологи. Большинство исследователей указывают, что приоритетной в реабилитации таких детей является немедикаментозная коррекция, которая подразумевает соблюдение принципов здорового образа жизни, обеспечивая нормализацию физического и психического развития, профилактику нарушений как соматического, так и психического здоровья (Кушнир С.М., 1999; Вейн А.М., 2000; Спивак Е.М., Халецкая О.В. и др.).

Между тем, существующие рекомендации минимально учитывают индивидуальные особенности детей и не сведены в четкий стандарт программ оздоровления и реабилитации.

Целью работы было установить различия неврологических нарушений у девочек 14-18 лет с разными типами психосоматической конституции, имеющих СВД.

Под наблюдением находилось 100 девочек-подростков 14 – 18 лет. Они имели верифицированный диагноз: синдром вегетативной дистонии наследственно-конституционального характера, установленный в условиях многопрофильной клиники.

По тесту Г. Айзенка подростки делились по типу направленности психической активности на экстравертов (14 и более баллов по шкале экстраинтроверсии), центровертов (10 – 14 баллов) и интровертов (10 и менее баллов) [1].

Оценка состояния вегетативного гомеостаза осуществлялась по модифицированной клинической таблице А.М. Вейна и исследованию вариабельности ритма сердца (ВРС) [3,5,8]. Биофизические проявления функционирования нервной системы оценивались по спонтанной электрической активности на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) [6].

Церебральное кровообращение, как характеристика вегетативного обеспечения системной деятельности организма, изучалось методом ультразвуковой доплерографии на аппарате Сономед-325, оснащенным доплеровским блоком пульсирующей волны и датчиком с частотой 2 МГц [2].

Характеристика психологической сферы включала количественную и качественную оценку эмоциональных отклонений по цветовому проективному

тесту Люшера. Основные характерологические и личностные свойства оценивались по опроснику Смишека и рисуночному тесту Коха [9].

Распределение подростков по типам психосоматической конституции выглядело следующим образом: более половины обследованных (55%) составили центроверты, 17% - интроверты и 28% -экстраверты.

Определяя взаимодействие исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности как единого механизма вегетативной регуляции, мы установили четкую принадлежность детей с определенным типом психосоматической конституции к определенному типу вегетативной дисфункции (таб. 1).

Таблица 1
Распределение подростков с СВД с разными типами конституции
(по клиническим таблицам и данным ВРС) (%)

Тип СВД	Дети 14 – 18 лет		
	Интроверты	Центроверты	Экстраверты
N	17	55	28
по ваготоническому типу	70,6*,**	49	17,8
по симпатикотоническому типу	11,8	18,2**	64,3
по смешанному типу	17,6*	32,7**	17,9

Примечание: * - достоверность различий с подгруппой центровертов, ** - достоверность различий с подгруппой экстравертов

Так, у подавляющего большинства интровертов (70,6%) выявлялся ваготонический тип ВСД, у экстравертов симпатикотонический (64,3%).

Выявлены четкие различия в течении перинатального периода (по данным анамнеза) девочек-подростков разных типов психосоматической конституции (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика факторов риска перинатального анамнеза подростков в зависимости от типа психосоматической конституции к возрасту 14-18 лет

Факторы перинатального анамнеза	Интроверты		Центроверты		Экстраверты	
	17	%	Абс	%	Абс	%
Беременность 1	11	64,7**	36	65,5	14	50
Беременность 2	4	23,5**	17	30,9	13	46,4
Беременность > 2	2	11,8*	3	5,5	2	7,1
Предшествующие беременности выкидыш	1	5,9*,**	12	21,8	6	21,4
Мед. аборт в анамнезе	4	23,5**	10	18,2	11	39,3
Стерильный период родителей > 5 лет	1	5,9*	1	1,8	3	10,7

Токсикоз	11	64,7*	29	52,7	16	57,1
Анемия	8	47,1**	25	45,5	8	28,6
ХВУГП	5	29,4**	17	30,9	5	17,9
Нефропатия	3	17,6**	13	23,6	9	32,1
ОРВИ во время беременности	7	41,2*	34	61,8	16	57,1
Возраст матери >35 лет, <18 лет	2	11,8*	9	16,4	5	17,9
Гинекологические заболевания	6	35,3*	9	16,4	7	25
Соматические заболевания	11	64,7*,**	29	52,7	15	53,6
Нарушение сроков родов	1	5,9**	9	16,4	6	21,4
Аномалии родовой деятельности	3	17,6**	8	14,5	2	7,1
Неправильное положение плода	1	5,9*	3	5,5	4	14,3
Стремит. роды	1	5,9*	10	18,2	2	7,1
Кесарево сечение	5	29,4*	7	12,7	11	39,3
Профессиональные вредности	4	23,5*	22	40	9	32,1

Примечание: * - достоверность различий с подгруппой с интровертов

** - достоверность различий с подгруппой с экстравертов

В таблицу включены факторы риска, имеющие достоверные различия.

Так, у интровертов достоверно чаще встречался токсикоз I триместра беременности - более 60 %; пособия в родах, ХВУГП выявлена у 1/3 обследованных; экстрагенитальные, гинекологические заболевания матери и наличие анемии – у четверти. У половины экстравертов в анамнезе отмечены медицинские аборт и угроза прерывания беременности; нефропатия, ОРВИ, профессиональные вредности, кесарево сечение отмечались в 1/4 случаев.

При анализе течения периода раннего детства отмечено, что у 70% интровертов отмечалось наличие синдрома вегетативно-висцеральных дисфункций, у половины из них имел место синдром двигательных нарушений. У экстравертов в 95% случаев на первом году жизни отмечалось наличие гипертензионно-гидроцефального синдрома.

При анализе жалоб подростков с разными типами психосоматической конституции также отмечены четкие различия (табл.3).

Таблица 3

Характеристика жалоб подростков с СВД с учетом их конституционального типа (%)

Нарушения в основных функциональных системах организма	Дети 14 – 18 лет	
	Интроверты (N-17)	Экстраверты (N-28)
Дистальный гипергидроз	21,4*	17,6
Кожные аллергические реакции	41,2*	25

Чувство «нехватки воздуха»	11,8*	17,9
Боли в левой половине гр. клетки	64,7*	17,9
Сердцебиения при незначительной физической нагрузке	28,6*	11,8
Повышение АД	5,9*	10,7
Снижение АД	29,4*	35,7
Тошнота	5,9*	39,3
Метеоризм	29,4*	14,3
Спастические запоры	64,7*	35,7
Снижение аппетита	35,3*	10,7
Очаги хр. инфекции в носоглотке	47,1*	39,3
Частые ОРВИ	52,9*	32,1
Мигреноподобные цефалгии	58,8*	35,7
Головные боли при эмоц. напряжении	47,1*	60,7
Метеозависимость	94,1*	71,4
Вестибулопатии	70,6*	53,6
Головокружения	76,5*	50
Ортостатическая дисрегуляция	64,7	64,3
Длительный неинф. субфебрилитет	5,9*	21,4
Гипертермия при ОРВИ	52,9*	85,7
Плохая переносимость духоты	11,8*	28,6
Повышенная сонливость утром	47,1*	32,1
Трудный переход к активному бодрствованию	64,7*	50
Трудности при засыпании	76,5*	46,4
Повышенная утомляемость	64,7*	32,1
Снижение настроения	70,6*	14,3
Повышенная тревожность	70,6*	42,8
Страхи	47,1*	10,7
Раздражительность	47,1*	21,4
Плаксивость	52,9*	28,6
Эмоциональная лабильность	29,4*	42,8

Примечание: * - достоверность различий с подгруппой экстравертов
В таблицу включены факторы риска, имеющие достоверные различия.

Как видно из таблицы 3, у интровертов наблюдались мигреноподобные цефалгии, наибольшие вестибулярные нарушения, ортостатическая дисрегуляция, что вероятно обусловлено характерной для ваготонии склонностью к гипокинетическому типу гемодинамики и застойным цереброваскулярным явлениям [8,10]. Их характеризовал дистальный гипергидроз и усиление потоотделения при волнении и во сне, затрудненный переход к активному бодрствованию и чувство «невыспанности» по утрам. При анализе изменений в эмоциональной сфере выявлено, что интроверты предъявляли жалобы интропунитивного характера (внутри себя): на снижение настроения, повышенную тревожность, склонность к уединению. Интроверты предъявляли жалобы на запоры атонического характера. У них достоверно чаще регистрировались сердцебиения при незначительной физической нагрузке, отмечалось снижение АД. Они достоверно чаще предъявляли жалобы на частые ОРВИ.

У экстравертов преобладали головные боли при эмоциональном напряжении, что, по-видимому, связано с характерной для симпатикотонии гиперреактивностью сосудистых рецепторов [8,11]. Терморегуляционные изменения заключались в возникновении высоких гипертермий на фоне ОРЗ. Их беспокоили трудности при засыпании, поверхностный, беспокойный сон. Характер эмоциональных нарушений носил экстрапунитивный характер (во вне) и проявлялся гневливостью, раздражительностью, несдержанностью, плаксивостью. Регистрировались эпизоды повышения АД.

Исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) проводилось методом ВНС-спектрографии (таблица 4).

Таблица 4
Характеристика показателей спектрального анализа
вариабельности ритма сердца у детей 14-18 лет

Показатель	Интроверты (17)	Центроверты (55)	Экстраверты (28)
	Персентиль	Персентиль	Персентиль
(фоновая)			
TP, мс ²	2188,6*	2929,4	2931,3
LF, мс ²	542*	652,4	775,2
HF, мс ²	939*. **	949,6	974,9
LF/HF	0,422**	0,44	0,5
(ортостатическая)			
TP, мс ²	3104,8*. **	2421	2301,6
LF, мс ²	958**	962	746,2
HF, мс ²	330,2*	206,8	179,2
LF/HF	1,76*. **	2,72	2,2

Примечание: TP— общая мощность спектра нейрогуморальной регуляции, HF — высокочастотные колебания; LF— низкочастотные колебания; LF/HF – показатель, отражающий баланс симпатических и парасимпатических влияний,

* - достоверность различий с подгруппой с центровертов

** - достоверность различий с подгруппой с экстравертов

При анализе показателей ВРС было выявлено, что дети с разными типами психосоматической конституции, имеют статистически достоверные различия значений показателей вегетативной регуляции.

У интровертов были самые низкие значения общей мощности спектра, ($p < 0,05$), что свидетельствует об ограничении адаптационных ресурсов. У них возрастал относительный вклад HF-компонента, отражающий ваготропные влияния, и, как следствие, низкие значения коэффициента LF/HF.

У экстравертов общая мощность спектра была выше, чем у интровертов, что свидетельствует о высоких резервах организма, способности выполнять интенсивную нагрузку. Анализ спектральной мощности ВРС показал склонность к симпатикотонии у экстравертов, на что указывали усиленное влияние центрального LF-компонента вегетативной регуляции и относительно высокие значения коэффициента LF/HF.

Центроверты имели промежуточные спектральные значения, они отличались балансом влияний разных компонентов спектра нейрогуморальной регуляции. При этом напряжение вегетативной регуляции у интровертов наблюдается преимущественно в парасимпатическом, а у экстравертов в

симпатическом отделе ВНС. Центровертам было более свойственно сбалансированное напряжение симпатического и парасимпатического отделов.

Все вегетативные проявления дисрегуляции сочетались с личностными особенностями подростков и состоянием их эмоциональной сферы (табл. 5).

Таблица 5

Показатели эмоциональной сферы и характерологических черт у подростков в зависимости от типа психосоматической конституции (баллы, %)

Показатели	Интроверты (N-17)	Центроверты (N-55)	Экстраверты (N-28)
Баллы по тесту Коха			
Импульсивность	* 8,6±1,5*	6,3±1,1	9,4±1,5
Дисциплинированность	,** 6,7±3,2*	1,8±0,7	6,7±3,2
Агрессивность	6,7±4,2*	7,1±1,5	10,9±2,6
Ригидность	* 6,1±2,2*	6,9±1,2	9,9±2,1
Внутриличностная тревожность	* 6,1±2,2*	6,9±1,2	9,9±2,1
Баллы по тесту Люшера			
Активность	* 38,8±3,3	40±1,86	41,4±2,7
Работоспособность	* 62,2±6,4	65,06±3,9	68,7±4,8
Нестабильность выбора	* 26,8±8,1	19,3±2,4*	28,8±4,5
Тип акцентуации характера по тесту Смишека (%)			
Тревожный	41,2**	41,8	35,7
Возбудимый	70,6**	38,2	50
Дистимичный	35,3**	20	14,3

Примечание: * - достоверность различий с центровертами, ** - достоверность различий с экстравертами

Так, интроверты демонстрировали самые высокие показатели дисциплины и самые низкие значения импульсивности, активности и работоспособности. Они были достоверно тревожнее и педантичнее, демонстрируя занудливость в виде «пережевывания» подробностей, чрезмерную аккуратность. Экстраверты, напротив, имели наибольшие значения импульсивности, активности и работоспособности и наименьшие – дисциплинированности. Они демонстрировали выраженное стремление быть в центре внимания и добиваться своей цели любой ценой (слезы, обмороки, скандалы, болезни, хвастовство, необычные увлечения, ложь). Центроверты

имели средние значения по всем свойствам характера и обнаруживали наибольшие значения циклотимичности и эмотивности, т.е. демонстрировали приподнятое настроение в ситуациях, где интроверты тревожились, а экстраверты раздражались.

Получены достоверные различия в выраженности и направленности агрессивного поведения. Наименьшие значения показателей уровня агрессивности зафиксированы у интровертов, они проявлялись противопоставлением собственных установок влиянию среды и морали; наибольшие у детей экстравертивного типа.

Помимо этого направленность агрессии у экстравертов имела экстрапунитивный характер (во вне) и была склонна к генерализации. У детей – интровертов характер агрессии носил преимущественно интропунитивный характер (на себя, аутоагрессия), что проявлялось тенденцией к заниженной самооценке.

Анализ значений показателя импульсивности выявил, что у экстравертов он был достоверно выше. Психологическое качество «дисциплина» (умение подчиняться социальным нормам) оценивалось нами по шкале тактичности. Значения этого показателя были достоверно выше у детей интровертов. При этом интроверты, при внешней неконфликтности, имели склонность легко направлять агрессию на себя, они были легко ранимы, предпочитали партнерский тип взаимодействия.

Таким образом, клиническая характеристика вегетативной дистонии во многом определяется типом конституции. Как указывал А.М. Вейн (2003), симптомокомплексы ваго - и симпатикотонии, не являясь оформленными патологическими синдромами, отражают определенные, часто конституциональные, особенности организации и реагирования ВНС. Следовательно, преобладание инертных гуморальных путей и трофотропных влияний свойственных интровертам объясняет инертность процессов их возбуждения и переключения, малую устойчивость к кратковременным интенсивным нагрузкам и хорошую переносимость длительных, невысоких и монотонных воздействий.

У экстравертов преобладают «быстрые», эрготропные пути, что определяет их способность выполнять интенсивную нагрузку, но кратко временно, в связи с быстрым истощением.

Эти различия должны учитываться при составлении медико-социальных рекомендаций сопровождения детей в учреждения образования и здравоохранения, что позволит позитивно влиять на целый ряд показателей их здоровья, определяя их стабильное улучшение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анастази, А. Психологическое тестирование [Текст] / А. Анастази. — М.: Наука, 1982. — 154 с.
2. Андреев, А. В. Ультразвуковая доплерография в детской неврологии [Текст] / А. В. Андреев // Ультразвуковая доплеровская

диагностика сосудистых заболеваний / под ред. Ю. М. Никитина, А. И. Труханова. — М., 1998. — С. 115—127.

3. Белоконь Н.А. Подходы к диагностике синдрома вегетососудистой дистонии у детей / Н.А. Белоконь, С.Б. Шварков, Осокина Г.Г. // Педиатрия. — 1986. - №1. — С. 37-41.

4. Бобошко И.Е. Системный анализ конституциональных особенностей детей школьного возраста для обоснования программ формирования их здоровья [Текст] / И. Е. Бобошко : Дис. ... д-ра мед. наук. — Иваново, 2010. — 342 с.

5. Вейн, А. М. и др. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 201-528 с.

6. Жирмунская Е.А. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека / Е.А. Жирмунская, В.С. Лосев. - М.: Наука, 1984. — 81 с.

7. Кушнир С. М., Антонова Л. К., Жуков С. В., Королук Е. Г. Микросоциальные и психологические детерминанты формирования синдрома вегетативной дистонии в подростковом возрасте — Тверь, 2004. — 26-32с.

8. Кушнир С.М. Клинико-функциональная характеристика системной и региональной нейроциркуляторной дистонии в

различные периоды детства, разработка принципов физической реабилитации: Дис. ... д-ра мед. наук. - Иваново, 1999. — 202-238 с.

9. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании [Текст] / Е. И. Рогов: уч. пособие. — М.: ВЛАДОС, 1996. — 529 с.

10. Спивак, Е. М. Синдром вегетативной дистонии у детей / Е. М. Спивак, Н. Н. Нежкина; Ярославская гос. мед. академия, Ивановская гос. мед. академия, Ин-т развития образования Ивановской области — Ярославль: Александр Рутман, 2009. — 5-132с.

11. Трошин, В. М. Болезни нервной системы у детей [Текст] / В. М. Трошин, Ю. И. Кравцов. — Н. Новгород : Сарпи, — 1993. — 336с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛИ У ДЕТЕЙ И БОЛЕВОГО ОПЫТА МАТЕРИ

Богущевская Ю.В., Новикова В.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Боль как неприятное ощущение с негативными эмоциональными переживаниями в своей жизни испытывал практически каждый взрослый человек. Когда речь идет о боли, которую в силу различных причин вынуждены переносить дети, в душе каждого человека возникают неоднозначные эмоции. Созданные природой уникальные механизмы материнства, заключаются в том, что мать любыми способами инстинктивно оберегает своего ребенка от причинения ему каких-либо неприятностей. В последнее время возрос исследовательский интерес к проблемам восприятия и переживания болевых расстройств в детском возрасте. В имеющихся по этим вопросам публикациях описаны значительные краткосрочные неблагоприятные реакции у детей в ответ на болевые события. Ряд авторов подчеркивают наличие долговременных, отрицательных эффектов переживания боли детьми, возникающей при различных острых и хронических тяжелых заболеваниях. Существует мнение о неадекватном лечении боли, сопровождающей вмешательства лечебного характера, при проведении различных профилактических процедур.

Боль ухудшает качество, восприятие возможностей и полноты жизни детьми разного возраста в случаях различных заболеваний, при прохождении курса лечения, сопровождающегося болезненными медицинскими манипуляциями (Kazak A. et al., 2006; Youssef N.N. et al, 2006). У ребенка, при проведении одной и той же процедуры болевые ощущения могут в различной степени увеличиваться под влиянием негативных внешних факторов (беспокойство, боязнь, отсутствие родителей, тревога самих родителей). Концептуальным основанием данного исследования стали работы К.Г. Юнга, Л.С. Выготского, А.Г. Асмолова, Л.М. Веккера, Ф.Е. Василюка, С.Л. Рубинштейна. Боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, сопровождающееся фактическим или возможным повреждением тканей, или состояние, словесное описание которого соответствует подобному повреждению (Ф.Е. Василюк, 1984).

К проблеме переживания первым в советской психологии обратился Л.С. Выготский. Он считал, что действительной динамической единицей сознания, то есть полной единицей, из которой оно складывается, является переживание. С.Л. Рубинштейн также рассматривал категорию переживания как два аспекта, всегда представленных в сознании человека в единстве и взаимопроникновении, выступающих переживание и знание. Ф.Е. Василюк обращал внимание на то, что существуют особые жизненные критические ситуации, которые ставят субъекта перед необходимостью переживания. Л.М. Веккер подчеркивал, что переживание боли или самочувствия, содержит в себе не только болевые компоненты и поэтому является переживанием, имеющим более сложный психофизиологический состав.

Целью нашего исследования было изучение взаимосвязи «опыта боли» у матери и переживание боли детьми младшего школьного возраста при хроническом соматическом заболевании. В данном исследовании предполагалось, что индивидуальный «опыт боли» у матери – это частота ситуаций возникновения боли, связанной с наличием острых и хронических заболеваний, особенности типа эмоционального реагирования на боль, сложившегося онтогенетически. Определенный тип эмоционального реагирования накладывает отпечаток на восприятие матерью боли у своего ребенка. Если у матери был только эмоционально негативный «болевого опыт», то в любой ситуации «столкновения» с болью в случае хронического соматического заболевания у ее ребенка, мама непроизвольно будет реагировать на него так, будто заболевание возникло у нее самой.

Задачи исследования: 1. Изучить различия в «болевом опыте» у матерей, дети которых находятся на лечении в соматическом стационаре. 2. Проанализировать особенности взаимосвязи переживания боли у детей младшего школьного возраста в условиях хронического соматического заболевания с характером и спецификой «болевого опыта» у матери. 3. Определить эмоциональную реакцию ребенка на боль в связи с «болевым опытом» у матери.

Особенностью терапии детей младшего школьного возраста является их пребывание в соматическом стационаре вместе с мамой. В исследовании принимали участие дети младшего школьного возраста, проходившие лечение в гастроэнтерологическом отделении «Детской областной больницы №1» и их мамы. При проведении исследования использовались следующие методики: «Многомерный вербально-цветовой болевой тест», «Рисунок болезни» и «Цветовой тест отношений». Многомерный вербально-цветовой болевой тест это комплексный экспресс-метод оценки и измерения боли. Он позволяет определить выраженность компонентов болевого синдрома по 7-ми факторам-шкалам, а также получить интегральную количественную (в баллах/процентах) и качественную оценки, отражающие сознательное и бессознательное переживание боли человеком на разных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности. Методика «Рисунок болезни» позволяет выявить более эмоциональное и менее осознанное отношение к своему заболеванию. Подобный метод был использован И.М. Никольской и Р.М. Грановской при изучении отношения к болезни здоровых детей. В целях комплексной обработки полученных данных нами был составлен перечень критериев, в основу в которой были положены традиционные критерии описания тревоги (цвет, сила нажима, характер образа жизни, углы, объем рисунка относительно листа бумаги). Цветовой тест отношений является комплексным невербальным диагностическим методом, отражающим как сознательный, так частично и бессознательный уровни отношений человека. Он опирается на концепцию отношений В.Н. Мясищева, идеи Б.Г. Ананьева об образной природе психических структур любого уровня и представления А.Н. Леонтьева о чувственной ткани смысловых образований личности. Для обработки

экспериментальных данных мы использовали статистические критерий U-Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции r-Спирмена.

В методике «Многомерный вербально-цветовой болевой тест» мы использовали шкалы эмоционального отношения для установления различий между двумя группами детей по уровню переживания боли и шкалу невротизации для определения корреляции между уровнем болевого поведения у матерей и уровнем переживания боли у детей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что существует особая взаимосвязь между переживанием боли у матери и их детей младшего школьного возраста в условии хронического соматического заболевания. Переживание боли у детей, матери которых имеют высокие показатели уровня восприятия боли, превосходят уровень переживания боли у детей, мамы которых имеют низкие показатели восприятия боли (при $p \leq 0,05$). Анализ коэффициента ранговой корреляции r-Спирмена показал высоко значимую корреляцию между показателем уровня болевого поведения у матерей и уровнем переживания боли у детей ($r=0,43$, $p=0,09$). Для определения корреляции между уровнем болевого поведения у матерей и уровнем переживания боли у детей так же был использован коэффициент ранговой корреляции r-Спирмена, который достоверной корреляции не выявил ($p=0,11$). Дети воспринимают и наблюдают эмоциональные реакции матери на различные медицинские манипуляции, которые им назначены. В случаях, когда мама негативно очень «ярко» реагирует на переживание боли ее ребенком, у него непроизвольно «впитывается» и формируется такой же эмоционально негативный тип реагирования на собственную боль, как и у матери. Полученные данные необходимо учитывать при разработке программы психологического сопровождения терапевтических мероприятий для детей, находящихся на лечении в соматическом стационаре.

НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Богущевская Ю.В., Половнева Л.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Патологию желудочно-кишечного тракта отличает упорное, рецидивирующее течение, развитие разнообразных осложнений, в том числе и со стороны психики. Педиатрам приходится сталкиваться с характерологическими и патохарактерологическими реакциями у детей, невротизмом, невротизмоподобными состояниями и другими пограничными расстройствами. При хронических заболеваниях ЖКТ наиболее отчетливо проявляется психосоматическое единство, взаимная связь и обусловленность душевного и телесного в иерархической структуре болезни целостного организма. Истоки многих проблем соматической медицины целесообразно искать в патологии детского возраста, так как именно в этом периоде чаще всего берут начало психосоматические нарушения. При современном понимании механизмов соматических заболеваний невозможно отрицать роль психического компонента в их развитии. Наряду с психическими расстройствами, связанными с самим соматическим заболеванием, нередко имеет место психопатологическая симптоматика, обусловленная реакцией больного на возникновение болезни. Тяжесть реакции зависит от выраженности последствий, которые вызывает соматическое заболевание. В современной психосоматике введено понятие о нозогенных реакциях (А.Б. Смулевич с соавт., 2008-2011). Нозогенные реакции (нозогении) – психогенные расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Проявления нозогений зависят от психологических, социальных, конституциональных (характерологических) и биологических (объективные проявления болезни) факторов. Факторы, влияющие на формирование нозогений: соматические заболевания с острыми нарушениями жизненно важных функций, сопровождающиеся выраженным страхом; частые обострения заболеваний, связанные с неблагоприятными внешними воздействиями (в том числе эмоциональными); «контролируемость» симптомов (возможность влиять на проявления болезни); ограничения из-за соматического заболевания в быту и профессиональной деятельности; первостепенная роль среди психологических и социальных факторов, влияющих на формирование нозогений принадлежит отношению пациента к собственному заболеванию. В соответствии с концепцией о внутренней картине болезни (ВКБ) отношение сводится к двум полярным позициям: гипернозогнозия (высокая субъективная значимость физического неблагополучия) и гипонозогнозия (низкая субъективная значимость физического неблагополучия). Гипернозогнозия – яркая, преувеличенная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью. Тяжесть заболевания преувеличена, формируется заниженная модель ожидаемых результатов. Гипонозогнозия – это игнорирование больными своей болезни, пренебрежительное отношение к лечению, когда симптомы болезни и ее

течение эмоционально недооцениваются. Больной знает о своей болезни, ее прогнозе, но это не вызывает у него эмоций тревоги и беспокойства (при сохранении эмоциональной живости в других вопросах). Модель ожидаемых результатов у них завышена. Гипонозогнозия может быть осознанной и неосознанной (зависит от особенностей личности больного). Первая систематизация психологических изменений, связанных с протеканием болезни, принадлежит немецкому неврологу А. Гольдшейдеру (1929). Он разработал учение об «аллопластической и аутопластической картине заболевания». В последние годы отмечен рост заболеваемости органов пищеварения у детей, страдает каждый 8–10-й ребенок (В.А. Скумин, 2005). Психосоматическая патология ЖКТ у детей и подростков выражается в эмоциональных нарушениях, проявляющихся в локализованных вегетативно-висцеральных реакциях и аффективных расстройствах. Она возникает, как правило, в раннем детстве при функциональном перенапряжении пищеварительной системы и конституциональной предрасположенности к гастроэнтерологическим расстройствам. Н. Freyberger (1999) причину язвенной болезни видит в прегенитальных расстройствах развития, которые приводят к формированию псевдозависимой или зависимой личности. У одних формируется конфликт зависимости-независимости, у других – конфликт близости-дистанцирования. Для проявления клинической картины язвенной болезни имеет значение подавление сознательных или подсознательных желаний зависимости. Подавление агрессивных реакций разочарования во избежание развития страха потери объекта приводят к стимулированию секреции желудочного сока и переносу состояния равновесия между агрессивными и защитными факторами в желудочно-дуоденальную область. Ряд авторов считают, что именно психические, а не физические нарушения обуславливают во многих случаях социальную неприспособленность детей (Марилев В.В., Орестова Т.Ю., 2005).

Целью настоящего исследования являлось изучение нозогенных реакций у детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ. Обследовано 30 детей, находящихся на стационарном лечении в отделение гастроэнтерологии ОДКБ города Курска с диагнозами: хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчных путей, неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки. Методы исследования: клинико-психопатологический, психологический Опросник ЛОБИ. Среди госпитализированных было 18 девочек и 12 мальчиков возрасте от 9 до 15 лет.

При анализе результатов у обследованных нами детей были выявлены следующие типы отношения к болезни: анозогнозический, тревожный и неврастенический. Особенностью анозогнозического типа являются активное отрицание мыслей о болезни и ее последствиях, пренебрежительное отношение к болезни и как следствие этого – нежелание принимать назначенное лечение. Дети с таким отношением к болезни склонны нарушать лечебный режим, пропускать процедуры, отказываются принимать фармакологические препараты. Тревожный тип отношения к болезни отличается беспокойством и

мнительностью в отношении благоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни, ее лечении, угнетенным настроением. Дети с указанным типом отношения к болезни достаточно ответственно относятся к назначениям врача, но проявляют излишнее любопытство к механизмам действия препаратов, их побочным эффектам, интересуются медицинской информацией о течении заболевания, его осложнениях. В силу возрастных особенностей развития интеллекта они не всегда правильно понимают прочитанную слишком сложную для них медицинскую информацию, тем самым развивают у себя напрасные опасения в плане выздоровления, повышают уровень тревожности, который отрицательно может сказаться на эффективности лечения. Неврастенический тип отношения характеризуется раздражительностью, нетерпеливостью, особенно в болезненных ситуациях. Такие дети очень чувствительны даже к привычным внешним раздражителям (громким звукам, шуму, более яркому свету), часто капризничают без повода, быстро утомляются при повседневных нагрузках. Указанные патологические варианты отношений к болезни создают дополнительные сложности в проведении терапевтических мероприятий и требуют психокоррекционного вмешательства.

Полученные результаты будут использованы для составления психокоррекционных программ в комплексном лечении детей с психосоматической патологией ЖКТ. Лечение должно быть направлено не только на восстановление пораженного органа пищеварительного тракта (соматические процессы), но и на измененные в связи с болезнью психические функции, психологические качества формирующейся личности детей, т.е. «психическую составляющую» хронического заболевания целостного организма.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КАЧЕСТВА КОНТАКТА МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 – 4 МЕСЯЦЕВ

Бурухина А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Актуальность изучения выбранной нами темы связана, во-первых, с важностью раннего возраста для дальнейшего развития человека (Л.С. Выготский, М.И. Лисина, Д.Б. Эльконин, Дж. Боулби, Д.В. Винникотт, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, Э. Эриксон). Во-вторых, с необходимостью разработки диагностических критериев характера контакта и расширения теоретических знаний о контакте в диаде мать – ребенок в младенческом возрасте, его роли в развитии и становлении личности ребенка. В-третьих, с возможностью использования результатов исследования в психологическом сопровождении матери и ребенка до года.

Особую роль в развитии области изучения эмоциональной связи и привязанности ребенка к матери в зарубежной психологии оказали Д.В. Винникотт, Дж. Боулби, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, которые подчеркивают наличие у младенца особой потребности в контакте с матерью, качество которого зависит от определенных личностных характеристик матери и которое оказывает одно из определяющих значений на развитие чувства безопасности, защищенности и доверия, что в свою очередь сказывается на дальнейшем психическом развитии ребенка. Кроме того, в отечественной психологии теме раннего развития ребенка уделяли особое внимание Л.С. Выготский, М.И. Лисина, Р.Ж. Мухамедрахимов, которые также подчеркивали значимость и влияние развития эмоциональных отношений, возникающих между матерью и ребенком на психическое развитие человека. Авторы указывают, что качество и характер контакта между матерью и ребенком во многом определяется личностными характеристиками матери и ее внутренним ощущением себя как «хорошей мамы» (Д.В. Винникотт, К. Хорни, Г.Г. Филиппова), а также способностью матери вступать в контакт с миром (А. Лэнгле).

Понятие контакта не так активно описывается в литературе, однако различные подходы как отечественные, так и зарубежные ссылаются на него, вкладывая при этом в определение свой смысл, в зависимости от контекста изучаемой проблемы. Так зарубежная и отечественная социальная психология ссылаются на понятие контакта, рассматривая процессы социального взаимодействия (Д. Майерс, Г.М. Андреева, Л.Д. Столяренко), изучению феноменологии контакта уделяет внимание гештальт подход (С. Гингер, И.А. Погодин), а также особую роль контакту придает экзистенциальная философия М. Бубера при рассмотрении феноменологии «Я – ты» отношений. Применительно к социальным отношениям контакт - рассматривается как ощущение, что «ты» присутствуешь с другим человеком и для него, видишь его, говоришь ему, при этом сохраняя высокую чувствительность к себе, своим реакциям, переживаниям, мыслям, фантазиям. Контакт матери и ребенка формируется в процессе общения и взаимодействия (Л.С. Выготский, М.И.

Лисина). Кроме того, качество контакта, возникающего между матерью и ребенком на ранних этапах развития, может быть различным, в зависимости от наличия или отсутствия у матери позитивного отношения к себе как к родителю и способа реагирования ребенка на воздействия и стимуляцию матери (Р.А. Шпиц, Д. Боулби, Д.В. Винникотт, Е.О. Смирнова, Н.Н. Авдеева, М.И. Лисина).

Таким образом, в нашем исследовании мы предполагаем, что существуют различные типы контакта в диаде мать - ребенок 3 – 4 месяцев и, что психологические особенности личности матери, такие как экзистенциальная наполненность и субъективная удовлетворенность своей ролью матери взаимосвязаны с различными типами контакта.

Целями нашего исследования являются - выделить и охарактеризовать различные типы контакта в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев, а также изучить взаимосвязь психологических особенностей личности матери с типом контакта в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев.

На основе теоретического анализа проблемы была разработана структура эмпирического исследования, включающая 2 этапа, каждый из которых был направлен на решение соответствующих задач. Для решения поставленных задач и проверки исходных гипотез был применен комплекс методов: наблюдение, авторская модификация «Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (Manheim), авторская модификация методики Дембо – Рубинштейн для выявления уровня субъективной удовлетворенности себя как «хорошей матери», контент – анализ «Моя новая роль мамы», «шкала экзистенции» А. Ленгли, К. Орглер. Количественный анализ данных подвергался статистической обработке (коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена, N критерий Крускала – Уоллиса).

Исследование проводилось на базе детской поликлиники № 8 г. Курска с 25 января по 4 апреля 2010 г. В исследовании принимали участие 14 женщин в возрасте 19 – 27 лет и их младенцы в возрасте 3 – 4 месяцев, от первой беременности и первых родов.

На основе качественного и количественного анализа были выделены и качественно описаны 3 существенно различающихся типа контакта. Наиболее благоприятным типом контакта мы считаем контакт, в котором обнаруживается единство матери и младенца с высокой степенью позитивного эмоционального взаимоприятия. Такие взаимоотношения характеризуются близостью, чувствительностью и взаимообменом реакций друг к другу. Мы предполагаем, что из данного типа контакта в дальнейшем сформируется надежный тип привязанности, так как при анализе данного типа контакта мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при надежном типе привязанности. Поэтому данный тип контакта мы назвали надежным типом контакта. Кроме того, мы обнаружили группу взаимодействий матери и ребенка с неблагоприятным типом контакта, в этой группе мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при тревожно-избегающем типе привязанности. Поэтому данный тип контакта мы обозначили

– как тревожно-избегающий тип контакта, который характеризуется отдельным существованием, взаимодействием и отсутствием диалога между матерью и младенцем, несмотря на то, что они находятся вблизи друг к другу. Кроме того, существенными характеристиками матери при данном типе контакта являются ориентированность не на ребенка, а на событиях окружающей среды, отсутствие чувствительности по отношению к ребенку и его реакциям, вследствие этого матери не замечают, что ребенку не нравится та стимуляция, которую мать использует для привлечения внимания ребенка, и предпринимают попытки навязывания ребенку того, от чего он отвращается и реагирует отрицательной эмоциональной реакцией. Мы предполагаем, что данный тип контакта в дальнейшем может развиваться в тревожно-избегающий тип привязанности. В третьей группе мы заметили схожие проявления взаимодействия матери и ребенка, что и при амбивалентном (симбиотическом) типе привязанности, поэтому данный тип контакта мы обозначили – как амбивалентный тип контакта матери и младенца. Одной из важных характеристик амбивалентного типа контакта матери и младенца, обнаруженных нами является амбивалентность, непостоянность контакта, возникающего между ними. Матери, у которых наблюдается амбивалентный тип контакта с младенцем характеризуются, прежде всего, преобладанием в их поведении ориентированности не на ребенка, а в основном на себе, своих чувствах и событиях, происходящих в окружающей среде. Такие матери умеют устанавливать контакт с младенцами, вступая с ними в диалог – с одной стороны они предпринимают попытки установления контакта, устанавливают его, но с другой стороны после этого прерывают его, отвлекаясь на себя или события извне, оставляя при этом младенца «наедине с собой». Непостоянство и амбивалентность материнского поведения отражается на поведении и реакциях младенца, складывается впечатление, что ребенок испытывает неуверенность в поведении матери и постепенно приспосабливается к таким изменениям, пытаясь отвлечься на внешнюю среду. Такие дети практически не проявляют голоса, складывается впечатление о фрустрированности таких младенцев.

В результате определения типов контакта с помощью наблюдения и количественной обработки данных мы получили следующие результаты: 1) надежный тип контакта (14%), 2) тревожно - избегающий тип контакта (14%) и 3) амбивалентный тип контакта (72%).

Кроме того, мы обнаружили взаимосвязь между проявлениями матерей и младенцев, выявленных на основе модификации Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте при помощи метода математической статистики (коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена). А именно - мы обнаружили значимую отрицательную корреляцию стимуляции у матерей и реакцией на стимуляцию у младенцев, которая свидетельствует о том, что при повышении стимуляции со стороны матери реакция на эту стимуляцию у младенцев снижается.

Далее обратимся к результатам, полученным нами во втором этапе эксперимента. По результатам второго этапа исследования были выявлены

различия психологических особенностей личности матери в зависимости от типа контакта. А именно было обнаружено, что матери с надежным типом контакта отличаются такими характеристиками как: самодистанцирование, проявляющейся в способности матери абстрагироваться от самой себя на некоторую дистанцию, которая позволяет взглянуть на мир более свободно, для того, чтобы «выходить» за рамки себя и смотреть на ситуацию со стороны и гармоничное соотношение положительных и отрицательных чувств, которое указывает на чувствительность и эмоциональную вовлеченность в контакт и освоение роли матери, не только на уровне оценок, но и чувственного переживания этого опыта.

Стоит отметить, что обнаружить существенные различия в особенностях проявлений матери в группах с амбивалентным и тревожно-избегающим типом контакта нам не удалось, однако, группа матерей с тревожно – избегающим типом контакта характеризуется наиболее отличными по сравнению с другими типами контакта психологическими особенностями личности матери. Это отличие нам трудно проинтерпретировать с качеством контакта, который у них наблюдается с ребенком, и мы предполагаем, что такие противоречивые данные нуждаются в дальнейшем экспериментальном исследовании.

Анализируя полученные результаты можно сделать следующие выводы, что существуют различные типы контакта матери и ребенка 3 – 4 месяцев. В работе выделены и даны характеристики трем типам контакта.

А также существует взаимосвязь психологических особенностей личности матери с типами контакта матери и ребенка 3 – 4 месяцев. Нами установлены взаимосвязь между особенностями личности матери и типом контакта.

Литература:

1. Авдеева Н.Н. «Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве» Вопросы психологии – 1997 - № 4, с. 3-12.
2. Филлипова Г.Г. «Психология материнства» - М.: Издательство института психотерапии – 2002.
3. Боулби Дж. «Создание и разрушение эмоциональных связей» - М.: Академический проект - 2004, с. 345.
4. Винникотт Д.В. «Маленькие дети и их родители» - М.: Независимая фирма «класс» - 1998, с. 80.
5. Стерн Д.Н. «Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития» - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа – 2006, с. 376.
6. Шпиц Р.А., У. Годфри Коблинер «Первый год жизни» - М.: Академический проект – 2006, с. 352.

НАУЧЕНИЕ МАТЕРЕЙ РАСПОЗНАВАНИЮ ЛИЧНОСТНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ВНЕШНИМ МОДУСАМ

Бурыкина М.Ю.

Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского, г. Брянск, Россия

Механизмы преодоления конфликтности детско-родительских отношений к личностному развитию дошкольника О.С. Дайновская, Е.П. Крупник, (1999), Е.Л. Пороцкая (2000) рассматривают на основании двух определяющих параметров родительской позиции: эмоциональное отношение родителей к ребенку и способы воздействия родителей на ребенка. Первым параметром является отношение родителя к развитию ребенка: принятие необходимости своего активного участия в этом процессе либо отстранение от него. В качестве второго параметра выступают способы воздействия родителя на развитие ребенка, учитывающие особенности возраста и содействующие наиболее полной реализации его возможностей, либо направленные на ускорение развития без учета с возрастных особенностей ребенка [83].

Центральными звеньями коррекционной работы с матерями нами определены: благоприятное развитие детско-родительских отношений, формирование представлений о личностных потребностях детей и их осознание матерями, обучение матерей распознаванию содержания собственных личностных потребностей и их детей по внешним модусам. Остановимся на этих позициях более подробно.

Главным условием успешного появления и реализации личностных потребностей детей дошкольного возраста является *благоприятное развитие детско-родительских отношений*. По справедливому утверждению В.Н. Мясищева (1950), отношение воплощается во взаимодействиях человека с человеком. Отношение эмоционально окрашивает любые связи индивида с внешним миром, выступает индикатором и средством выражения и объективизации всех действий человека. Через отношение определяется система потребностей, мотивов, влечений человека.

Психологическая коррекция межличностных отношений, по мнению Ташлыкова, включает в себя два взаимосвязанных психологических процесса - осознание и реконструкция отношений личности. Первый процесс – осознание - заключается в постепенном расширении сферы самосознания человека, понимании им истинных источников собственных негативных переживаний посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании человека представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Второй - реконструкция отношений личности в соответствии со степенью осознания нарушенных механизмов и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Глубина осознания может быть разноуровневой, считает Ташлыков, и выделяет три уровня осознания. Первый уровень касается понимания человеком новых представлений о своем дезадаптивном поведении в условиях

патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими людьми. Второй уровень отражает осмысление человеком тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его защитного поведения. На этом уровне осознания человек не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. Третий уровень глубины понимания генеза своего состояния связан с осознанием человеком нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе его негативных чувств и форм поведения, неадекватности системы его отношений.

Формирование представлений о личностных потребностях и их осознание матерями – первостепенная задача в коррекции детско-материнских отношений. Н.П. Коваленко, Н.А. Гительсон-Москвичева, Н.В. Пятибратова (2001) отмечают, что эмоциональный разрыв между матерью и ребенком формируется в результате неинформированности матери о состоянии своего ребенка, неготовности матери к материнству. К причинам дисгармоничного становления роли матери авторы относят: нарушение общения женщины со своей матерью, бабушкой; дисгармоничные отношения матери и отца. Истинная гармония возможна на основе искренних эмоций отца и матери по отношению друг к другу. Н.П. Коваленко вводит понятие "сознательное материнство", отражающее эмоциональное принятие ребенка, формирование у родителя позитивной эмоциональной динамики. С этой целью в практику пренатального психологического сопровождения автором введены "ресурсная арт-терапия беременных", беседы, пение, рассказывание сказок плоду, "танцующие и поющие роды" и другое.

Е.А. Бачева указывает на необходимость обучения родителей быть счастливыми. Родительское образование строится на обучении диалогу между ребенком и родителем. Написание писем детьми родителям, уроки создания эмоциональноположительной атмосферы в семье - это и многое другое включено автором в процесс обучения "быть родителями".

Д. Грэхэм (1993) отмечает, что стимуляция личностного роста, расширение внутренних ресурсов и потенциалов матери, осмысление собственных переживаний позволит преодолеть ряд психологических проблем, среди которых - искаженное восприятие собственного "Я", окружения, катастрофическая оценка перспективы и чувства собственной неполноценности, хроническое ощущение униженности, подавленности, многочисленные фобии. Особое место отводится автором изменению вектора состояниям сознания, ориентированию его на достижение желаемых изменений в психологическом самоощущении.

На необходимость коррекции компенсаторного родительского поведения, в котором ребенок рассматривается как объект удовлетворения потребностей родителей, указывает А.С. Спиваковская (1988). Потребность в эмоциональной привязанности удовлетворяется родителем бессознательно путем сохранения близости с ребенком. Блокируя самостоятельные действия ребенка, мать воспринимает как угрозу отдаление ребенка и повышение значимости для него

других людей. Преобладание мотивов реализации потребности в достижении приводит к насыщению жизни ребенка развивающими занятиями, часто без учета желаний ребенка. Под влиянием данного мотива усиливается значимость социальных требований и стандартов в ущерб эмоциональной насыщенности отношений с ребенком.

Процесс обучения матерей распознаванию содержания личностных потребностей по внешним модусам включает общие позиции любого образовательного воздействия. В содержательном аспекте важно определить наиболее эффективные способы обучения распознаванию личностных потребностей детей дошкольного возраста. Д. Макклелланд (2007) предложил метод обнаружения скрытых потребностей посредством фантазирования, сочинения рассказов на заданную тематику, в процессе которых актуализировалась неудовлетворенная потребность и проявлялась в скрытых диспозициях, в высказываниях, где кодировались ассоциации, связанные с потребностями человека. По количеству высказываний можно судить о силе и значимости потребности. «Следы» потребности находятся, по мнению автора вслед за психоаналитиками, в области перцепции, апперцепции, воображения [202].

Осознавая объективные причины и условия, породившие потребностный конфликт, утверждает В.Н. Мясищев (1950), человек в состоянии изменить свое отношение к нему. Если же этого не происходит, то возникшая в конфликте дезинтеграция личности сохраняется и углубляется, происходит большая или меньшая деформация структуры личности и приспособление к деятельности совершается на более низком уровне.

Придание зримой формы неудовлетворенным скрытым личностным потребностям обеспечивает изображение содержания личностной потребности, механическое вызывание ее образа при помощи мыслеобразов (мыслеформ) непосредственно в своем уме, т.е. визуализация (К.Г. Юнг, 1950, 2002; В.П. Зинченко, 1983; Н.А. Резник, 1997 и другие). В результате визуализации, как определяет В.П. Зинченко (1983), происходит «порождение новых образов, создаются новые визуальные формы», несущие определенную смысловую нагрузку и делающие «значение видимым». Новые визуальные формы, по мнению Н.А. Резник (1997), активно трансформируют и делают обозримыми внутренний смысл объекта и приводят к содержательным результатам переработки информации.

Как психологический метод преобразования невидимого для человеческого глаза поля, визуализация подразделяется на созидательную (создание мысле- образов), направленную (например, на успех, В.В. Козлов, 2009), мысленную (программирование ситуации, внутренний диалог), позитивную и творческую. Мысленная визуализация может основываться не только на внутреннем, но и внешнем диалоге, в процессе которого формализуется процесс контакта и систематизируется получаемая информация. При позитивной визуализации состояний внутренний мир становится видимым и понятным как самому себе, так и другим. Рисунок усиливает и делает ясным

визуализированный образ. Рисунок помогает задействовать большую часть модальностей образа и обозначать словами, «что вижу» (Г. Шоттенлоэр, 2001).

Поскольку наша коррекционная работа проводилась с матерями - педагогами, то необходимо указать на специфику психологической работы именно с данной категорией. Н.В. Макарова (2002) указывает, что в коррекционной работе с педагогами по преодолению деструктивных психологических защит важно сформировать умение фиксировать защиты, овладеть алгоритмом их осознания, снизить чувствительность к угрозе в сфере профессионального взаимодействия, овладение приемами личностно-ориентированного взаимодействия, приемами самораскрытия, копинг-стратегиями.

За основу коррекционной работы нами взят феноменологический подход к обучению матерей (на примере матерей-педагогов) распознавать, осознавать и изменять свое отношение к собственным личностным потребностям и личностным потребностям своих детей. Процесс формирования и развития личностных потребностей детей дошкольного возраста находится в тесной связи с характером взаимодействия ребенка с окружающими его людьми и, прежде всего с матерью. Выделим принципы формирования и развития личностных потребностей детей дошкольного возраста:

- относительной независимости личностной потребности;
- объективности личностной потребности;
- развития личностных потребностей в деятельности;
- самоорганизации личностной потребности;
- содержательности и предметности личностной потребности;
- субъективности переживания образа личностной потребности;
- смыслообразования.

Принцип относительной независимости личностной потребности. Относительная независимость потребности позволяет ставить задачу «не борьбы с потребностями человека» (А.Н. Леонтьев, 1971) в его иерархии, а создания условий для удовлетворения каждой отдельно взятой потребности новыми способами, их переопределения в новых мотивах. Сознание и самосознание выступают в таком случае как посредники этого процесса. Эффект воздействия выходит за пределы сознания – в реальную деятельность, в реальное общение субъекта. (А.Н. Леонтьев, 1971; В.В. Столин, 1989).

Принцип объективности личностной потребности. Личностные потребности детей дошкольного возраста формируются в процессе освоения объективной социальной действительности и развиваются в процессе социализации, вхождения ребенка в мир общественных отношений, овладения им материальной и духовной культурой человечества (А.Н. Леонтьев, 1971). Объективность личностных потребностей проявляется в их социальном содержании, происхождении и в способах реализации (удовлетворения) только в условиях социального взаимодействия с другими людьми.

Принцип развития личностных потребностей в деятельности. В процессе актуализации личностных потребностей, порождаемых деятельностью, возникает состояние операционной напряженности, которое

характеризуется направленностью потребностей на сам процесс и содержание деятельности (А.Н. Леонтьев, 1971; В.О. Овчинникова, 2001). Производные личностные потребности в ходе исторического, экономического развития общества и производства изменяются и развиваются. Поэтому освоение способов их реализации является для дошкольника важной задачей.

Принцип самоорганизации личностной потребности. Е.П. Ильин (2006) вслед за И.П. Павловым (1904), А.Н. Леонтьевым (1971) отмечает, что потребность, как самоорганизующая система, является одной из побудительных сил, детерминирующей психическую активность человека. Важно, создать такие условия, чтобы потребность, выступающая как оперативное состояние, заряженное энергией побуждения, в определенный момент появилась, самоорганизовалась.

Принцип содержательности и предметности личностной потребности. Личностная потребность имеет тройное психологическое содержание. Со стороны целостности личности выступает как побудитель взаимодействия с окружающими людьми для нормального функционирования ребенка в обществе. Со стороны деятельности потребность приобретает свое содержание благодаря удовлетворяющему ее предмету деятельности (А.Г. Маслоу, 1999; А.Н. Леонтьев, 1971; В.В. Столин, 1989 и другие). С третьей стороны, личностная потребность управляет поведением, обозначает функциональный «выход» и «вход» потребностной энергии в процессы отражения (А.Н. Леонтьев, 1971), через которые формируется и распознается потребностный опыт ребенка.

Принцип субъективности переживания образа личностной потребности. Эмоционально окрашенные переживания образа личностной потребности субъективно отражаются в понимании, в чем состоит предмет желания. Когнитивный образ предмета потребности и ее состояния удовлетворения находит отражение в эмоциональных проявлениях (Л.С. Выготский, 1924; В.К. Вилюнас, 1986; С. Л. Рубинштейн, 1944). Личностная потребность через пристрастность указывает на свои предметы переживающему субъекту, существуя объективно в образе предмета и проявляясь в его способности вызывать ориентировочные процессы и деятельность. Подчеркивая пристрастность потребности, В.К. Вилюнас (1986); А.Н. Леонтьев (1971) тем самым акцентируют внимание на процессах смыслообразования.

Принцип смыслообразования. Смысл возникает вслед за эмоцией, в результате разрешения субъектом личностной потребности. Между смысловыми и эмоциональными явлениями не может быть прослежена различительная грань, справедливо отмечают А.Н. Леонтьев (1971), Д.А. Леонтьев (1999). Если мотив как опредмеченная потребность порождает многочисленные эмоциональные переживания, направленные на определенные аспекты ситуации и своим качеством выражают их значимость, то предмет, отвечающий потребности, способен породить деятельность при условии пристрастно-эмоционального отношения. Это отношение порождает ситуативные эмоционально-смысловые образования (А.Н. Леонтьев, 1971; Д.А. Леонтьев, 1999), которые, в свою очередь, могут порождаться не только

отношениями между мотивом и целями, но и отношениями между действиями и потребностями субъекта (В.В. Субботский, 1977; Б.С. Братусь, 1988).

Психолого-педагогическая коррекция материнского отношения как детерминанты формирования и развития личностных потребностей детей дошкольного возраста осуществлялась по следующим направлениям:

1. Осознавание матерями своих личностных потребностей и личностных потребностях своих детей.
2. Формирование у матерей представлений о гармонии и дисгармонии личностных потребностей детей, формах их выражения.
3. Обучение матерей распознаванию дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста по эмоциональным состояниям, поведенческим модусам своих детей (через движения, образы, ассоциации, эмоциональные реакции).
4. Обучение матерей взаимодействию с детьми, адекватному их возрасту, возможностям и личностным потребностям детей дошкольного возраста; принятию своего ребенка.

Нами выявлены наиболее эффективные условия психолого-педагогической коррекции материнского отношения с целью преодоления дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста:

- преодоление дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста будет эффективным, если мать своевременно сможет распознавать личностные потребности ребенка;
- если необходимость коррекционного воздействия очевидна в случае дисгармонизации личностных потребностей детей дошкольного возраста, то необходимо корректировать замещающее неадекватное поведение детей и отношение к ним матерей;
- процесс коррекционного воздействия будет успешным, если матери проявляют заинтересованность в своевременном, адекватном возрасту и возможностям детей личностном развитии ребенка;
- если коррекция материнского отношения к своим детям дошкольного возраста осуществляется посредством организации индивидуальной и групповой работы, направленной на психологическую поддержку и улучшение эмоционального состояния матерей, то распознавание собственных личностных потребностей в диалоге с другими матерями способствует обучению их способам эффективного общения со своим ребёнком и его принятию в контексте ведущей деятельности.

Содержание программы коррекционной работы с матерями реализовывалось нами в несколько этапов: пропедевтический, вводный, развивающий, рефлексивно-оценочный. На каждом из этапов проводится цикл занятий с матерями.

Первый цикл информационных и практико-ориентированных занятий проводился с матерями, объединенными в клубе «Молодая семья». Для нас стало важным предоставить матерям возможность общаться друг с другом. Заседания клуба проводились в течение месяца, с частотой 1-2 раза в неделю. Кроме того, письменный анализ наблюдений за детьми и самонаблюдение за

собственными состояниями позволили повысить эффективность психологического сопровождения матерей с целью преодоления дисгармонии личностных потребностей матерей и их детей.

Второй цикл содержит занятия матери со своим ребенком на основе арт-терапии. Обязательным условием их проведения является создание ситуации успеха, которая позволяет ребенку свободно выражать свои мысли, чувства в процессе рисования и театральной деятельности. Работа организовывалась по принципу «рядом» без вмешательства матери в деятельность ребенка. Выполняя одни и те же действия «рядом» со сходными материалами или предметами, матери переходят от контроля за действиями детей к сфере собственных переживаний. Ребенок освобождается от опеки в совместной деятельности и становится свободным в выборе действий. В завершение равнозначные совместные переживания обсуждаются матерью и ребенком по типу «обратной связи».

Следующий цикл занятий был направлен на создание образов взаимодействия со взрослыми и сверстниками у детей дошкольного возраста и их матерей, отреагирование эмоциональных состояний в ходе проигрывания театрализованных действий, отражающих реальные ситуации из детской жизни. Предпочтение отдавалось режиссерским играм с куклами бибабо. В этих ситуациях матерям предоставлялась возможность принять роль «ребенка», прожить ее опосредованно действиями куклы и осознать собственные личностные потребности и личностные потребности своего ребенка.

В ходе этих занятий решались следующие задачи:

- обучение матерей и детей различению личностных потребностей по эмоциональному состоянию «партнера», по его проявлению и выражению через мимику, пантомимику, интонацию, на основе самовосприятия (когнитивный компонент) или по визуальному представлению образа личностной потребности и описанию его модальностей (сенсорный компонент);

- формирование навыков адекватного эмоционального отреагирования на совершенное действие или поступок «героя» ситуации (поведенческий компонент);

- обучение адекватному сопереживанию «герою» ситуации (эмоциональный компонент);

- обучение эмоциональному предвосхищению последствий своих действий и действий «героя» ситуации (эмоциональный компонент).

Описывая свои ощущения и обсуждая свои состояния, матери в основном осмысливали собственные личностные потребности, что является условием изменения отношения к своим детям и их принятия. Нами представлены промежуточные результаты, так как работа по коррекции дисгармонии личностных потребностей требует более длительного периода и продолжается. Комплексная коррекционная работа, направленная на формирование рефлексивного опыта матерей – педагогов, позволит им перенести свой накопленный опыт самосовершенствования в работу с родителями в условиях общеобразовательных учреждений.

На наш взгляд, наиболее эффективными способами работы с матерями стали:

- диалоги-визуализации, где каждый участник программы индивидуально высказывал свое мнение, а затем всей группой находили оптимальное решение проблемы;
- элементы тренинга, проигрывание и переживание реальных эмоционально значимых ситуаций, решение ситуационных задач в контексте собственных потребностных переживаний матери;
- совместные занятия матери и ребенка, направленные на их сближение, понимание друг друга (домашние задания).

В ходе организации диалога-визуализации первым шагом к принятию собственного ребенка является умение принимать любую позицию и точку зрения собеседника. Понимание выступает в качестве главного средства осуществления диалога (М.М. Бахтин, 1979) [30]. Именно в диалоге-визуализации матери научаются представлять в воображении, «в визуальной модальности» (визуализировать) свои личностные потребности и потребности партнера по диалогу, осмысливать их, анализируя собственный опыт взаимодействия с ребенком. Наиболее эмоционально значимыми оказались такие темы диалогов, как «Я - ребенок», «Мой ребенок», «Мой ребенок во мне» и другие.

Диалоги-визуализации часто включаются в ситуационные игры, где используются рисунки, изготовленные из различным материалов куклы, с помощью которых воспроизводится и изменяется ситуация взаимоотношений матерей с детьми. Решение ситуационных задач предполагает обдумывание, принятие решения об изменении замещающего поведения матери и ребенка, устранение дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста. В этом процессе решаются следующие задачи: а) вызвать желание изменить замещающее поведение в себе и ребенке, осмыслить свойства сформированного поведения в смысле качества, быстроты, размаха, широты, интенсивности и т. д.; б) изменить определенное поведение, устранить некоторые свойства имеющегося замещающего поведения, если они нежелательны для матери и ребенка.

В процессе диалогов-визуализации, решении ситуационных задач в контексте собственных личностно-потребностных переживаний матери наблюдали и фиксировали:

а) когнитивные модусы:

- какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление признаков замещающего поведения;
- какая личностная потребность не удовлетворена и какую она побуждает форму замещающего поведения;
- как воспринимается замещающее поведение матери и ребенка другими людьми, какие последствия имеет такое поведение;
- какую собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении замещающего поведения определяют матери, каким

путем можно изменить отношение к ребенку, чтобы преодолеть замещающее поведение;

б) сенсорные модусы:

- какие ощущения и переживания возникают при описании личностно-потребностного опыта матери и ребенка;

- какие по модальности образы личностных потребностей и их состояний возникают у матери;

в) эмоциональные модусы:

- проявления эмоций, связанных с принятием, поддержкой и взаимопомощью в группе матерей, а также в процессе воспроизведения эмоционально-значимых ситуаций, которые были у матери в реальной жизни, и с которыми она не могла справиться;

- эмоциональные реакции в процессе восприятия себя самого и своих отношений с ребенком;

- какие эмоциональные реакции сопровождают замещающее поведение матери и ребенка в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

г) поведенческие модусы:

- неадекватные поведенческие стереотипы, неадекватные замещающие действия;

- характер межличностного взаимодействия в группе;

- сотрудничество, ответственность, самостоятельность в принятии решения;

Оценке личностно-потребностного опыта ребенка предшествует рефлексия переживания личностно-потребностного опыта матери в связи с родительскими установками в ее семье. Эмоциональная поддержка и принятие матери группой, признание ее значимости, уникальности ее внутреннего мира исходит из ее отношений, установок и ценностей.

Конструктивная переработка содержания собственных личностных потребностей, самопонимание и самопринятие, как отмечает В.А. Ташлыков (1961), связаны согласованием собственных представлений с получаемой информацией о себе. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию новой информации о себе и обостряет действия замещения. Позитивная самооценка, как отмечает автор, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает человека более открытым для новой информации и нового опыта. Эмоциональная поддержка группы оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корригирующее эмоциональное воздействие на отношение к себе. Группа выступает как модель реального поведения человека, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы и создает условия для исследования человеком собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Все это создает благоприятные предпосылки

для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни [311].

Промежуточные результаты показали, что взаимодействия матерей и их детей носят позитивную тенденцию. В межличностном взаимодействии появились новые формы поведения (принятие, кооперирование), которые способствуют позитивному адекватному отношению матери к ребенку; матери научились искренне выражать чувства по отношению к себе и своим детям, более точно понимать и принимать, вербализовать собственные эмоциональные состояния. В отношениях матерей к детям увеличилось количество сторонников кооперации (от 0 до 20% в целом по выборке матерей-педагогов), хотя достаточно высокий процент женщин, находящихся в поле симбиотических и авторитарных взглядов (33%). В большинстве случаев матерям из неполных семей их ребенок стал нравиться таким, какой он есть. Они стали понимать и уважать индивидуальность ребенка, симпатизировать ему, проявлять искренний интерес к деятельности и мыслям ребенка, ценить его способности и мнения, поощрять инициативу. Освоенный опыт взаимодействия с детьми матери переносят в работу с родителями в общеобразовательных учреждениях.

Для оценки поведенческой составляющей материнского отношения требуется отсроченный период. В целом в поведении матерей (на примере матерей-педагогов) еще сохраняется общая тенденция чрезмерно опекать и строго контролировать ребенка либо инфантилизировать его, что зачастую приводит к негативным последствиям как в полной, так и неполной семье. Эти три типа материнского отношения являются взаимосвязанными: если мать не доверяет ребёнку, не верит в его самостоятельность, она должна осуществлять строгий контроль за его поведением. Контакты матери и ребенка в неполной семье усугубляются негативным влиянием материнского отношения на формирование личности ребенка-дошкольника, поэтому задача матери - овладение конструктивными приемами общения с ребенком, преодоление стремления к чрезмерному контролю и гиперопеке.

Авторский словарь терминов:

РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В ИЗМЕНЕНИИ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НА ПРИМЕРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ *

Василенко Т.Д., Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В настоящее время становится актуальным рассмотрение ситуации болезни с позиций социальной психологии [1], так как исследования, проводимые в рамках клинической психологии, затрагивая ряд важнейших особенностей личности, в недостаточной степени раскрывают социально-психологические аспекты ситуации заболевания, которые играют важную роль в функционировании личности. Рассмотрение личности в ситуации хронического соматического заболевания с позиций социальной психологии достаточно редко встречается в современной отечественной литературе, хотя существуют зарубежные исследования, рассматривающие социально-психологические аспекты функционирования личности в ситуации соматического заболевания [2].

Заболевание деформирует жизненно-смысловую перспективу, «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего» [3]. При этом, наряду с физическими изменениями в организме, болезнь, формируя новую «социальную ситуацию развития» [4], нарушает сформировавшиеся паттерны поведения и деятельности, разрушает социальные связи, запускает работу психических процессов, направленных на осмысление сложившейся ситуации и себя в ней, деформируя тем самым личностную идентичность и формируя явление кризиса.

Тяжелое хроническое заболевание, существенно изменяя социальную ситуацию развития человека в целом, изменяет возможность осуществления деятельности, приводит к ограничению социальных взаимодействий и зачастую меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, трансформируя тем самым его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни [5].

Социальная ситуация развития в условиях заболевания становится предметом активной «внутренней работы» самого больного, обширная зона психической активности которого сразу же фокусируется на страдании, вследствие чего формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные изменения в структуре личности [6]. «Изучение сущности этого процесса – важнейшее условие успешной разработки проблемы личности и ее изменений у соматически больных» [7].

**** Работа поддержана грантом Президента РФ № МК-4130.2011.6***

Мы считаем, что не болезнь сама по себе приводит к изменению смысловой сферы личности, а лишь в контексте той социальной ситуации, которая складывается у больного человека. Мы выделили ряд социально-психологических факторов, на наш взгляд определяющих специфику ситуации хронического соматического заболевания:

- ✓ социальный стереотип заболевания;
- ✓ длительность заболевания;
- ✓ принятие социальной роли больного;
- ✓ эмоциональная оценка социальной ситуации заболевания;
- ✓ контекст социальной ситуации, события, нарушающие адаптивные возможности личности – социальный стресс;
- ✓ возрастной этап, на котором человек находится в социальной ситуации заболевания.

Таким образом, **целью** исследования явилось изучение особенностей смысловой сферы личности во взаимосвязи с социально-психологическими характеристиками ситуации хронической соматической патологии.

Мы выдвигаем гипотезу о том, что хроническое соматическое заболевание, формируя специфическую социальную ситуацию развития, изменяет смысловую сферу личности.

В качестве методов исследования нами были применены следующие:

1. Психодиагностические методики: тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А.Леонтьева [8], опросник «Уровень рефлексивности» А.В.Карпова [9], тест «Локус контроля» Е.Г.Ксенофонтовой [10] и шкала социального стресса Холмса и Раге, тест М.Люшера в адаптации Л.Н.Собчик.

2. Проективная методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте разрабатываемом Т.Д.Василенко, по аналогии с методом предложенным Schroots, 1989 [11], основанным на использовании метафоры «тропы», которая подводит к графическому, двухмерному представлению пространства жизни - с временем, отложенным по горизонтали, и аффективностью - по вертикали. Суть процедуры по Т.Д.Василенко состоит в том, что испытуемому предлагается на бланке со шкалой от +5 вверх и до –5 вниз, изобразить «линию своей жизни», отмечая на ней события своей жизни (прошлого, настоящего и будущего), при этом оценивая их относительно предлагаемой шкалы. Оценивался показатель отражающий переживание настоящего момента (оценка настоящего).

3. Для статистического анализа были использованы методы описательной и сравнительной статистики: анализ средних тенденций, непараметрические критерии U Манна-Уитни и H Крускала-Уоллеса, корреляционный анализ R Спирмена. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 6.0.

В исследовании приняли участие 207 испытуемых, из которых было сформировано 2 группы:

1. Основная группа, которую составили люди с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей, в возрасте от 20 до 53 лет, в количестве 142 человек.

2. Группа сравнения, в которую вошли люди, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители города Курска в возрасте от 22 до 54 лет, в количестве 65 человек.

Исследование проводилось на базе Курской городской больницы №3 и лаборатории экспериментальной психологии кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета в 2006 – 2008 гг.

В процессе исследования мы рассмотрели роль социально-психологических факторов в изменении смысловой сферы личности, что нашло отражение в результатах исследования.

Анализируя выявленные изменения смысловой сферы личности, отмечаемые в социальной ситуации хронического соматического заболевания, без акцента на параметрах социальной ситуации, мы представляем результаты сравнения группы здоровых испытуемых с группой людей, находящихся в социальной ситуации хронического соматического заболевания, по U критерию Манна-Уитни и медиане, с учетом изменчивости признака.

В социальной ситуации хронического соматического заболевания, по сравнению с ситуацией нормы, мы отмечаем, что больные испытуемые оценивают свой настоящий этап жизни гораздо негативнее, чем здоровые, переживают его как отрицательное событие жизни. Это объясняется тем, что ситуация хронического соматического заболевания способствует изменению профессионального и семейного статуса человека, как правило, человек вынужден отказываться от профессиональной деятельности, привычного образа жизни и т.д.

В социальной ситуации заболевания человек осмысливает свое место в пространственно-временном измерении в терминах ценности прошлого и настоящего, в терминах ожиданий и реальности, результаты сопоставления которых, как правило, не в пользу настоящего. В то же время, новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие которой формируется новая «внутренняя позиция» человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности. Новая социальная ситуация развития может стать источником формирования у человека как психологически позитивных для развития его личности новообразований (в виде, например, компенсаторных и приспособительных явлений), так и негативных черт с тенденцией к оскуднению и обеднению всего психического облика, сужению сфер общения и связей с миром. Не смотря на то, что при сравнении людей находящихся в социальной ситуации хронического соматического заболевания и здоровых испытуемых не получено статистически значимых различий по общему уровню осмысленности жизни, все же необходимо отметить преобладание заниженных показателей относительно нормативных. Оценивая ряд показателей косвенно отражающих смысловые особенности жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания, мы отмечаем снижение интернальности в сфере здоровья у людей в ситуации заболевания, что отражает снижение личностной ответственности за состояние

здоровья. Факт болезни направляет познавательную активность человека на поиск причин, способствующих возникновению заболевания. Итогом данной активности является вынесение выявленных факторов во вне. Вследствие этого болезнь воспринимается человеком как нечто неконтролируемое, как результат влияния внешних обстоятельств, независящих от него. Это может способствовать возникновению чувства беспомощности, усилению негативного восприятия ситуации заболевания.

Кроме того, в социальной ситуации заболевания снижается уровень рефлексивности, что свидетельствует о фрустрации процессов рефлексии ситуацией болезни, которая не может быть осмыслена в полной мере. Происходит нарушение процессов смыслоосознания, осмысления своей жизни. У больного человека снижается активность самовосприятия, что в значительной степени затрудняет процесс построения и осуществления жизненного выбора, формирования нового смысла ситуации.

Социальный стереотип заболевания в нашем исследовании определяется типом заболевания. Мы рассмотрели два типа заболевания: гастроэнтерологическое (нейтральный социальный стереотип) и кардиологическое (негативный социальный стереотип). В результате сравнения групп, различающихся по социальному стереотипу заболевания, был получен ряд статистически значимых различий.

Анализируя полученные данные, мы отмечаем, что в социальной ситуации хронического соматического заболевания с негативным социальным стереотипом (кардиологическое заболевание), показатели по шкале «Цели в жизни» по тесту СЖО занижены. Люди не склонны строить планов на будущее и живут вчерашним или сегодняшним днем, т.к. эта группа заболеваний представляет в общественном мнении большую опасность для оптимального функционирования человека. В ситуации негативного социального стереотипа фрустрируются не только процессы целеполагания, но и процесс удовлетворения настоящим периодом, этапом жизни, что видно на шкале «Процесс жизни» по тесту СЖО. Кардиологические больные воспринимают процесс своей жизни лишенным интереса, ярких положительных эмоций, и значимых смыслов. Они менее удовлетворены своей жизнью в настоящем времени, чем гастроэнтерологические больные (нейтральный социальный стереотип). При этом для обеих групп характерны значительное снижение показателей по этой шкале по сравнению с нормативными показателями, что связано с негативным влиянием социальной ситуации болезни на смысловые аспекты жизненного пути личности. Удовлетворенность результатами прожитой жизни также снижается в случае негативного социального стереотипа заболевания в ситуации хронического соматического заболевания - показатели по шкале «Результат жизни» по тесту СЖО у кардиологических больных ниже, чем у гастроэнтерологических. Мы объясняем это тем, что кардиологическая патология, как в большей степени интенсифицирующая социальную ситуацию, несущая в себе более выраженные социальные ожидания, является более серьезным препятствием для ощущения удовлетворенности самореализацией, сопровождается выраженным снижением

субъективного ощущения продуктивности и осмысленности прожитой части жизни, в отличие от гастроэнтерологической патологии.

Уровень рефлексивности в группе людей, находящихся в социальной ситуации хронического соматического заболевания с наличием негативного социального стереотипа, ниже. Это свидетельствует о фрустрации рефлексивных процессов, невозможности осознания и проработки ситуации заболевания. Процесс рефлексии как поиск новых смыслов наличной ситуации и путей выхода из ситуации более сложен в ситуации негативного социального стереотипа заболевания - у кардиологических больных, происходит фиксация на заболевании, невозможность отвлечения на иные сферы жизнедеятельности, что создает «порочный круг» и усугубляет течение болезни.

Необходимо отметить, что люди, страдающие кардиопатологией, в большей степени склонны к экстернальному локусу контроля, что позволяет сделать вывод о том, что в условиях хронического заболевания кардиологического профиля, когда социальный стереотип негативен, окружающие в большей степени указывают человеку на его болезненное состояние, происходит интенсивное «навязывание» роли больного, отмечается снижение личностной ответственности за происходящее.

Для изучения связи длительности социальной ситуации хронического соматического заболевания мы разделили выборку испытуемых, находящихся в ситуации хронической соматической патологии, на две группы: с длительностью заболевания до 5 лет и свыше 5 лет. В результате сравнения групп, различающихся по интенсивности ситуации, было получено статистически значимое различие по показателю «Уровень рефлексивности», при $p=0,007$. Отмечается статистически значимое преобладание уровня рефлексивности в группе людей, длительность заболевания которых менее 5 лет, по сравнению с группой людей, длительность болезни которых превышает 5 лет. Следовательно, можно сделать вывод о том, что по мере увеличения длительности заболевания происходит снижение уровня рефлексивности, происходит постепенное нарушение процессов смыслоосознания, осмысления своей жизни, самосознания. У больного человека с течением болезни снижается активность самовосприятия, что в значительной степени затрудняет процесс построения и осуществления жизненного выбора, процессов смыслотворчества и смыслостроительства.

Для изучения принятия или непринятия социальной роли больного в социальной ситуации заболевания мы разделили выборку больных на две группы. Для оценки принятия или непринятия роли больного нами была использована методика «Линия жизни», по которой мы оценивали содержательно переживание настоящего момента (болезнь / не болезнь), а также результаты структурированного интервью.

Как видно из полученных результатов, отмечается преобладание позитивного осмысления жизни (показатель «Процесс жизни» по тесту СЖО) в группе больных, не отождествляющих наличную социальную ситуацию хронического заболевания с заболеванием как таковым, т.е. не принимающих социальную роль больного. В случае фиксации больных в настоящий момент

лишь на ситуации болезни, формировании смысла болезни как ведущего смысла (т.е. принятии социальной роли больного), эмоциональная насыщенность жизни, ощущение ее динамики снижается. При этом в переживании социальной ситуации центральное место занимает факт болезни, отмечается ощущением собственного бессилия перед сложившимися обстоятельствами, невозможностью повлиять на ход жизненных событий (показатель «Локус контроля «жизнь»).

Важнейшей характеристикой любой социальной ситуации является ее переживание, тот смысл, который личность порождает в данной ситуации и относительно себя в ситуации, на что указывал еще Л.С.Выготский. Ситуация хронического соматического заболевания не является исключением. Оценочный параметр выражается в оценке испытуемым наличной социальной ситуации как положительной или отрицательной. В нашем исследовании испытуемым предлагалась методика «Линия жизни», на которой они отмечали точку настоящего момента жизни. Проведя содержательный анализ полученных результатов, мы выяснили, что испытуемые по-разному оценивают свой настоящий период жизни – социальную ситуацию хронического соматического заболевания. Было сформировано две группы – испытуемые, оценивающие ситуацию как отрицательную и оценивающие ее как положительную. В результате статистического анализа были выявлены значимые различия по следующим аспектам временной организации личности.

Отмечается повышение интернальности в сфере здоровья, что выражается в увеличении личностной ответственности за состояние здоровья, человек старается во всем контролировать сложившуюся ситуацию, личность активно включается в процессы регуляции своего состояния, что может с одной стороны рассматриваться как положительное, адекватное реагирование в ситуации заболевания, а с другой как повышенная фиксация на заболевании и негативной для личности ситуации в целом. Контекст, в котором разворачивается заболевание, вносит весомый вклад в переживание социальной ситуации хронического соматического заболевания. Мы отмечаем, что в том случае, когда с человеком происходят стрессогенные события, которые он отмечает по шкале Холмса и Раге, они играют важную роль в формировании негативной оценки наличной социальной ситуации хронического соматического заболевания.

Важным параметром рассмотрения социальной ситуации хронического соматического заболевания является возраст человека. С учетом концептуальной модели исследования, основанной, в том числе, на анализе идей психологии развития (Ананьев Б.Г., Эриксон Э., Болотова А.К., Молчанова О.Н. и др.), мы разделили выборку на три возрастные группы: 20-30 лет, 30-40 лет, 40-53 года. В результате сравнения по Н критерию Крускала-Уоллиса были выявлены различия по следующим аспектам жизненного пути личности между различными возрастными группами больных.

Так, в возрасте 20-30 лет больные, несмотря на заболевание, воспринимают течение своей жизни как интересное, эмоционально насыщенное и наполненное смыслом (показатели по шкале «Процесс жизни» соответствуют

нормативным). Показатели в группе 30-40 находятся ниже нормы, т.е. больные 30-40 лет воспринимают свою жизнь как лишенную интереса, ярких положительных эмоций и значимых смыслов. Они менее удовлетворены своей жизнью в настоящем времени, чем больные в возрасте 20-30 лет.

Отметим, что самые высокие показатели по шкале «Результат жизни» зафиксированы в возрасте 20-30 лет, а самые низкие – в возрасте 30-40 лет. Мы объясняем это тем, что в возрасте 20-30 лет больные, несмотря на заболевание, оценивают свою жизнь как продуктивную и осмысленную (показатели соответствуют нормативным). Показатели в группе 30-40 ниже нормы, т.е. больные этой возрастной категории неудовлетворены прожитой частью своей жизни, что, по нашему мнению, связано с совместным влиянием негативной социальной ситуации развития и с прохождением человеком на данном возрастном этапе «кризиса середины жизни», хотя, как мы указывали выше, данное предположение требует отдельного исследования.

Вместе с тем, в ситуации заболевания наиболее высокие показатели интернальности по тесту «Локус контроля» Е.Г.Ксенофонтовой в период 20-30 лет, что можно обозначить как «гиперрефлексия» [12] на болезни. Это может быть связано с несформированностью компенсаторных механизмов личности.

Самые низкие показатели смысловой сферы личности – удовлетворенность результатами и процессом жизни - наиболее низкие в 30-40 лет, а уровень интернальности снижается с увеличением возраста. Подобные тенденции, на наш взгляд, связаны с прохождением человеком на возрастном этапе 30-40 лет «кризиса середины жизни», хотя данное предположение, несомненно, требует дополнительной эмпирической проверки.

В результате исследования роли социально-психологических факторов в изменении смысловой сферы личности в ситуации хронического соматического заболевания мы можем сделать следующие выводы:

1. В ситуации хронического соматического заболевания люди оценивают свое настоящее как негативное. Отмечается снижение относительно нормативных показателей осмысленности жизни, фрустрация рефлексивных процессов и склонность к экстернальному локусу контроля.

2. Негативный социальный стереотип заболевания вносит значимые изменения в жизненный путь личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания. При негативном стереотипе (ситуация заболеваний сердечно-сосудистой системы) нарушаются процессы целеполагания и прогнозирования будущего, снижается удовлетворенность результатами своей жизни, и ощущение эмоциональной насыщенности жизни, подавляются процессы рефлексии.

3. Длительность социальной ситуации хронического соматического заболевания усугубляет изменения смысловой сферы личности, что выражается в негативных оценках своего настоящего и снижении активности рефлексивных процессов. Возраст человека взаимосвязан изменениями жизненного пути личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания. В период 30-40 лет снижается удовлетворенность результатами прожитой жизни, и ощущение эмоциональной насыщенности жизни, отмечается тенденция к

экстернальному локусу контроля, что мы объясняем прохождением человеком на данном возрастном этапе «кризиса середины жизни».

4. Принятие социальной роли больного в социальной ситуации хронического соматического заболевания играет важную роль в смысловой сфере личности. При принятии роли больного, отмечается негативная оценка текущего этапа жизни, снижая эмоциональную насыщенность жизни, повышается ощущение собственной беспомощности перед сложившимися обстоятельствами. В случае отрицательного оценочного переживания социальной ситуации хронического соматического заболевания снижается активность процессов целеполагания.

Проведенное нами исследование, демонстрируя личностные аспекты переживания ситуации заболевания, вскрывая изменения смысловой сферы личности и восприятия собственной жизни в целом, подводит нас к трактовке ситуации хронической соматической болезни как ситуации критической, что в свою очередь обосновывает необходимость и пути оказания психологической помощи людям, находящимся в ситуации соматического заболевания. Психологическая помощь должна быть направлена не только на коррекцию наличного эмоционального состояния, но и на осмысление ситуации болезни, различных жизненных этапов и всего жизненного пути личности.

Примечания:

1. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект Пресс, 2008;
2. Бауман У., Перре М. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2001;
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Речь, 2007, С. 12;
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. - М.: Педагогика, 1984 Т. 4;
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., МГУ, 1987;
6. Там же, С. 69;
7. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR–Аргис, 1995, С. 246;
8. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М., 2006;
9. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал 2003 Т.24, № 5;
10. Ксенофонтова Е.Г. Исследование локализации контроля личности. Психологический журнал. Т. 20. №2. 1999;
11. Schroots J.J.F. ten Kate C.A. Metaphors, Aging and Life-Line Interview Method. Current Perspectives on Aging and Life Cycle, Vol. 3, Jay Press Inc., London, 1989.
12. Франкл В.Э. Человек в поисках смысла. М., 1990;

СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ ГУМАННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА

Вахрина Н.В.

Институт социально-экономического развития, г. Серов

Гуманистический характер образования является ведущим принципом государственной политики в области образования, отражённым в Законе Российской Федерации «Об образовании». Из этого следует необходимость рассмотрения ребенка как главной ценности в системе человеческих отношений, ведущей составляющей которых является гуманность. Принцип предполагает такую модель педагогического взаимодействия, в процессе которой формируются гуманные отношения школьника к сверстникам, окружающим людям.

Демократизация и гуманизация в нашей стране происходят на фоне негативного состояния общества, роста детской преступности, наркомании, алкоголизации, увеличения числа «социальных сирот», кризиса в духовной сфере, который связан с утратой традиционных нравственных ценностей, нарушением моральных норм и правил. Все эти условия усложняют процесс воспитания подрастающего поколения, резко расширяя сферу отрицательных воздействий. Воспитание нравственной личности, умеющей устанавливать гуманные отношения со сверстниками, окружающими людьми, которые не допускают унижения человеческого достоинства, проявления грубости, жестокости, приобретает в современном обществе особую актуальность. Ведущая роль в этом процессе отводится педагогам, поскольку они являются центром организации, координации всех влияний, оказываемых на отдельную личность, коллектив [15].

Одним из направлений в деятельности общеобразовательных учреждений признается формирование гуманных отношений школьников.

Проблема формирования гуманных отношений подрастающего поколения сложна и многогранна. Уже в работах выдающихся педагогов и просветителей - А. Дистервега, Я. А. Каменского, Д. Локка, И. Песталоцци, Н.И. Пирогова, Ж.Ж. Руссо, Л.Н. Толстого, К.Д. Ушинского, поднималась проблема гуманизма, выступающая в качестве основы и главной цели воспитания.

Отдельные аспекты формирования гуманных отношений рассмотрены в работах: А.А. Бодалева, М.А. Вейта, К.В. Гавриловец, Н.И. Гуслияковой, С.А. Дзенуткайте, М.Э. Жаббарова, И.А. Каирова, Н.А. Качатиновой, Г.Н. Конниковой, Л.П. Косенко, Н.А. Ложниковой, Г.Д. Недосековой, Л.П. Нестеренко, В.Н. Покусаева, Л.А. Сидельковского, Н.С. Сидорова, Н.М. Трофимова, В.И. Тусарова, Г.Г. Филипповой, К.С. Хановой, Л.Г. Чебыкиной, Н.И. Шевченко, Е.Э. Шишлова, Н.Е. Щурковой и др.

Анализ литературы по теме исследования показывает, что вопросы формирования у школьников гуманности, гуманных отношений исследованы довольно широко, достаточно - всесторонне и на разных уровнях. Вместе с тем,

проблема формирования гуманных отношений подростков лишенных родительского попечительства, недостаточно исследована.

В ходе исследования выявлено противоречие между необходимостью повышения эффективности формирования гуманных отношений подростков в современных условиях школ-интернатов и недостаточной научно-методической разработанностью этой проблемы.

Вышесказанное определяет выбор темы исследования: «Формирование гуманных отношений подростков лишенных родительского попечительства».

Важно заметить, что в современной педагогической психологии все более отчетливо проступает тенденция к междисциплинарному исследованию одного из самых сложных периодов становления личности — подросткового возраста. Представители детской и возрастной психологии, социальной психологии, психологии личности, ранее работавшие относительно автономно друг от друга, предпринимают попытки разрушить «ведомственные» границы и приступить к решению задачи междисциплинарного синтеза, создать целостную панораму представлений о закономерностях становления личности в системе общественных отношений в ходе онтогенеза человека и социогенеза [4]. Именно понимание подросткового возраста, как особой возрастной категории, приводит к увеличению потока исследований по формированию гармонии личности, в данный период. Не случайно поэтому, именно подросток, оставшийся без попечения родителей, привлекает большое внимание специалистов-психологов.

Однако прямое наложение концептуального аппарата разных дисциплин друг на друга, как показывает история науки, редко приводит к подлинному успеху. Характерной чертой решения задачи междисциплинарного синтеза в советской психологии является, как правило, то, что специальные дисциплины объединяются через конкретно-научную методологию общей психологии [7].

В нашем исследовании, выполненном на стыке социальной и педагогической психологии, ядро которого составляет общепсихологический принцип деятельностного опосредствования делается попытка формирования гуманных отношений у подростков, лишенных родительского попечительства [9]. Достаточно богатая традиция и конкретная фактология исследований по педагогике гуманных отношений и гуманистической психологии, развитый категориальный аппарат исследования, на наш взгляд, такую попытку вполне правомерной [5].

В качестве предмета теоретико-экспериментального исследования были выбраны закономерности развития гуманных отношений личности. Этот выбор был продиктован следующими причинами. В.В. Абраменкова отмечает, что для подобного рода исследования, складываются следующие возможности. Во-первых, в гуманном отношении как специфической связи субъекта с другими обнаруживается, по выражению К. Маркса, то, «... в какой мере *потребность* человека стала *человеческой* потребностью, т. е. в какой мере *другой* человек в качестве человека стал для него потребностью. Во-вторых, выделенный в русле теории деятельностного опосредствования референт гуманных отношений — феномен коллективистской идентификации (КИ) и наличие общей

методической схемы изучения этого феномена дают реальную возможность экспериментально проверить гипотезы, связанные с наличием различий в проявлении гуманных отношений детей –сирот и детей воспитывающихся в семье, а также комплексный характер формирования гуманных отношений. Подтверждение вышеуказанных гипотез, связано со следующими представлениями о характере гуманных отношений и их природе [1].

Опосредствованные совместной деятельностью гуманные отношения в детских группах имеют уровневую организацию, которая включает функционально-ролевые, эмоционально-оценочные и личностно-смысловые отношения между сверстниками. Эта гипотеза, опирающаяся как на теорию деятельностного опосредствования, так и на опыт исследования отношений ребенка в группе сверстников предполагает объемное видение межличностных отношений, противостоящее имплицитному одномерному пониманию межличностных отношений в детской группе, задаваемому социометрической парадигмой исследования [5,11]. Становление межличностных отношений в детских группах подчиняется общепсихологической закономерности развития высших психических функций (Л.С. Выготский) и зависит от опосредствования этих отношений на разных этапах онтогенеза характером совместной деятельности детей [1,10].

Остановимся на тех основаниях, которые позволяют в рамках совместной деятельности выделить различные пласты отношений в детской группе. Предметный план совместной деятельности представляют *функционально-ролевые отношения*, выделение которых позволяет ответить на вопросы: «Где разворачиваются отношения?» (в игре, учебе, работе по самообслуживанию, «вокруг» той или иной деятельности) и «Что они отражают?» (нормы, образцы, права и обязанности ее участников) Функционально-ролевые отношения являются тем материалом, который усваивается личностью в процессе социализации. Именно через их анализ оказывается возможным раскрыть конкретно исторические условия социальной ситуации развития личности. Эти отношения зафиксированы в специфичны) для данной культуры различных сферах социальной жизнедеятельности детей [1].

Инструментальный план совместной деятельности представляют *эмоционально-оценочные отношения*, которые позволяют ответить на вопрос: «Как каким образом осуществляется коррекция процесса динамики совместной деятельности? В конкретных ситуациях совместной деятельности ребенка с другими главная функция эмоционально-оценочных отношений — это осуществление коррекции поведения сверстника в соответствии с «только известными» нормами [4]. Если сверстник следует этим нормам, то он оценивается позитивно, если отходит от них — активно порицается детьми, вследствие чего могут возникать жалобы взрослому, направляемые желанием ребенка подтвердить норму.

Мотивационный план совместной деятельности выражают *личностно-смысловые отношения*, которые выделяются при ответе на вопрос: «Ради чего, во имя кого осуществляются эти отношения?». Личностно-смысловые отношения — это отношения, при которых мотив одного субъекта приобретает

для общающегося и действующего с ним другого субъекта личностный смысл. Этот тип отношений не открыт непосредственному наблюдению и может быть обнаружен только с помощью особых эмпирических процедур, основывающихся на определенных методических принципах, в частности в приеме подстановки себя на место другого и в методе отраженной субъективности [2, 4, 8]. Личностно-смысловой тип способен определенным образом влиять на другие типы отношений (например, эмоционально-оценочные), модифицируя их в ту или иную сторону. Формирование личностно-смысловых отношений обусловлено преобразованием социальной позиции ребенка в ходе совместной деятельности.

В нашем исследовании три пласта отношений представлены следующим образом. Функционально-ролевые отношения (предметный план) задавались нормой гуманности, которая определялась путем оценки межличностных отношений. Эмоционально-оценочные отношения (инструментальный план) выражались в предпочтениях ребенка, смысло-жизненные ориентации. Личностно-смысловые отношения (мотивационный план) были представлены оценкой уровня эмпатии, толерантности, альтруизма.

В качестве обоснования используемых методик, служат исследования В.В. Абраменковой, В.А. Петровского, Т.П. Гавриловой, Е.Е. Насиновской, В.Е. Ким, Е.З. Басина и др., в которых гуманные отношения понимаются как взаимоотношения принятия, эмпатии. С целью исследования особенностей гуманных отношений подростков из детских домов, определялись их различия с отношениями подростков из полных семей. Контрольная группа испытуемых – подростки из полных семей, являются воспитанниками Гимназии, успешно проходящие школьную программу, не имеющие отклонений в развитии.

В процессе экспериментального исследования подростки из детских домов, проявили следующие особенности гуманных отношений, по сравнению с подростками воспитывающихся в семье.

Таблица 1

Показатели различий гуманных отношений у подростков из детских домов и воспитывающихся в семье

Показатели методик	СЖО	Отношения со сверстниками	Эмпатия	Альтруизм	Толерантность
Подростки	- 5,08054	5,565941	- 2,91639	- 4,61368	6,938393

В специальной беседе, проясняющей возможные причины гуманного отношения к сверстнику у подростков, было обнаружено несовпадение мотивировок общения. Так, если в качестве причины гуманного отношения к сверстнику подростки из полных семей указывали на особые симпатии к партнеру по общению («мы с ним друзья», «потому что друг», «она хорошая подруга» и пр.), то подростки из детских домов указывали, что «он друг, просто потому что дружим», «друг и все». Таким образом, у подростков из

детских домов отсутствует четкая мотивация для построения гуманных отношений и потребность в гармоничном общении. В отношениях подростков обнаруживается существование по крайней мере двух типов отношений в группе: эмоционально-оценочного (социометрического) и личностно-смыслового, возникающего в интерактивной совместной деятельности, содержащей норму гуманности.

С целью формирования гуманных отношений в группе подростков из детских домов, была разработана психолого-педагогическая технология формирования гуманных отношений.

Разработанная нами технология включала: психологические консультации с подростками по проблемам конфликтных (проблемных отношений), тренинг формирования гуманных отношений, групповые консультации и семинары, повышающие имеющийся у подростка психологический уровень и расширяющие представления о роли близкого человека.

В результате проведения формирующего эксперимента были получены следующие данные.

Таблица 2.
Показатели гуманных отношений подростков до и после формирующего эксперимента

Показатели методик	СЖО	Отношения со сверстниками	Эмпатия	Альтруизм	Толерантность
до формирования	4,41	3,78	4,47	7,56	5
После формирования	4,5	4,93	7,10	5	7,80
t-значения значимые на уров. $p < ,05000$	3,169	-4,634	-5,072	7,362	-9,7

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что проявления гуманных отношений будут различными у детей лишенных родительского попечительства и у детей из полных семей, нашла свое подтверждение. Формирование гуманных отношений, у подростков из детских домов, возможно в случае комплекса специальных мероприятий. Психолого-педагогическая технология формирования гуманных отношений у подростков, включающая в себя индивидуальные и групповые консультации, тренинги, включающая задания и упражнения на развитие эмпатии, толерантности, рефлексивности, будет эффективной.

Литература:

1. Абраменкова В. В. Совместная деятельность дошкольников как условие гуманного отношения к сверстникам // Вопр. психол. 1980. № 5. С. 60—70.

2. Абраменкова В. В. Межличностные отношения детей как объект изучения социальной психологии детства // Проблемы психодиагностики, обучения и развития школьников. М., 1985. С. 121 — 130.
3. Асмолов А. Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 1984. 105 с.
4. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968. 464 с.
5. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1984.
6. Коломинский Я. Л. Психология детского коллектива. Минск, 1984. 237 с.
7. Коломинский Я. Л. Дифференциация социальной психологии и проблемы воспитания // Вопр. психол. 1983. № 2. С. 60—68.
8. Кон И. С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М., 1984. 335 с.
9. Лисина М. И. Общение детей с взрослыми и сверстниками: общее и различное // Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии. М., 1980. С. 3—32.
10. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1984. 446 с.
11. Мухина В. С. К проблеме социального развития ребенка // Психол. журн. 1980. Т. I. № 5. С. 46—53.
12. Петровский А. В. Развитие личности с позиций социальной психологии // Вопр. психол. 1984. № 4. С. 15—29.
13. Петровский В. А. Эмоциональная идентификация в группе и способ ее выявления // К вопросу о диагностике личности в группе. М., 1973. С. 69—77.
14. Петровский В. А. Принцип отраженной субъектности в психологическом исследовании личности // Вопр. психол. 1985. № 4. С. 17—30.
15. Психологическая теория коллектива / Под ред. А.В. Петровского. М.: Педагогика, 1979. 239 с.

ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ И КООПЕРАТИВНАЯ УЧЕБА КАК МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ

Цимприх В.

**Институт повышения квалификации в области детской и
подростковой психологии, консультирования и психотерапии родителей, г.
Вена, Австрия**

С тех пор, как буржуазия признала значение внутренней жизни семьи и ее место в общественности как место образующей власти для воспитания детей, для их личностного развития и в качестве компетентной инстанции для принадлежности к чему-то и укоренения, это место принадлежит семье публично и законодательно.

В семейном кругу рано выучиваются правила, нормы и ценности. Этот процесс обучения поселяется в основном в мире чувств ребенка и соответствующих лиц. В проникающем взаимодействии между родителями и ребенком дифференцируются и классифицируются потребности и чувства. Обучение происходит в эмоциональном и социальном контексте. Ребенок учится здесь не ради содержаний обучения, а для того чтобы существовать в обществе своей первоначальной семьи.

По этому требованию семья, может быть первым местом становления индивидуума и предлагать ему защиту и надежность, семья должна быть защищена в правовом отношении как «зародившаяся клетка» общества, то есть, семья может быть косвенно признана «малым институтом общества, куда государство только в крайних (кричащих) случаях вмешивается напрямую.

Исходя из этой общественной ситуации, понятно, что вторичная группа, представленная общественным институтом школы, постулирует свои цели обучения в образовании и воспитании, в менее эмоциональной, самоопределяющей, но все более в познавательной и ориентированной на результат плоскости, базируясь на отчужденных принципах порядка. Компетентность семьи (первичная группа) и института школы (вторичная группа) поляризовались по возрастающей до статуса, который мы знаем еще сегодня:

нормы, обычаи, моральный облик и воспитание приписываются все больше семье, и даже зафиксированы юридически, в то время как школа должна более обеспечивать технико-практические способности, культурный уровень и профессиональное самоопределение. То, что это преподавание осуществляется с соответствующей беспомощностью, не удивляет.

Образовательные институты отказываются от прямой передачи норм, но они «образуют» технико-практически, функционально и обеспечивают нас ручным инструментом цивилизованного выживания.

Образование и воспитание в прямом смысле смещаются в знание и информацию, в формальность, или в неформальное, но частное и случайное.

Это оказывает фатальное воздействие на учителей: если их непосредственный «ручной инструмент» собственно состоит в том, чтобы

воспитывать детей, то нужно заметить, что они делают все возможное, но как раз не это (П. Хайнтель 1980).

Это также фатально воздействует на ребенка: когда с началом обучения в школе место убежища – семья (если оно до настоящего времени вообще было) заменяется институтом школы, в которой (т.е. школе) ребенок на собственной шкуре узнает, как это бывает, когда тебя вырвали из хорошего, знакомого окружения. Что он должен испытывать в этом чужом месте, с чужими людьми, оставленный своими близкими один, заброшенный в безличные нормы и распределение времени и брошенный ко многим людям, которые избегают его. В важных сферах здесь заканчивается форма первичной группы.

Детская психотерапия просит по данным вопросам слова и ставит критические вопросы:

I. Не означает ли это место пересечения первичной и вторичной группы в силу необходимости критическую фазу для ребенка?

II. В нашем культурном пространстве существуют идеалы и представления о «совершенных» людях, действия которых свободны от мешающих чувств и социальных обязательств.

III. Возможно ли, что негативные последствия обучения являются следствием статуса образовательного учреждения, представляющим собой «чистый орган передачи» конкретных способностей и техник для максимизации работоспособности индивидуума и результатом того, что не принимается во внимание социальное обучение?

IV. Почему ученики и ученицы нуждаются в социальной компетенции?

1. Новые познания науки выводят постулат блоков мышления – чувства как базис (основу) процессов научения – автор Люк Чомпи (см. главу «Аффективная логика, аффективная коммуникация и педагогика»)

2. Улучшение атмосферы в классе приводит к усилению учебной мотивации и к улучшению дисциплины – автор Джером Фрайберг (см. главу «Учеба на свободе – почему дети охотно идут в школу»)

3. Школьная среда как поддержка следующих сфер развития:

- Личностное развитие индивидуума
- Развитие идентичности в обществе.

4. Школьный класс как символ и тренировочная среда для гуманной, демократической совместной жизни.

V. Последовательное усовершенствование в образовании учителей.

VI. Рефлексия на учреждение «школа» как общность, которое делает возможными улучшенные учебные результаты и поддерживает их.

I. Не является ли это место пересечения первичной и вторичной группы в силу необходимости критическую фазу для ребенка?

Как мы уже знаем, по *Эрику Эриксону*, ребенок в возрасте от начала обучения в школе и до достижения своей, так называемой, школьной готовности, имеет установку на учебу. В этом возрасте он любопытен, любознателен и получает удовольствие от заданий и собственных инициатив. Он заинтересован в том, чтобы показать собственные результаты, которые

также соответствуют его инстинктивно-динамическим тенденциям «Я есть то, что я учу! Я есть то, что я могу представить себя в будущем».

Так, некоторые дети выходят полные радости и жажды знаний в общественную жизнь в первый школьный день и возвращаются через некоторое время лишенными мотивации и безрадостными. Если мы представим себе сосуд, полный энергии, то это и есть ребенок. Этот сосуд опустошается продолжительное время, но и также постоянно «заполняется» едой, питьем, семьей, друзьями, пособиями, радостью и любовью и многим другим. Если же этот сосуд исчерпывается и не наполняется, так как семья, друзья и мать после школьных будней не могут обеспечить структуру помощи и эмоциональной поддержки, и, поскольку школа, сама по себе, вместо признающей и поддерживающей связи «учитель-ученик», в которой ребенок чувствует себя понятым, предоставляет в его распоряжение только стерильную структуру обучения, целенаправленную и ориентированную на достижения (результат): «учеба ради учебы», то не надо удивляться, если энергетический резервуар ребенка истощается.

Эта метафора показывает, что не только поступление в школу означает критическую фазу для ребенка, но также все время в школе представляет собой крайне напряженную ситуацию для ребенка, родителей и учителей.

Ориентированная на результат учеба ожесточает не только детей, но также и взрослых и приводит к синдрому «выгорания».

II. В нашем культурном пространстве существуют идеалы и представления о «совершенных» людях, действия которых свободны от мешающих чувств и социальных обязательств.

Просвещение и естественнонаучный прогресс вскормили надежду и иллюзию, что люди могут функционировать как бы как машины, т.е. без участия своих чувств и что это также было бы желательно. Образцом для научной работы, например, в академической психологии, считается все еще физика *Ньютона* и, неудивительно, если результаты исследований никак не связаны с практикой. Попытка проводить «свободное от ценностей» исследование, которое очень ограничивается иллюзиями, что люди должны хотеть быть только деловыми (объективными) или должны придерживаться только определенных правил, и уж тогда эти исследования – объективные. Переживание, многообразие чувств, восприятия и фантазии часто принимается во внимание только как переменная величина помехи (она мешает наблюдению «чистого» поведения или «чистого» мышления) (*И. Колльбруннер 1989*). Только гуманистическая парадигма, базируясь среди прочего на философии экзистенциализма (*Хуссерл, Хайдеггер, Джасперс, Бубер ...*) и психоанализа, запрашивала эти базовые предположения. Особенно в США, в первой половине XX века, смогли развиваться и распространиться зачатки гуманистической психологии и психотерапии (*Гольдштейн, Маслоу, Фромм, Роджерс, Перлз ...*), так как этому не препятствовал национал-социализм. *Жан Пиаже*, как особый представитель гуманистической психологии и педагогики в Европе, как

и *Фрейд* начал как естествоиспытатель, чтобы затем открыть основополагающие познания для гуманистической парадигмы, пришел, с помощью многочисленных психологических экспериментов и исследований, к следующему выводу, что развитие человека, его интеллекта, его знаний и его личности имеет определенную цель, а именно, собственно помощь индивидууму в приспособлении к окружающей среде и реальности. *Пиаже* одновременно констатировал: «Человек здоров в такой степени, в какой он способен к выживанию в социуме». Это означает, что развитие интеллекта, а также личностное, тесно связаны с его интеграцией в обществе.

Эти познания были также подтверждены последователями *Пиаже*, собственно *Даниелем Н. Штерном* и *Люком Чомпи* (оба проживают в Швейцарии), благодаря их новейшим исследованиям. Развитие ребенка находится в непосредственной взаимосвязи с качеством межличностного мира его отношений, подчеркивает *Даниель Н. Штерн* (*Д.Н. Штерн 1988*). *Люк Чомпи* представляет в своей теории взаимную зависимость нейробиологической, психической и социальной энергии человека (*Л. Чомпи 1994*).

III. Возможно ли, что негативные последствия обучения являются следствием статуса образовательного учреждения, представляющим собой «чистый орган передачи» конкретных способностей и техник для максимизации работоспособности индивидуума и результатом того, что не принимается во внимание социальное обучение?

То обстоятельство, дети или подростки непременно образуются в классах, которые представляют собой более или менее закрытые группы, не является полезным, как для развития их отношений друг с другом, так и для развития их отношений с учителями. Так, отсутствует не только время для социального соединения учащихся и учителей друг с другом по расписанию, но также отсутствует заказ для учителей быть в распоряжении учеников в качестве друга и примера для социальной учебы. Учащиеся нуждаются в здоровых нормальных отношениях со своими учителями и со своими одноклассниками. Дети и подростки учатся социальным отношениям (поведению), с одной стороны, в родной семье, но, также необходимо обучение социальным процессам в обществе вне первоначальной семьи. Что за правила существуют во внешнем мире, как промежуточном мире к обществу и миру взрослых? Этому хотят и должны учиться дети и молодежь. Часто слышится требование: «дети должны приобретать свой опыт с другими детьми, тут я не вмешиваюсь!» и при этом представляется, что дети лучше всего, без руководства и примера, могут передать другим детям «социальные компетенции». Это очень наивная вера и, кроме этого, ошибка.

Создание сообщества классов, в которых уважительно обходятся друг с другом и школ, поддерживающих такую атмосферу, будет в значительной степени способствовать тому, что ученики все меньше будут искать присоединения к разрушительным бандам или кликам, или все меньше будут искать решения своего отчуждения и отчаяния в попытке самоубийства или

криминальности (Х.И. Фрайберг). С интерпсихической точки зрения, такая, соответствующим образом стимулирующая среда, означает, непосредственно и в перспективе, предотвращение физического и психического заболевания. Благодаря этому, мы приближаемся к профилактике следующих нарушений:

1. Заболевания: предрасположенность к заболеваниям всех видов, психосоматозы.
2. Школьные проблемы: школьные страхи, отказ от школы, нарушения в учебе.....
3. Нарушения в отношениях и нарушения коммуникации: конфликты принадлежности, боязнь изоляции, чувство одиночества.....
4. Нарушения различных типов: принуждение, безынициативность.
5. Личностные нарушения: депрессивные нарушения, резистентные зависимости всех видов, неврозы,
6. Антисоциальные тенденции: возникновение преступности, заброшенность, криминальность
7. Тенденции саморазрушения: нарушения в приеме еды, проблемы с наркотиками и алкоголем, суицидальные тенденции.

IV. Почему учащиеся нуждаются в социальной компетенции?

Производственная занятость отца и матери все больше становится нормой и оставляет эмоционально необеспеченными детей. Если раньше говорили об обществе без отца, то сегодня можно во все большей степени говорить об обществе без родителей.

Старые традиции, которые устанавливали однозначные роли отца и матери, больше не идут в счет. Новые ролевые приписывания должны быть найдены от семьи к семье, с высокой мерой гибкости, чтобы удовлетворить потребности членов семьи до некоторой степени.

Там, где дети рано должны начинать ориентироваться в учреждениях (учебных), где они попадают во власть запутанного многообразия и технической рутины, холода их анонимности, возрастает опасность чрезмерного эмоционального требования и заболевания ребенка или подростка. Отцы, чьи зарплаты не могут больше обеспечить содержание их семей, матери, которые финансово и социально недостаточно обеспечены, не могут дать детям, в достаточной мере, социальную безопасность и эмоциональные ресурсы, чтобы компенсировать отношение к школьным достижениям. Ввиду неолиберальных экономических тенденций, эта тенденция одиночества и заброшенности детей и подростков, «безотцовского» общества будет значительно возрастать. Это означает, что институт школы должен принять новые задачи, чтобы не соскользнуть до чисто обучающего и оценочного учреждения.

1. *Новые познания науки выводят постулат блоков мышления – чувства как базис (основу) процессов научения – автор Люк Чомпи (см. главу «Аффективная логика, аффективная коммуникация и педагогика»).*

Согласно нашему общественному развитию и следуя естественнонаучной парадигме, были приняты в расчет важные требования, как, например, у Пиаже

(1948). В своих комплексных исследованиях он изобразил духовное развитие ребенка и значение этого развития для личности. Он постулировал 5 ступеней развития интеллекта и описал шаги, с помощью которых приобретаются познание и знание. Учреждение «школа» подхватило эту теорию и интегрировало ее в свои учебные планы.

Относительно знания, по Пиаже, существует не только интеллектуальная, но также и эмоциональная и коммуникативная плоскость, которая должна быть сегодня принята в расчет. Межперсональное исследование научило нас тому, что взаимодействие познавательной (*Пиаже*), эмоциональной (исследования психотерапии) и коммуникативной (*Вацлавик*) плоскостей образует сеть способствующих и/или тормозящих факторов, которые являются решающими для учебного процесса ребенка/подростка. Благодаря этому мы отступаем от индивидуально-познавательной на межперсонально-эмоциональную плоскость.

Люк Чомпи предлагает модель для лучшего понимания человеческого мышления, которая далеко выходит за хорошо знакомую причинную (каузальную) логику. Впервые в истории мышления о человеческом мышлении философия, психология и новейшие познания нейробиологии неожиданно не последовательны и произвольны. В познании фрактальной аффективной логики по *Чомпи* (*Л. Чомпи 1994*) раскрываются ее противоречия. Он описывает комплексные взаимодействия чувства и мышления, в особенности эмоциональные воздействия на познавательные функции и их последствия (*Л. Чомпи, стр. 3*).

Суммируя действие аффектов, таким образом, как биологически, так и психосоциально значительные целесообразные редукторы сложности в сначала безбрежном познавательном поле. Только они придают нашему мышлению направление и значение и действуют как основа чувства. Это означает для получения результатов в школе, что отношение учитель-ученик означает существенную базу для учебы. Это познание находит однозначное подтверждение в укрупнено проведенном международном исследовании *Х.И. Фрауберга* (см. стр. 55). Исследование показывает, что с точки зрения учеников/учениц в учебных учреждениях, где оказывается поддержка, и где учитель/учительница, как и одноклассники, доверяют ученикам и уважают их, возможно лучшее обучение.

Дж. Юнисе цитирует в этой взаимосвязи тезис *Салливана – Пиаже*, который, исходя из аспекта отношений, делает выводы о личностном развитии и саморазвитии детей и молодежи. По *Пиаже (1986)*, отношения с ровесниками помогают ребенку в межличностном понимании. Задача школы в том, чтобы поддерживать ежедневные взаимодействия учеников и направлять их развитие от личностной плоскости к безличному всеобщему благу (*Дж. Юнисе, 1994*).

Переход от представления, что индивиды являются отдельными существами к представлению, что личности возникают в отношениях, требует нового сознания и процесса переосмысливания, который, однако, неизбежен для сегодняшнего образования.

2. Улучшение атмосферы в классе ведет к увеличению мотивации учебы и к улучшению дисциплины – Джером Фрайберг: см. главу «Обучение на свободе – почему дети охотно ходят в школу?»

Мы могли бы спросить себя: почему атмосфера в классе, в которой должно происходить оптимальное обучение, так важна? В обучающих и учебных ситуациях всех типов мы сталкиваемся с мощными чувствами вины и стыда (авт. Фур Р./Греммер/Фур, 1995). Учеба означает быть готовым принять беспомощную роль, причем существует тенденция ее (эту роль) отрицать или вытеснять. В этой связи чувства стыда и вины не воспринимаются, так как они часто могут идти вместе с глубоко идущим снижением самооценки. С точки зрения интегративной гештальт – психотерапии, появление этих комплексов чувств оценивается, как сигнал для основополагающих противоречий в поле окружения. Как ученики, так и учителя нуждаются в атмосфере доверия и близости с тем, чтобы они могли чувствовать себя безопасно и благополучно, если они показывают себя жалкими, какие они есть, и лишь затем могут быть достигнуты оптимальные результаты. Значительная учеба - это больше, чем только сбор фактов, и происходит в социальном контексте. Она заключается в доброжелательном отношении между учителем и учеником. В контексте между личностью и социальным полем окружения.

Процесс контакта происходит следующим образом:

1. Стадия слияния

Ученик воспринимает себя как единое целое со своим социальным полем окружения.

2. Стадия дифференциации

Ученик отмежевывается и читает, например, реферат или высказывает свое мнение.

3. Стадия слияния

Ученик воспринимает себя снова как часть своего поля окружения и чувствует себя принятым (признанным).

Эти контактные процессы, например, с классным коллективом могут очень быстро меняться и являются предпосылкой для хороших учебных достижений индивида, также как и для хороших результатов учителей на занятиях.

Джером Фрайберг исследовал 107 школ и 70000 учащихся («Журнал исследований в образовании») и сделал важное подтверждение этих тезисов. Детям нравятся школы, в которых они могут чувствовать себя как часть семьи и чувствовать уважение (см. Дж. Фрайберг стр. 65).

Ниже (стр. 79 оригинала) указаны еще 2 рисунка к теме: «Школьный климат», изображенный с точки зрения учеников (ДЖ. Фрайберг, 1999). На первом рисунке показан класс с фронтальным преподаванием. Не видно вообще никаких личностей. При этой форме преподавания контакт и отношения не могут быть успешными с точки зрения ученика.

На втором рисунке показан класс с преподаванием в малых группах, видно, что учительница окружена учащимися. В этой ситуации контакт легче осуществить.

С точки зрения детской психотерапии, работа в малых группах в школе является оптимальной формой обучения, которой дети и подростки охотно идут навстречу. Мы можем узнать, а это несложно сделать с помощью изображения в виде рисунков, в каком классе существует благоприятная для контакта, и поэтому позитивная, атмосфера.

3. Поле школьного окружения, как поддержка следующих этапов развития:

- Личностное развитие индивида
- Развитие идентичности в сообществе.

Развитие индивида базируется на взаимодействии внутреннего и внешнего. Мы образуем мир, в котором мы живем таким образом, как мы его переживаем в нас, и реагируем снова на него, согласно нашим внутренним представлениям. Это относится, прежде всего, к нашему интерперсональному миру, в котором мы живем, к образу действий, согласно которому мы коммуницируем друг с другом и к тому, чувствуем ли мы себя признанными или не признанными нашим ближайшим человеческим окружением. Поэтому интрапсихическое развитие индивида тесно связано с его психосоциальным развитием, причем оба этих аспекта не могут рассматриваться независимо друг от друга. В этой связи, мы знаем о детской психотерапии тот факт, что способствующие коллективу аспекты окружающей среды вносят основной вклад в здоровое развитие личности и идентичности ребенка и подростка. Психоанализ обладает пониманием собственно личного переживания и, в особенности, пониманием внутренних и самых скрытых конфликтов, которые определяют тип и способ того, как человек становится индивидуальной личностью. Но интерперсональные психотерапевтические основы детской и подростковой психотерапии указывают, базируясь на исследовании грудных младенцев (*Д.Н. Штерн, Бразелтон, Эмде и др.*), на раннее развитие самоощущения и возникновение «Я» у ребенка в отношении с его матерью.

В связи «родители – ребенок» происходит обмен внутренним миром грудного ребенка с внутренним миром матери или родителей. Если ребенок в семье пробует быть уверенным в себе, причем ему помогают идентификации с любыми контактными лицами, тогда в детском возрасте во все большей мере необходимы новые дополнительные идентификации. Одновременно узнается об ограниченной пригодности идентификаций, поскольку они чрезмерно односторонни и неподвижны для собственного «Я» ребёнка. При завершении детства на передний план выходит создание идентичности, которое нацелено на то, чтобы в юности создать относительное психосоциальное равновесие, обязательное для решения задачи взрослой жизни. Работа идентичности происходит, среди прочего, в действии балансирования во время восприятия самого себя и восприятия кого-то чужого, иллюзии и реальности, прерывности и непрерывности. Она (т.е. эта работа) нуждается в метаперспективе, которая приобретается через отношения и контакт с «другими» (как видят меня другие?) и образуется в психосоциальном контексте группового содружества.

Мы, как общество и государство, должны задать себе, поэтому, среди прочего вопрос: «Какую позицию по отношению к учебе и какие социальные способности мы хотим от учеников/учениц? (см. Фрайберг, с. 57)».

4. *Школьный класс как символ и тренировочное поле для гуманной, демократической совместной жизни.*

Школьные классы в особенности подходят для разработки и испытания социальной, гуманной и демократической учебы, чтобы подготовить себя к обществу в смысле живой демократии. Широко распространенное убеждение, что демократическое совместное существование возможно только у интеллигенции, последствием чего часто является игнорирование социального научения в противовес познавательной учебе. Демократия может развиваться только в гуманистических, демократических, социальных структурах и нуждается в образцах и упражнении. Предпосылками являются языковой контакт и возможности совместных действий по оформлению самоопределяющих и самоорганизованных действий, кооперации, изучение социальной ответственности и многое другое.

Все эти социальные компетенции могут быть освоены только благодаря тому, что они становятся самостоятельным опытом. Основой для этого служит живой опыт того, что как ребенок, так и взрослый, как хороший ученик, так и плохой ученик, как мальчик так и девочка и т.д. имеют одинаковое право на существование. Что в классе не должен быть только один «король математики», что каждая и каждый имеет право быть королем и имеет право на внимание и уважение со стороны других. Это все же нельзя смешивать с тем, что одновременно существуют многие права и обязанности, например между учителями и учениками, и их нужно выяснить.

V. Последовательное усовершенствование в образовании учителей.

В проекте постановлений по учебному плану 1999 для основной школы и высших общеобразовательных школ, заказ по закону для «общей цели обучения» формулируется следующим образом:

- Высшая общеобразовательная школа имеет задачу передать ученицам и ученикам обширную и углубленную общую подготовку (общее образование) и привести их одновременно к свидетельству об окончании вуза (§ 34 закона о школьной организации);

- Высшая общеобразовательная школа должна в духе § 2 закона о школьной организации содействовать развитию молодых людей, а именно, при приобретении знаний, при развитии компетенции и при ознакомлении с ценностями. При этом особенно должна поддерживаться готовность к критической рефлексии. Необходимо поддерживать учениц и учеников в их процессе развития для социально ориентированного и позитивного устройства жизни.

В следующих главах сформулированы следующие цели воспитания в этом направлении:

- Восприятие демократических возможностей совместного языка и совместного устройства.

- Прием социальной ответственности.
- Развитие уверенности в себе, а также, самоопределяющая и самоорганизованная учеба и действие.
- Преодоление коммуникативных и кооперативных задач.
- Развитие уверенности в себе, а также самоопределяющие и самоорганизованные действия.
- Деловая компетенция требует расширения и дополнения через самокомпетенцию и социальную компетенцию.
- Преподавание должно активнее способствовать демократии, отвечающей правам человека.

По типу устройства преподавания следует так же придерживаться следующих директив:

- Соглашение на индивидуально необходимое рабочее время.
- Составление дифференцированных учебных предложений, которые предлагают индивидуальные подходы.
- Осознание сильных и слабых сторон, причем предпочтительна привязка к сильным сторонам.
- Развитие метода обратной связи.
- Создание учебного климата индивидуального содействия и устранения демотивации.

Чтобы смочь передать социальные компетенции в духе вышеуказанных и сформулированных целей учебного плана ученикам/ученицам адекватно, требуется соответствующая профессиональная квалификация. Это означает обогащение учебного плана усовершенствования учителей, как в образовательной школьной сфере, так и в сфере «АHS», в форме «тематически-центрированного, ориентированного на процесс тренинга по (приобретению) самостоятельного опыта, для приобретения и содействия социальным и эмоциональным компетенциям» в духе гуманистической детской психотерапии.

Это обучение должно, в особенности, посвящаться детскому и юношескому возрасту. Общение с детьми и подростками означает принятие во внимание, согласно возрасту ученика, совсем других критериев, чем при взаимодействии во взрослой сфере. Особенно при работе с детьми и подростками решающую роль (среди прочего) играют структура и поле окружения. Школа должна стать рамочным условием человеческого развития, так как состояние окружающего мира отражается во внутреннем мире индивида. Этот комплексный процесс также имеет большое значение для отношений между людьми, в особенности для отношений учитель – ученик.

Цели тематически центрированного, ориентированного на процесс тренинга для получения самостоятельного опыта.

1. Содействие и расширение эмоциональной и социальной компетенции и допускаемой нагрузки.

2. Содействие личностному развитию через самостоятельный опыт, с учетом детства, юности и взрослого периода.

3. Применение специфических для детей/подростков подходов, практик и методов, как, например, преподавание в группах.

4. Специфическое расширение теоретических основ и методов преподавания.

5. Системный, центрированный на ребенка подход к отношению: учитель – ученик.

VI. Рефлексии на институт школы как общности, которая делает возможным улучшение учебных достижений и оказывает поддержку.

На индивида оказывает непосредственное воздействие его социальное и культурное поле окружения. При этом здесь речь идет о в высшей степени сложном взаимном взаимодействии между растущим человеческим организмом и его микро-, мезо-, экзо- и макросистемами (авт. Левин 1935; Бронфенбреннер 1981). Если в младенчестве и в раннем детстве задачей родителей является устройство окружающей среды, то в школьный период это делает общество в качестве института школы, который берет на себя устройство поле окружения «школа».

Поэтому возникает вопрос: «Какие формы и методы преподавания и какая система между учениками/ученицами, учителями/учительницами и родителями могут поддерживать развитие личности и развитие идентичности в равной мере?»

Обнаружилось, что фронтальное преподавание противодействует кооперативной учебе учеников/учениц друг с другом и демократической учебе.

Такие структуры, как преподавание в малых группах, поддерживают коммуникацию и гибкость школьников/школьниц. Школьники/школьницы берут на себя больше самостоятельной ответственности и работают более мотивированно.

Из всего ранее сказанного следует, что дети и подростки нуждаются в эмоциональном закреплении не только в семье, но также и в учреждении школы. Им нужна система школы, в которой учителя и родители являются сплоченными, доверяют друг другу и уважают друг друга и движутся в одном направлении на благо развития и стимулирования детей. Детская психотерапия видит школу как общественное место для учащихся, в котором они также могут и должны найти родину. Детям нужны, с одной стороны, учителя/учительницы, которые им показывают, куда они должны идти, всегда готовые их вести.

С другой стороны, учителя/учительницы должны допускать и поддерживать индивидуальные учебные шаги учащихся в форме самостоятельного опыта.

Система отношений: учитель – ученик включает замену руководства с одной стороны и поддержки и сопровождения с другой стороны. Если у учителей есть задача, обучать учащихся стать самостоятельными людьми с соответствующей деловой компетенцией, тогда также задачей учреждения «школа» является забота о том, чтобы она сама получила соответствующее образование. Чисто познавательное образование ожесточает личность учителя/учительницы и делает ее застывшей и не может больше существовать в

межличностном профессиональном поле, в котором требуются социальные компетенции, гибкость и максимальная способность к коммуникации.

Список литературы

1. Сномпи Л. Аффектлогика. Штутгарт, 1994
2. Сномпи Л. Эмоциональные основы мышления.
3. Ван-дер-Хёк и Рупрехт. Г. Геттинген, 1999
4. Клинтон Рохан Х. Мир для детей. Из-во Кнаур Мюнхен, 1998
5. Эриксон Э. Идентичность и жизненный цикл. 1996
6. Еврокомиссия. Предложение отказа от школы: Вызов для объединенной Европы. г.Брюссель, Люксембург, 1994
7. Фрайберг Х.Дж. «Свобода учиться – почему дети любят школу?» Использование роджерманских принципов для школьной реформы и изучение окружающей среды в городских поселениях. Фонд Форда. Хьюстон, 1997
8. Фрайберг Х.Дж. Климат школы: исследование, улучшение и поддержка здоровой учебной среды. Из-во Фальмер-Пресс. Филадельфия, 1999
9. Фур Р./ Греммер –Фур М. Устройство – подход. Из-во «Гуманистическая психология» г. Кёльн, 1995
10. Хайнтель П. Ребенок и учреждение в «Цимприх Х» - Ребенок и окружающая среда. Из-во Шпрингер, Вена – Нью-Йорк, 1996
11. Колльбрунер Дж. Книга гуманистической психологии. Из-во Клотц, г. Эбборн, 1989
12. Роджерс С.Р./Фрайберг Х.Дж. Свобода учиться. 1983
13. Роджерс С.Р. Свобода и обязательство: центрированное на личность обучение и учеба. Из-во Фишер ТБФ, г. Франкфурт-на-Майне, 1989
14. Штерн Д.Н. Жизненный опыт грудного ребенка. Из-во Клет-Котта, г. Штутгарт, 1992
15. Винникотт Д.В. Процессы созревания и содействующая окружающая среда. Из-во Фишер ТБФ, г. Франкфурт-на-Майне, 1994
16. Юнисс Дж. Социальная конструкция и психическое развитие. Из-во Зуркамп, г. Франкфурт-на-Майне, 1994
17. Цимприх Х. Ребенок и окружающая среда: психогигиенические и психосоматические аспекты. Из-во Шпрингер, Вена – Нью-Йорк, 1980
18. Цимприх В. Народная школа как содействующее поле окружения в «Хуттер-Криш Р» и др. Психотерапия, качество жизни и профилактика. Из-во Шпрингер, Вена – Нью-Йорк, 1996

ИНТЕГРАЦИЯ ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ И ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Цимприх В.

Институт повышения квалификации в области детской и подростковой психологии, консультирования и психотерапии родителей, г. Вена, Австрия

Результаты исследований раннего детского развития, полученные благодаря введению новых экспериментальных методов, поставили под вопрос базовые теоретические положения традиционной психологии развития. Концепция “Live span development approach” - “развития в течение всей жизни” изменяет взгляд на фазовую модель развития и релевантность диагноза «ранние нарушения». Детской и подростковой психотерапии необходим новый рабочий подход, сформированный на основе новых данных в исследовании детства.

В отличие от детской психотерапии в психотерапии взрослых основное значение придается влиянию бессознательного мира индивидуальной мотивации и фантазий. В детской психотерапии все гипотезы и предположения ведут точно в обратном направлении. Чем младше ребенок, тем более однозначно влияние его окружения, то есть близких. С момента своего зачатия ребенку необходимо продолжать жизнь и выживать в конкретной реальности, от которой он зависит. Развитие индивидуума происходит от начальных стадий «абсолютной зависимости» (Winnikot 1993) через «относительную независимость» к состоянию завершенной автономии и интегрированного социального чувства. Если мы в дальнейшем говорим о фазах развития, то только из-за необходимости обзора составляющих частей и процессов развития. В действительности первичные задачи эмоционального развития не бывают полностью разрешены (Winnicott 1994).

Результаты, полученные благодаря введению новых экспериментальных методов в исследование раннего детского развития Д. Штерном (D.N.Stern 1992) показывают, что младенец с самого начала, намного раньше, чем у него появляется осознание себя или речь, владеет ощущением себя и субъективным миром. Это означает, что уже младенец по существу своему интерсубъективен и каждый день соучаствует в создании мира межличностного бытия. Ребенок с самого начала является партнером по коммуникации и компетентным, способным к приспособлению, развивающимся в процессе всей жизни, рефлексирующим индивидуумом, с самого начала способным соотноситься с Ты другого.

Его развитие протекает в форме квантовых скачков и взаимосвязано с новыми формами самоопределения ребенка и находится в отношении с конкретным социальным опытом.

Этот конкретный субъективный социальный опыт влияет на ранние самоощущения младенца, позже на различные стадии развития его “самости”(D.Stern 1992), на развитие «Я» и на развитие идентичности. Лонгитюдные исследования развития, таких как (Rutter 1993) показывают сложность взаимовлияния ряда факторов: переходные периоды в жизни,

континуумы и их нарушения, цепочки опытов и других, которые могут привести к образованию патологии. В отношениях родитель-ребенок происходит обмен внутренними мирами младенца и матери или родителей (человека, который о нем заботится). Развитие ребенка происходит в попеременном влиянии ребенка на мать, отца, и все дальнейшее окружение и ответного влияния на ребенка матери, отца и других персон из окружения. Винникот в этой связи говорит о «достаточно хорошей матери». Чем лучше дифференцирован внутренний мир матери, чем дифференцированнее социальное окружение матери и ребенка, тем более дифференцированным и комплексным образом развивается его внутренний мир.

Если в симбиотической диаде «мать-ребенок» достаточно хорошо исполнены потребности ребенка, то ребенок с одной стороны учится распознавать свои потребности, дифференцировать и размещать их, с другой стороны возникают совместные паттерны отношений. Они могут быть как способствующими, так и препятствующими развитию.

Из истории фактического взаимодействия с матерью или другими персонами привязанности ребенок выносит определенные содержания, которые служат в качестве ведущей линии обращения с настоящими и будущими интеракциями. Для этого большое значение имеет память ребенка, чья роль оказалась больше, чем полагали раньше.

Эти и другие открытия современных исследователей раннего развития (D.N.Stern, R.N.Emde, H.и M. Papousek, J.D. Lichtenberg и др.) делают сомнительными основные положения психологии развития и наводят на следующие мысли и вопросы: Одно раннее детство не оставляет навсегда фиксированными «стрелки» развития, хотя раннее развитие оставляет свой след (Петцольд 1995). Новорожденный в этих исследованиях представляется как в высшей степени приспособляющийся, субъективно переживающий свои социальные взаимоотношения маленький индивидуум. Концепт «“Live span development approach”» - подчеркивает возможности развития саморегуляции и самоосуществления человека как «творца своего собственного развития» на протяжении всей жизни. Все это имеет чрезвычайно важные последствия для психотерапии детей и подростков.

Психотерапевтическая релевантность.

Итак, если развитие представляет в высшей степени сложный процесс попеременной встречи между ребенком и родителями или заботящимися о нем людьми, то это обозначает, что в детской психотерапии нам необходимы концепции не только интрапсихического развития ребенка, но так же модели межличностной ситуации, а именно отношений с его родителями, семьей и окружением.

В схеме 1 показано сочетание интрапсихической и интерперсональной работы в детской психотерапии .

В качестве основы психотерапии на самом главном месте стоят отношения терапевта с ребенком и с родителями, которые выстраиваются через контакт и через встречу «я» и «ты» (М. Бубер, Х.Петцольд 1987). Это несущая ось психотерапии. Они также красной нитью проходят через весь процесс

психодиагностики, который и затем перекрещивается вновь и вновь со спиралью процесса терапии и позволяют терапевту интегрировать все данные в новый информационный гештальт.

ОТНОШЕНИЯ (РЕБЕНОК\ПОДРОСТОК, ТЕРАПЕВТ, РОДИТЕЛИ)

Процесс диагностики			Процесс терапии	
Объективная информация	Субъективная информация		Процесс терапии	
Биографические данные Органическая симптоматика Социальный мир ребенка	Интрапсихический диагностический процесс Понимание актуального состояния – что есть?	Интер-субъективный диагностический процесс Понимание актуального состояния – что есть?	Интрапсихический процесс терапии Что должно быть? Работа над необходимым состоянием	Интер-персональный процесс терапии Что должно быть? Работа над необходимым состоянием
Узнать \установить цель терапии ребенка и родителей			Упражнение в нахождении решений и заключении компромиссов (торг)	
Цель: Интеграция всех данных в новый информационный образ: Собранная информация является большим и качественно другим, чем сумма отдельных частей.			Цели работы терапевта на благо ребенка: а) в связи с лечением симптома б) в связи с гуманизацией окружения целью обеспечения нормальной саморегуляции и самореализации в жизненном мире	

Хотя на переднем плане стоит привлечение субъективной информации и работа над контактом, привлечение объективных данных в виде биографического анамнеза, органических симптомов, факторов социального жизненного мира не должны быть пропущены. Время для их привлечения нужно подобрать бережно и совершенно необязательно получить их на первой встрече, поскольку терапевтические отношения с ребенком в такой беседе могут попасть под угрозу.

Теперь, с одной стороны, необходимо получить картину актуального состояния, а с другой стороны и одновременно начинается работа над тем, что должно быть. Каждая интервенция всегда имеет терапевтический характер и меняет шаг за шагом ситуацию пациента так, что начинается процессуальная

терапия. Терапевт находится теперь перед сложной задачей учитывать и в диагностике, и в терапии как интерперсональный, так и интрапсихический процесс.

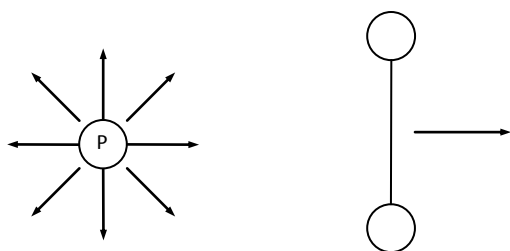
1. Системная часть диагностического процесса.

Необходимо установить модель отношений, в частности положение и позицию ребенка в отношениях со своими родителями.

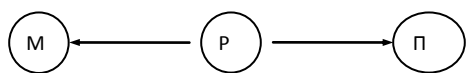
В основе нарушения адекватных детско-родительских отношений лежат различные виды конфликтной динамики. Патологические детско-родительские позиции производят определенные характерные нарушения.

А) Дефицитарная стимуляция

Недостаток в приспособлении родителей к я-потребностям ребенка. Ребенок изолирован и обособлен от родителей.

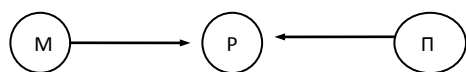


Б) Противоречащая стимуляция. Борьба родителей за ребенка. Ребенок чувствует себя разорванным.

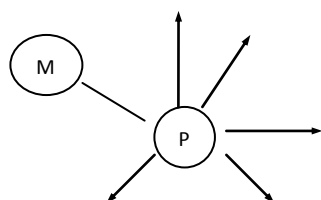


В) Чрезмерная стимуляция. Родители борются против друг друга через/посредством ребенка.

Чрезвычайный стресс и непосильная задача для него.



Г) Дисрегулированная или расщепленная стимуляция (двойные связи). То одна, то другая из вышеописанных позиций или неоднозначная позиция (двойная связь). Ребенок перестает быть способным к действию.



1.3 На уровне каких отношений осуществляется конфликт

- Уровень диады
- Уровень триады

-Уровень большой семьи

-С окружением

1.4. Влияние семейной культуры на ребенка (Ресурсы и дефициты) и влияние ребенка на семейную систему

1.5. Кто является пациентом (пациенткой)? (Тем реже сам ребенок, чем он младше). Для установления патологических паттернов взаимодействия необходимы не только индивидуальные сессии с родителями, братьями и сестрами и по необходимости с семьей, но и посещение дома, чтобы почувствовать его атмосферу. Центральной предпосылкой для этого являются доверительные отношения терапевта с ребенком и родителями. Чем лучше эти отношения, тем более открыто и искренне смогут говорить родители так же и о своих проблемах и сообщить ребенку свою цель терапии.

2.Интрапсихическая диагностика.

На индивидуальных сессиях, но так же и на часах встреч с близкими ребенка необходима тщательная диагностика *внутрипсихического* состояния ребенка:

2.1 На какой полярности лежит расстройство эмоционального развития ребенка?

Доверие – Недоверие

Автономия – Стыд и Сомнение

Инициатива – Вина

Продуктивность–Чувство неполноценности

Идентичность–Диффузия идентичности

Как уже упомянуто выше, речь идет не о возрастных отрезках развития, но о конкретных процессах эмоционального обучения.

2.2. С каким видом нарушения мы имеем дело (Х. Петцольд: Дефициты? Нарушения? Конфликты? Травма?) Какие в связи с ними выработаны способы защиты? (А. Фрейд и др.)

2.3.Где здоровые части? Какие есть ресурсы?

2.4.Насколько развито восприятие, каковы границы восприятия и сознания?

2.5.Где находится ребенок в эмоциональном, когнитивном, телесном и социальном развитии?

Также и у детей есть цели терапии, которых необходимо придерживаться. И, между прочим, они не должны совпадать или согласовываться с целями родителей или других членов семьи.

Процесс терапии который включает внутрипсихическую и межличностную работу, протекает в тесной связи с процессом диагностики,

Осуществляется попеременное влияние индивидуального развития и развития окружения. Благодаря вмешательству психотерапевта в нарушенные модели взаимоотношений родителей, в окружение, блокирующее ребенка, запускается развитие членов семьи, связанных с ребенком. Таким образом, становится возможен новый опыт межличностного взаимодействия между ребенком и его окружением, происходят встречи, не представлявшиеся

ранее возможными, и реальность переживается ребенком уже по-новому, осваивается и упражняется способность к отношениям.

3. Интерперсональный подход.

Межличностная часть терапевтической работы охватывает следующие области:

3.1. Работа над контактом и отношениями с ребенком и с родителями (сеттинг должен соответствовать возрасту)

3.2. Мотивационная работа с ребенком\подростком для того, чтобы установились рабочие отношения

Поскольку в детской\подростковой психотерапии часто отсутствуют заинтересованные в ней лица (чаще всего ни ребенок, ни родители, ни семья в ней не заинтересованы) то эта часть часто составляет большую часть терапевтических целей.

3.3. Работа с окружением: работа над внешними конфликтами и структурами, которые сложились в процессе социализации:

а) интрапсихическая работа

-с родителями

-с братьями\сестрами

-с семьей

-с окружением (в школе и др. институтах)

б) интерперсонально: работа над коммуникацией и паттернами взаимодействия в поколениях и со внешним миром

3.4. Создание однозначной родительской позиции в отношении ребенка в соответствии со следующими критериями:

А) Защита

Б) Ответственность (Ведение)

В) Процесс отделения

Если нарушенное взаимодействие ребенок – родитель не изменится, то чисто интрапсихическая работа с ребенком останется только работой по накладыванию заплаток (Анна Фрейд, 1934). Следовательно, работа с родителями и семьей в детской психотерапии имеет такое же значение как и работа с самим ребенком. Чаще всего на ранних этапах на переднем плане фактически больше стоят системные интервенции и лишь потом следует более дифференцированная работа над нарушением. В некоторых случаях изменение родительской позиции и паттерна взаимоотношений само по себе может привести к осуществлению целей терапии.

4. Процесс психотерапии.

Интрапсихическая психотерапевтическая работа интегрирована в большую спираль психотерапевтической работы. Важные сферы этой работы:

4.1. Межперсональная (интерсубъектная) встреча ребенка и терапевта с целью индивидуации ребенка.

4.2. Работа над первичными и вторичными расстройствами: постсоциализация, «Nachbearbeitung» -«включение в семью» – при дефицитах, и другие методики при конфликтах, травмах, нарушениях.

4.3. Расширение возможностей восприятия: детская терапия ориентирована на действия и включает в себя эксперименты и конкретные переживания (приготовление блюд, игра с глиной и в песочнице, ролевая игра, спорт, упражнения на движение, телесный опыт, энергетическая работа)....

4.4. Изменение структур, нарушающих развитие ребенка и замена их теми, которые требуются\необходимы для его жизненного мира.

4.5. Развитие и интенсификация переживания собственной идентичности и смысла.

Кроме того, в зависимости от цели терапии в нее необходимо включать последовательное нахождение решений, или, если к примеру у ребенка и родителей противоречащие цели – компромисс при установлении решения.

Задачей терапевта является приведение всей совокупности данных в новую информационную структуру, которая больше суммы разрозненных частей.

На основе этого терапевт устанавливает цель терапии ребенка или подростка в смысле его блага. Содержание этой цели определяется:

- 1) Необходимостью лечения или устранения симптома
- 2) Общей гуманизацией окружения ребенка для обеспечения саморегуляции и самореализации в его жизненном мире.

Описанный здесь подход детской психотерапии нельзя смешивать с подходом семейной терапии, несмотря на то что в ходе работы необходимо возникают некоторые пересечения

Задачей детского терапевта является в интересах блага ребенка поддержать его развитие, как со стороны его внутреннего мира, так и со стороны его межперсональных связей и окружения.

Литература.

1. Эриксон Э. Детство и общество. Санкт-Петербург ЛЕНАТО 1996
2. Штерн Д. Дневник младенца. Москва «Генезис», 2001
3. Buber M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert, 1984
4. Osten P. Die Anamnese in der Integrativen Therapie.
5. Petzold, H. G. (Hrsg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen. Paderborn: Junfermann, 1995
6. Petzold, H., Ramin, G. (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn: Junfermann, 1987
7. Petzold, H. G. Die Kraft liebervoller Blicke. Paderborn: Junfermann, 1995
8. Rutter M. Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter. In: Petzold, H. G. (Hrsg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen. Paderborn: Junfermann, 1993
9. Stern, D.N.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993
10. Stern, D.N. Die Representation von Beziehungsmustern. Entwicklungspsychologische Betrachtungen. In: Petzold, H. G. Die Kraft liebervoller Blicke. Paderborn: Junfermann, 1995
11. Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt am Main: Fischer TB, 1984

12. Winnicott, D.W.: Vom Spiel zur Kreativität (Playing and Reality).
Stuttgart: Ernst Klett, 1971
13. Zimprich V. Kinderpsychotherapie braucht eigene Ansätze: Die
Einbeziehung der Familie in die Kinder und Jugendlichenpsychotherapie: ein
interpersonelle Arbeitsansatz

ЕСТЬ ЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ЖИЗНИ НЕРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА?

Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия.

Введение: здоровье нации во многом определяется течением беременности и её влиянием на состояние плода и новорожденного. Огромное влияние на ухудшение соматического и психического здоровья поколений оказывают недоношенность, незрелость, внутриутробная инфекция, а также перинатальные гипоксически-ишемические повреждения центральной нервной системы плода и новорожденного.

Одним из самых тяжёлых последствий гипоксически-ишемических повреждений является неполноценность развития головного мозга, связанная не только со структурными деструкциями, но со стойкими циркуляторными изменениями в сосудах мозга, что проявляется спазмами, кровоизлияниями и является базой для вторичных расстройств мозговой гемодинамики при функциональных нагрузках. У таких детей нарушается абстрактное мышление, преобладает апатия, неуравновешенность, невозможность концентрации внимания, снижаются показатели развития речи, слуха, зрения, моторной координации. В будущем человек не может справиться с возрастающими соответственно росту цивилизации информационными умственными, сенсорными, эмоциональными нагрузками. И чтобы «догнать» цивилизацию человек начинает прибегать к искусственным стимуляторам, создающим виртуальную реальность и зависимость от наркотиков, алкоголя что создаёт огромные социальные проблемы.

Каковы же возможные исходы перинатальных гипоксически-ишемических повреждений? Без сомнения, эти варианты тесно связаны со степенью структурных повреждений, но общий прогноз выглядит следующим образом: нормальное нервно-психическое развитие наблюдается у 22,4% детей; пограничное нервно-психическое развитие (лёгкие речевые нарушения, поведенческие и эмоциональные отклонения, моторная неловкость, задержка формирования навыков опрятности, гиперактивность, возбудимость) - у 51%; патологическое нервно-психическое развитие - у 26,6%.

Как диагностируется хроническая внутриутробная гипоксия в современных условиях? Достаточны ли эти методы для полной оценки состояния ребёнка, выработки рациональных рекомендаций для ведения беременности, родов и предупреждения церебральных повреждений у новорожденных вследствие хронической внутриутробной гипоксии?

Диагностика гипоксии плода основывается на оценке его сердечной деятельности, структуры плаценты, интенсивности кровотока в системе мать-плацента-плод, количества и качества околоплодных вод, показателей гормональной функции фето-плацентарного комплекса. Диагностическая и прогностическая значимость этих методов различна, но комплексное их использование приводит к значительному снижению перинатальной

смертности. Однако добиться значительного снижения частоты перинатальных гипоксически-ишемических повреждений новорожденных ещё не удаётся.

Поиски причин этого положения привели к обсуждению мысли о том, что о состоянии ЦНС плода мы судим по признакам недостаточности кровотока в магистральных сосудах фето-плацентарного комплекса, хотя имеет смысл хотя и косвенно, но оценивать состояние ЦНС по поведенческим и эмоциональным его реакциям.

Знаменательным событием последних десятилетий является доказательство правомерности существования дородовой психологии, что базируется на анатомических, физиологических, психологических и социальных аргументах. П.К.Анохин (1968) выдвинул биологическую концепцию системогенеза, согласно которой система поведенческих актов может работать, прежде чем она достигнет окончательного оформления. Эта теория касается и возникновения поведенческих реакций в пренатальном периоде, т.к. уже с момента зачатия плод является человеческим существом и находится в постоянном общении с матерью по нескольким путям: гуморальному, поведенческому и психическому. Томас Верни, основатель ассоциации по перинатальной психологии, доказывал, что мысли и чувства беременной передаются плоду посредством нейrogормонов подобно тому, как передаются лекарственные вещества, никотин и алкоголь, употребляемой будущей матерью. Не только соматические расстройства и недомогания, связанные с экстрагенитальными и другими соматическими заболеваниями, но ещё в большей степени тревога, страх, беспокойство оказывают отрицательное воздействие на плод через выделяемые гормоны стресса, проникающие через плаценту к плоду, вызывая ненормальную активизацию его эндокринной системы и приводя к спастическим состояниям органов (кишечника- колики, примеси мекония в околоплодных водах; сердца – ненормальная кардиотокограмма без видимых причин; выделительной системы), гиперактивности или, наоборот, снижению движений.

Акушеры добиваются стерильной обстановки в родильных домах, госпитализируют и лечат беременность с первых и до последних недель её развития, но через 15-20 лет эти выношенные дети погибают от алкоголизма, наркомании, суицидов, депрессии. Есть ли связь между особенностями девятимесячного развития ребёнка и его дальнейшей жизнью? Этот судьбоносный вопрос всегда стоит перед акушерами

Цель данной работы более узкая и состоит в уточнении тяжести перинатальных ишемически-гипоксических повреждений путем выявления взаимосвязей между психическим, соматическим состоянием матери и функциональными характеристиками фето-плацентарного комплекса, включая поведенческие реакции плода.

Поставленная цель решалась выполнением следующих задач:

Выявить соматические, акушерские и психологические факторы беременной, способствующие возникновению перинатальных гипоксически-ишемических повреждений;

изучить состояние гемодинамики в системе мать-плацента-плод при возникновении перинатальных гипоксически-ишемических повреждений;

исследовать поведенческие реакции плода при различных степенях гипоксически-ишемических повреждений;

сопоставить степень гемодинамических расстройств с изменением поведения плода;

уточнить тактику ведения беременности и родов при сочетанной оценке факторов риска развития гипоксически-ишемических повреждений.

Дизайн работы: проведено комплексное обследование и лечение 184 беременных.

Ретроспективно, основываясь на результатах проведенного обследования, наличии или отсутствии нарушений в функционировании фето-плацентарного комплекса, особенностям течения беременности и исходам родов, были выделены следующие группы:

в контрольную (КГ) группу вошли 96 пациенток с неосложненным течением беременности, без нарушений органических и функциональных нарушений в фето-плацентарном комплексе, родившие здоровых доношенных детей.

В основную группу (ОГ) вошло 88 пациенток с осложненным течением беременности, у которых были выявлены нарушения функционирования фето-плацентарного комплекса, приведшие к развитию антенатального дистресса плода и рождению детей с признаками ишемически-гипоксического поражения центральной нервной системы.

У всех женщин беременность была одноплодной и завершилась своевременным рождением живых детей без пороков развития.

Всем пациенткам проводилось комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование. При эхографическом исследовании проводился анализ параметров сердечной деятельности, двигательной и дыхательной активности плода, амнио- и плацентоскопия. Гемодинамические взаимоотношения фето-плацентарного комплекса оценивались путем определения интенсивности кровотока в маточно-плацентарном (маточная артерия) и плацентарно-плодовом (артерии пуповины) и плодовом (аорта и средняя мозговая артерия плода) его компонентах. С целью оценки характера изменений МП и ПП кровотоков в динамике беременности дополнительно высчитывали процентный прирост интенсивности кровотока в основных сосудах МПП комплекса и отношение ИР МА/ИР АП (патент № 2193864). Критериями неосложненного течения беременности считали динамический прирост интенсивности кровотока в сосудах МПП комплекса при сохраненном гемодинамическом равновесии МП и ПП кровотока, что подтверждалось стабильным постоянством показателя ИР МА/ИР АП в пределах 0,71-0,77 отн. ед. независимо от срока беременности. Критериями нарушения МПП гемодинамики считали снижение интенсивности МП кровотока свыше 15-30%, и нарушение равновесия между МП и ПП, представленное увеличением показателя ИР МА/ИР АП до 0,8-1,1 отн. ед.

Диагностику психических состояний и свойств личности оценивали по тесту Люшера (4). Методом анкетирования исследовали частоту наиболее значимых причин эмоциональных стрессов, к которым относили следующие: переживания из-за отношений с супругом; своими родителями или мужа; из-за болезни близких; в связи с работой или учёбой; сильные испуги; страхи во время беременности (страх смерти, неблагоприятного исхода беременности, боли и осложнений в родах, болезни или уродства ребёнка, боязнь остаться без помощи в родах, опасения испортить фигуру, потерять хорошее отношение мужа); ощущение опасности природных и техногенных катастроф, дорожно-транспортных происшествий.

Полученные результаты: У пациенток основной группы выявлено преобладание (70%) дистимического и астенического типа акцентуации личности. Дистимический тип характеризовался постоянно сниженным фоном настроения, пессимизмом, низкой активностью, фиксацией на теневых сторонах жизни; при астеническом типе женщины характеризовались неуверенностью в себе и в стабильности ситуации, повышением чувства ответственности, тревоги как в отношении мелких житейских проблем, так и за судьбу близких, выраженной зависимости от объекта привязанности, снижении порога толерантности к стрессу; в ситуации стресса - блокировке или ведомой активности вслед за большинством или лидером.

При анализе причин эмоциональных стрессов выявлено, что в основной группе практически у 100% обследованных были выявлены нарушения психо-эмоционального статуса, проявляющиеся частыми волнениями в начале и в конце беременности, состоянием внутренней неудовлетворённости и напряжения, повышенной раздражительностью, нарушением сна и засыпания. Это приводило к нарушению формирования как доминанты беременности, так и доминанты родов, к резкому преобладанию симпатического отдела вегетативной нервной системы перед родами, нарушению суточного ритма выделения катехоламинов с преобладанием адреналина и развитием венозного застоя в мышце матки и развитием тяжёлых форм нарушений сократительной деятельности матки в родах (2).

В контрольной группе чувство неуправляемого страха практически не встречалось, женщины находились в большем согласии с собой, хотя остальные причины для эмоциональных стрессов присутствовали и у них: нерешённые личные и семейные проблемы, отсутствие уверенности в прочности брака, проблемы с учёбой и работой. Немаловажную роль в формировании чувства страха сыграла ятрогения: настойчивое напоминание о возможных осложнениях во время беременности и в родах, назначение большого количества лекарств без понятного объяснения их необходимости, профилактическая дородовая госпитализация при минимальных факторах перинатального риска в отделения патологии беременности, где беспокойство усиливается.

Возрастная характеристика пациенток выделенных групп была сопоставима ($p > 0,05$). Анализ соматического анамнеза показал, что в ОГ количество женщин с отягощенным соматическим анамнезом (71,9%)

встречалось практически в два раза чаще в сравнении с КГ (39,5%). Сравнительный анализ гинекологической заболеваемости пациенток выявил достоверное преобладание воспалительных заболеваний и гормональных нарушений при осложненном течении беременности (75,3%).

Среди повторнородящих пациенток ОГ подавляющее большинство (82,1%) имели отклонения в течение предыдущей беременности, которые проявлялись гестозом различной степени тяжести (69,9%), рецидивирующей угрозой прерывания (72,4%), хронической плацентарной недостаточностью (66,7%), внутриутробным инфицированием (48,8%).

Среди женщин ОГ в первой половине гестации доминировала клиника рецидивирующей угрозы прерывания (82,6%). Патология второй половины беременности была представлена хронической ФПН (100%), гестозом (66,4%), ВУИ (49,9%), рецидивирующей угрозой прерывания (49,6%), анемией (38,2%), нарушением биоценоза влагалища (25,9%).

Т.о, результаты анализа анамнестических данных демонстрируют существенную роль соматических, акушерско-гинекологических и наследственных факторов риска в развитии перинатальных ишемически-гипоксических изменений.

Родоразрешение осуществлялось на сроках от 28 до 40 недель беременности. Осложненное течение родов (отклонения от нормального темпа родов, несвоевременное излитие околоплодных вод, интранатальный дистресс плода) среди пациенток ОГ было в 56,2% наблюдений. Оперативное родоразрешение, ведущие показания, к которому были со стороны плода имелись у каждой третьей пациентки (28,2%) ОГ.

Подтверждением морфофункционального дисбаланса в фето-плацентарном комплексе явились исходы родов, которые показали, что на фоне осложненного течения беременности у большинства плодов развивается хроническая антенатальная гипоксия, приводящая к формированию задержки развития плода. Наибольшее количество детей с признаками гипотрофии II (38,2%) и III (6,8%) степени, тяжелыми отклонениями в течении раннего периода постнатальной адаптации (45%) и тяжелой перинатальной патологией (41%) родилось у матерей, беременность которых протекала на фоне рецидивирующей угрозы прерывания, острых и хронических инфекций, гестозов средней и тяжелой степени и ФПН в стадии суб- и декомпенсации. Данное наблюдение является отражением того факта, что при длительной внутриутробной гипоксии происходит гибель нервных клеток, нарушение ассоциативных связей между ними, расстройства гемо- и ликвородинамики, что и является причиной неврологического дистресса новорожденных, а так же различного рода энцефалопатий ребенка.

Динамическое ультразвуковое исследование, проведенное среди пациенток контрольной группы, не выявило признаков отставания биометрических параметров и показателей жизнедеятельности плода от нормативных. Эхо-амниоскопия не выявила признаков изменения количества и состава околоплодных вод, а показатели плацентометрии и плацентоскопии соответствовали параметрам гестационной нормы.

Среди пациенток основной группы, мы выявили ряд отличительных признаков, характерных для осложненного течения гестационного процесса: эхографическое изменение толщины, структуры и степени зрелости плаценты; нарушение процессов образования и резорбции околоплодных вод; признаки внутриутробной гипотрофии плода в сочетании с нарушением сердечной деятельности, дыхательной и двигательной активности.

Исследование гемодинамических взаимоотношений в системе мать-плацента-плод среди пациенток контрольной группы выявило постоянный прирост интенсивности маточно-плацентарной, плацентарно-плодовой и плодовой гемодинамики. В динамике неосложненной беременности значения показателя ИР МА/ИР АП были стабильными и соответствовали $0,74 \pm 0,03$ отн.ед. Наличие стабильного гемодинамического баланса при неосложненном течении беременности подтверждается результатами исследования гемодинамики в плодовом звене фето-плацентарного комплекса. На протяжении беременности отмечено увеличение интенсивности кровотока в Ао и СМА плода, что отражает гармоничное развитие плода и адекватные его кровоснабжение.

При развитии осложненного течения беременности нами было отмечено снижение интенсивности маточного кровотока, приводящие на ранних этапах к компенсаторному увеличению пуповинного кровотока и сохранению адекватного кровоснабжения плода. При прогрессировании патологического процесса и дальнейшем снижении интенсивности маточного кровотока отмечено истощение компенсаторных возможностей пуповинного кровотока, уменьшение его интенсивности и централизация гемодинамик плода. Подтверждением полученных результатов явились результаты вычисления маточно-пуповинного отношения, которые показали, что при снижении интенсивности маточного кровотока менее чем на 20% показатели пуповинного кровотока и плодового кровотока соответствовали гестационной норме. Отношение ИР МА/ИР АП составило $0,7-0,75$ отн.ед, что свидетельствовало об адаптационной трансформации плацентарно-плодового кровотока в условиях незначительно сниженной плацентарной перфузии.

Уменьшение ИР МА на 20-34% от гестационной нормы сопровождалось компенсаторным увеличением интенсивности пуповинного кровотока и сохранением адекватного кровоснабжения плода. Нарушение баланса между МП и ПП кровотоками характеризовались повышением показателя ИР МА/ИР АП до $0,9-1,03$ отн.ед.

Тяжелые нарушения МП гемодинамики, характеризующиеся увеличением ИР МА выше 35% от гестационной нормы вызывали нарушение компенсаторно-приспособительных возможностей ПП кровотока, его интенсивности и централизацией гемодинамики плода. Это подтверждалось высокими значениями показателя ИР МА/ИР АП в пределах $1,04-1,09$ отн.ед (6).

Выводы: Выявлена взаимосвязь между личностными, психоэмоциональными особенностями беременных и развитием перинатальных гипоксических состояний. Наличие у беременных акцентуаций астенического

типа (пессимистичность, тревожность, дистимность) повышают риск гипоксии плода и являются показанием для немедикаментозной коррекции.

Наиболее выраженными являются взаимосвязи между психоэмоциональным статусом матери и функциональными особенностями фето-плацентарного комплекса и поведенческими реакциями плода;

Выявлена прямая взаимосвязь между степенью тяжести перинатальных ишемически-гипоксическими повреждениями плода и его поведенческими реакциями;

Необходим комплексный подход к уменьшению перинатальных ишемически-гипоксических повреждений, состоящий в дифференцированном перинатальном уходе: при преобладании психоэмоциональных расстройств у беременных без признаков нарушений в функционировании фето-плацентарного комплекса необходимо проведение грамотного психологического консультирования.

При появлении и нарастании нарушений в функционировании фето-плацентарного комплекса необходимо проведение совместной работы психологов и акушеров, патогенетическая медикаментозная терапия и при необходимости – досрочное родоразрешение.

Сочетание нарушений в гемодинамической системе фето-плацентарного комплекса и патологических поведенческих реакций плода является показанием к медикаментозной коррекции с исключением средств, ухудшающих мозговой кровоток плода (промедол, повышенные дозы седативных).

Список литературы:

1. Абрамова Г.С. Практическая психология Учебник для студентов вузов — Изд 6-е., перераб. и доп. — М : Академический Проект, 2001. — 480 с.
2. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность; возможности прогнозирования и профилактики: автореф. ... канд. мед. наук . М., 1989. — 20 с.
3. Газазян М.Г. Дискоординированная родовая деятельность как проявление «стресса ожидания» / Вестник Российской ассоциации акушеров - гинекологов. — 1998. - № 4. — С.78-82.
4. Истратова О.Н. Психодиагностика: коллекция лучших тестов. / Ростов Н/Д: Феникс, 2005. — 375с.
5. Психология: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов./Отв. ред. В.А. Аверин. - СПб, 2003г. С.166-169.
6. Способ ранней диагностики вторичной плацентарной недостаточности. / М.Г. Газазян, Н.А. Пономарева, О.Ю. Иванова // Патент на изобретение № 2193864; Заявл. 10. 12. 02.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Грицай Л.А.

Рязанский государственный университет, г. Рязань, Россия

В последние годы в отечественной научной литературе широко обсуждается вопрос о необходимости укрепления института семьи.

Не для кого не секрет, что в современной России семья переживает острый кризис, проявляющийся, в первую очередь, в сфере детско-родительских отношений. Ослабляются социальные связи между родителями и детьми, снижается значимость родства и родительства.

Как отмечает Н.В. Богачёва, «самоутверждение и автономность как наиболее важные принципы современной жизни ведут к разрушению традиционных устоев семьи; в связи, с чем супружество становится основной линией внутрисемейных отношений, тогда как родительство – второстепенной» [1, с. 3].

Серьезно затронули эти изменения и Россию и, в конечном итоге, привели к малодетности наших семей. Так, согласно исследованиям отечественных социологов, малодетность сегодня становится жизненной нормой: половина российских семей воспитывает только одного ребенка, при этом родители не стремятся к рождению последующих детей, ссылаясь на недостаточность своих средств и времени и сил [2].

Изучая основные причины данных явлений, уместно говорить не только о кризисе семьи, но и о *кризисе родительства*, ярко проявляющем себя в современном мире.

Поэтому сложившаяся ситуация требует внимательного изучения феноменов родительства в российском обществе начала XXI века.

Таким образом, целью данного исследования стало научное обоснование основных социально-психологических характеристик современного российского родительства.

Исходя из этого, мы поставили перед собой следующие задачи:

1. На основе анализа научных источников определить степень разработанности понятия «родительство» в отечественной психолого-социологической литературе.

2. Разработать авторскую модель, отражающую социально-психологические особенности процесса становления родительства в российском социуме начала XXI века.

3. Проанализировать возможные психолого-педагогические условия, способствующие преодолению кризисных явлений в области российского родительства.

Следует отметить, что понятие «родительство» является областью исследования целого ряда наук: философии, социологии, психологии, педагогики, медицины, права, демографии, культурологии, этики, религиоведения и др. Это, безусловно, подчеркивает значимость данного феномена в жизни как каждого отдельного человека, так и всего человечества.

При этом необходимо учитывать тот факт, что родительство, включая в себя феномены материнства и отцовства, не сводится к их простой совокупности. Отмечая глубинную взаимосвязь данных понятий, невозможно не отметить, что родительство находится на более высоком надличностном уровне определения, когда как отцовство и материнство, в первую очередь, являются качественными характеристиками отдельной человеческой личности.

По мнению Э.Р. Алексеевой, родительство может рассматриваться как «биологический, психологический, а также социокультурный феномен; как социальный институт, включающий в себя два других института: отцовство и материнство; как деятельность родителя по уходу, содержанию, воспитанию и обучению ребенка; как этап в жизни человека, начинающийся с момента зачатия ребенка и не заканчивающийся после смерти ребенка; как отношения кровного родства между родителем и ребенком; как субъективное восприятие человека себя родителем» [3, с. 644].

В отечественной науке на сегодняшний день можно выделить несколько научных подходов, опирающихся на психологическое (М.О. Ермихина, А.А. Леонтьев, Р.В. Овчарова, В.А. Рамих, Г.Г. Филиппова), социологическое (А.И. Антонов, Н.В. Богачёва, О.В. Глезденева, Т.А. Гурко, И.С. Кон) и педагогическое (И.Н. Гребенников, О.Л. Зверева, А.Н. Ганичева, Л.Ф. Спирин) понимание феномена «родительство». При этом наиболее широко представлены психологическое и социологическое направления.

С точки зрения психологии, родительство рассматривается как «осознание духовного единства с брачным партнером по отношению к своим детям, представляющее собой интегральное психологическое образование личности» [4, с. 464].

Г.Г. Филипповой подчеркивается, что родительство – это не только «часть личностной сферы женщины и мужчины», но и системное образование, «включающее потребности, ценности, мотивы и способы их реализации», а также систему детско-родительский взаимодействий и семейной педагогики [5, с. 350].

Той же научной позиции придерживается Р.В. Овчарова, включающая в компоненты родительства также «родительские установки и ожидания, родительские позиции, родительское отношение, родительские чувства, родительскую ответственность и стили семейного воспитания» [4, с. 464].

Одной из базовых категорий психологического подхода к изучению феномена родительства является понятие «осознанного родительства» (Р.В. Овчарова, М.О. Ермихина, Е.Г. Смирнова), предполагающее высокую степень осознания отцом и матерью семейных ценностей, установок, ожиданий, позиций, чувств, родительского отношения и ответственности; понимание себя, своих реакций, мотивов родительского поведения, родительских мотивов, ценностей; понимание своего супруга, его реакций и мотивов семейного поведения; осознание своего родительского единства [6, с. 18].

Родительство как социологическая категория представляет собой «устойчивое эмоционально насыщенное взаимодействие реальных и потенциальных родителей, связанное с рождением и воспитанием детей и

характеризующееся соответствующим поведением мужчины и женщины» [1, с. 13]. По мнению И.С. Кона, данная категория включает в себя: «родительские чувства, любовь, привязанность к детям; специфические социальные роли и нормативные предписания культуры» [7, с. 5]. Н.В. Богачева добавляет к этому также «социальные функции родителей, культурные символы отцовства и материнства, права и обязанности мужчины-отца и женщины-матери по отношению к ребенку» [1, с. 13].

Таким образом, мы видим, что социологическая наука несколько расширяет область изучения родительства как интегрального психологического образования личности, обращая внимания также на социальные аспекты данного феномена.

Подобный – социально-психологический – подход представляется нам наиболее полным, так как он отражает понимание родительства не только как части личностной сферы человека, включающее потребности, ценности, мотивы, но также и способы реализации родительских позиций в социуме и вопросы социальной готовности к родительству.

Именно на эту социально-психологическую обусловленность родительства указывают часть исследователей (Э. Бадинтер, В.В. Бойко, Ю.В. Борисенко, Л.А. Дубисская, И. Кон, Р.В. Манеров, М. Мид, Р.В. Овчарова, Т.В. Рябова, Н.Л. Пушкарева, С.Г. Фатыхова др.).

В частности, В.В. Бойко выделяет два плана потребности в детях: общественный – установки родителей, соответствующие сложившемуся социально-историческому типу семьи, и индивидуальный – степень любви к детям, свойственная субъекту как носителю усвоенных общественных норм, установки по отношению к детям вообще [8].

Как отмечает Р.В. Овчарова, общественное влияние на становление родительства необходимо рассматривать с двух точек зрения: социального регулирования (формализованная сторона), которая складывается из социального управления процессами деторождения, в том числе и материального и морального стимулирования рождаемости в рамках демографической политики государства; а также с точки зрения опосредованного воздействия (неформализованная сторона), заключающегося в комплексе социальных влияний на личность, передающихся через СМИ, произведения искусства и культуры [4, с. 34-35].

Таким образом, мы можем утверждать, что отношение к родительству в истории человечества зависит от представлений о нем в каждой конкретной культуре. Следовательно, причины кризиса современного родительства нужно искать в социально-психологических механизмах процесса его становления в современном российском обществе.

На основе этого положения, нами была создана структурно-логическая модель, отражающая социально-психологические особенности процесса становления родительства в России начала XXI века.

Модель включает в себя концептуальную основу процесса становления родительства в современном обществе; психологические составляющие, которыми стали мотивационный (родительские мотивы и установки),

когнитивный (знания, представления), эмотивный (родительские чувства и переживания), ценностный (ценностные ориентации супругов (семейные ценности)) и поведенческий (стратегии родительского поведения, родительская ответственность и стиль семейного воспитания) компоненты, соответствующие пониманию родительства как интегрального психологического образования личности.

Социальную сторону модели отражают такие компоненты, как формализованное и неформатизированное общественное влияние на становление родительства, образ отца и матери, сложившиеся в конкретной культуре, и особенности процесса социализации ребенка.

Также модель отражает взаимодействие идеального и реального типов родительства, характерных для социума в представляемый исторический период.

На наш взгляд, на сегодняшний день можно выделить четыре концепции, предлагающие различное понимание сути родительства. Условно эти концепции мы обозначили как народно-бытовую, постсоветскую, глобальную и национально ориентированную.

Содержание народно-бытовой концепции родительского поведения отражено народной педагогике, фольклоре и этнографических исследованиях. Как отмечают исследователи, для Руси искони было характерно «аграрно-мистическое мироощущение», предполагавшее культ Матери-Земли, рода и родительства [9, с. 53]. Исходя из этой особенности мировоззрения, русский человек жил в рамках «родового сознания», которое проявлялось в уважительном отношении, как к старшим членам семьи, так и предкам [10]. Однако в современной России эти народно-бытовые традиции родительства фактически утрачиваются, уступая свое место трем следующим концепциям.

Постсоветская концепция родительства являет собой определенный сплав понимания сути родительства, характерного для советской эпохи, и тех общественных изменений, которые произошли в последние десятилетия. Подобная концепция представляется нам еще до конца не сформировавшейся, однако некоторые ее черты мы можем выделить. Родительство здесь занимает второстепенные позиции в ряду других ценностных ориентаций личности, представляя собой нечто среднее между общественным долгом и реализации личностных потребностей человека. Для такого родительства характерна малодетность и надежда на помощь государства в деле воспитания и материального обеспечения детей.

Глобальная концепция родительства также представляет собой незавершенное явление, формирующееся под воздействием общемировых процессов глобализации и социальной унификации, заключающихся в индивидуализации всего жизненного пути человека. Так, автор теории постиндустриальной цивилизации Д. Белл пишет о том, что в современном обществе утрачиваются традиционные ценности любви, супружеской верности, рождения и воспитания детей, служения ближнему. На смену им приходят ценности личной автономии, профессиональной самореализации и гедонизма [11]. «Институализация индивидуализма» ведет к тому, что каждый член семьи

ставит свои интересы на первое место», – отмечает западный социолог У. Бек [12].

Подобная концепция родительства строится на эгалитарных отношениях между супругами (равенство власти), партнерских взаимоотношениях между родителями и детьми, основанных на принципе соблюдения взаимных интересов. Такое родительство предполагает малодетность, определенное отчуждение членов семьи друг от друга, свободное воспитание, характеризующееся предъявлением минимума требований к ребенку, моральной независимостью детей от родителей.

И, наконец, последняя концепция, также набирающая в последние годы свою силу, может быть обозначена как национально ориентированная. В основе ее лежит обращение к национальному опыту семейного воспитания и почитания родительства как важнейшего призвания человека. Данная концепция предполагает не только осознанное отношение родителей к своим обязанностям, эмоциональную готовность к принятию ребенка и родительскую ответственность, но и опору на создание духовно здоровой семьи в традиции ценностей национальной православной культуры.

Как мы видим, три последние концепции представляют собой совершенно противоположные системы. Безусловно, наличие их в современной России приводит к серьезному раздроблению социального понимания сути родительства, что в определенной степени обуславливает кризис в области семьи.

Изучая психологические составляющие родительства, мы можем заметить, что кризисные явления прослеживаются в каждом из компонентов, начиная от родительских установок, которые у российской молодежи, по мнению ученых, существенно занижены (А.И. Антонов, А.В. Узик) [13; 14], через недостаток знаний о родительстве и снижение эмоциональной составляющей родительской привязанности, которое психологи называют «дефицитом родительской любви» (И.Н. Машкова) [15].

Более того, наблюдается заниженное значение самой ценности родительства. Как отмечает С.П. Акутина, у современных молодых людей изменяется система ценностных ориентаций на создание семьи, так, наблюдается: «низкий престиж материнства и отцовства; направленность выбора супругов на бездетную семью; создание иллюзии «новых» форм семьи («гражданский брак», «гостевая семья» и др.); внебрачное рождение детей и др.» [16, с. 20]. По данным опросов, проведенных Институтом демографических исследований, среди основных жизненных целей молодых респондентов от 14 до 30 лет цель деторождения следует после таких ценностей как хорошая семья, здоровье, хорошие друзья, жизненный успех. При этом в гендерном аспекте ориентация всей массы молодых людей на ценность детей (26,1 % и 26,4 % у юношей и девушек) почти одинакова [17].

Итогом всему этому становится родительское поведение современных молодых россиян, которые характеризуются низким уровнем психолого-педагогической культуры, их неумением, а подчас и нежеланием серьезно и вдумчиво заниматься воспитанием собственных детей.

Что же касается социального регулирования становления родительства, на сегодняшний день мы можем выделить два процесса: с одной стороны, в последние годы государство предприняло ряд шагов по повышению рождаемости, включая крупные выплаты на рождение второго ребенка, так называемый «материнский капитал». В 2007 году была разработана и принята «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», где в числе главных факторов устойчивого развития страны назвалось «укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений» [18]. Однако, с другой стороны, неформализованное общественное влияние массовой культуры продолжает возвеличивать ценность самоутверждения в обществе и гедонизма, ставя ее гораздо выше родительского призвания человека.

Подтверждает данное обстоятельство и изучение текстов песен популярных в молодежной субкультуре эстрадных исполнителей. Как отмечает М.Н. Симоненко: «Роль родительства особой популярностью не пользуется (упоминается всего в 10–12% текстов). Скорее, наоборот, рождение ребенка представляется шагом весьма рискованным, так как ребенок требует внимания, ухода, заботы, а главное, – ответственности, которую люди все чаще просто не хотят на себя брать» [19, с. 83–84].

Образ родителей (отца и матери) также не представляет собой целостного явления, что еще раз свидетельствует о «размытости» социальных представлений об отцовстве и материнстве в современной российской культуре. Так, в сознании россиян как идеал присутствует традиционный образ отца как «кормильца» и «защитника» семьи, однако этот образ значительно трансформируется под влиянием реалий действительности, когда в результате общественных процессов советской эпохи «мужчина был оттеснен из семейной жизни и утратил свою функцию» [20, с. 275]. На это обстоятельство указывает и А.Р. Михеева, полагая, что равноправие мужа и жены в осуществлении роли «добытчика» существенно «снизило роль мужчины в семье, привело к ослаблению функции социального отцовства, ослаблению чувства ответственности за воспитание, социализацию своих потомков» [21, с. 62].

Поэтому отец может пониматься и как слабое, безвольное существо, подчиненное доминирующей в семье жене и являющееся по отношению к ней своеобразным «старшим сыном».

Образ матери в семье также претерпел значительные изменения: с одной стороны, для русской культуры остается характерным уважительное отношение к материнству, когда в женщине видят нежную и мудрую хранительницу очага, «верную супругу и добродетельную мать». Эту особенность подчеркивает в своих работах Е.В. Шамарина, отмечая, что в мировоззрении русских «женщина предстает, прежде всего, как Мать» [22, с. 22], которой приписывают такие качества, как: забота, жалость, жертвенность, скромность, целомудрие, терпение, сострадание, любовь, вера и красота. С другой стороны, за последнее столетие образ матери приобрел значительные мужские черты: твердость, стремление к лидерству, профессиональному самоутверждению, карьерному

росту, что отчасти и привело к доминированию в семье авторитета не мужа, а жены.

Все эти обстоятельства сказываются на особенностях процесса социализации детей, что проявляется в падении уровня их физического и психического здоровья, понижении интеллектуального потенциала и духовно-нравственных ценностей, усложнении процесса адаптации в обществе, социальном сиротстве и т.д.

При этом, изучая особенности представлений об идеальном родительстве, социологии и психологи сходятся во мнении, что в нашей культуре социальной ценностью и значимостью, несомненно, обладает полная семья с несколькими детьми [4, с. 254]. И это несмотря на то обстоятельство, что реальным типом родительства становится неполная материнская семья (В.А. Рамих) [23, с. 135]. И все-таки в общественном сознании такие неполные послеразводные или изначально одинокие материнские семьи «воспринимаются как отклонение от нормы» [4, с. 254].

Последнее вызывает некоторую надежду на позитивное будущее российского родительства, несмотря на то, что, по мнению В.Н. Дружинина, реальная модель современной российской семьи выглядит достаточно мрачно: «ответственность за семью несет мать, она же доминирует в семье, и она же более близка с ребенком эмоционально. Мужчина «выброшен» за пределы семейных отношений. Для него существует единственный путь реализации себя как мужа и отца: бороться за мужские права, и эмансипацию, как боролись и борются за свои права с мужчинами феминистки» [9, с. 114].

Таким образом, мы видим, что кризисные явления в области российского родительства пронизывают буквально все уровни процесса его становления в современном социуме, поэтому преодолеть их достаточно трудно. Для этого необходимо использовать целый комплекс мер духовно-нравственного, государственно-правового, информационно-просветительского, психолого-педагогического, медико-социального характера, способствующих заложенному в каждой человеке стремлению к родительству реализоваться в полном объеме.

Кратко остановимся на психолого-педагогическом измерении помощи становлению современного родительства.

Психологический и образовательный уровни поддержки родительства предусматривают психотерапевтическую помощь родителям на этапе подготовки к рождению ребенка, консультирование в вопросах воспитания детей и образовательно-воспитательную помощь, включающую в себя широкий спектр деятельности в учебно-воспитательном пространстве школ, колледжей и вузов в рамках обязательного и дополнительных компонентов образования: введение факультативных занятий, курсов по выбору, проведение открытых уроков, занятий и семинаров, посвященных семье, организацию встреч с многодетными родителями, концертов и праздников, проведение специальных психологических тренингов, посвященных гендерным особенностям родительства и т.д.

Данная форма поддержки родительства имеет долгосрочный характер, и основным предполагаемым результатом ее реализации является возрождение национальных традиций ценностного отношения к отцовству и материнству, а также повышение уровня родительской культуры современной российской молодежи.

Но следует отметить, что даже при определенных действиях государственных и общественных структур по возрождению сознательного родительства традиционно-ценностного типа, эти меры могут остаться лишь декларативными. Так оно и будет, если каждый из нас не осознает сложившийся кризис как свою личную боль и предпримет все усилия по изменению сложившейся ситуации в лучшую сторону.

В заключении проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Понятие «родительства» является фундаментальной категорией социально-психологического знания, раскрывающего сущность поведения человека в обществе. В отечественной гуманитарной науке сформировался социально-психологический подход понимания феномена «родительство», базирующейся на изучении материнства и отцовства как интегральных психологических образований личности, включающих в себя специфические социальные родительские роли и нормативные предписания культуры.

2. На основе анализа научных источников нами была создана структурно-логическая модель, отражающая социально-психологические особенности процесса становления родительства в России начала XXI века. Структурными компонентами данной модели стали: концептуальная основа; психологические составляющие родительства: мотивационный, когнитивный, эмотивный, ценностный, поведенческий, а также социальные составляющие, включающие формализованное и неформатизированное общественное влияние на становление родительства, образ отца и матери, сложившиеся в конкретной культуре, особенности процесса социализации ребенка и взаимодействие идеального и реального типов родительства, характерных для современного социума.

3. Анализ данной модели свидетельствует о том, что в настоящее время в нашей стране ярко проявляет себя кризис родительства, который характеризуется неготовностью многих взрослых россиян к выполнению родительских обязанностей.

В связи с этим со всей очевидностью встает вопрос о возможных способах преодоления данных кризисных явлений. Одним из таких путей является, на наш взгляд, использование комплекса мер духовно-нравственного, государственно-правового, информационно-просветительского, психолого-педагогического, медико-социального характера, ведущим из которых должна стать психолого-педагогическая поддержка родительства.

Список литературы

1. Богачёва, Н.В. Родительство как фактор устойчивости семьи в современном российской обществе: автореф. ... канд. социол. наук. – Казань, 2005.

2. Всероссийская перепись населения 2002 года // www.perepis2002.ru
3. Алексеева, Э.Р. Анализ семейных форм социального родительства в современной России // Вестник Башкирского университета. 2008. № 3. Сер. Философия, социология, политология и культурология. – С. 644–64.
4. Овчарова, Р.В. Родительство как психологический феномен. – М., 2006.
5. Филиппова, Г.Г. Перинатальная психология: история, современное состояние и перспективы развития. – М., 2006.
6. Ермихина, М.О. Формирование осознанного родительства на основе субъективно-психологических факторов: автореф. ... канд. психол. наук. – Казань, 2004.
7. Гурко, Т.А. Трансформация института родительства в постсоветской России: автореф. ... д-ра социол. наук. – М., 2008.
8. Бойко, В.В. Репродуктивное поведение семьи и личности: Социально-психологическое изучение рождаемости: дис ... д-ра психол. наук. – Л., 1981.
9. Дружинин, В.Н. Психологические типы семьи в европейской культуре. – М., 1995.
10. Власова, Т. Духовное содержание ценностей семейного воспитания в Древней Руси // <http://nansysan.narod.ru/index3021.html>
11. Белл, Д. Грядущее индустриальное общество. Опыт социального прогнозирования. – М., 1999.
12. Beck U., Beck-Gernsheim E. Individualization institutionalized individualism and its social and political consequences. – London : Sage, 2002.
13. Антонов, А. Почему нельзя надеяться, что рождаемость повысится, когда в брак начнут вступать сегодняшние старшеклассники // Демографические исследования. – № 3 // www.demographia.ru
14. Узик, А.В. Изучение ценностных ориентаций и семейного поведения городского населения современной России // Вестник МГУ. Социология и политология. – 2007. – №4. – С. 60–63.
15. Машкова, И.Н. Укрепление семьи – общецерковная задача // В начале пути: сб. материалов «Школы православной семьи» при храме Трех Святителей на Кулишках. – М., 2002. – С. 49–106.
16. Акутина, С.П. Формирование у старшеклассников семейных духовно-нравственных ценностей в условиях взаимодействия семьи и школы: автореф. ... д-ра пед. наук. – Нижний Новгород, 2010.
17. Ценностные и репродуктивные ориентации молодежи // http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=246
18. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года // Kremlin.RU
19. Симоненко, М.Н. Образ «молодой семьи» в средствах массовой информации // Актуальные проблемы обучения и воспитания в образовательных учреждениях и социуме. — Рязань, 2008.

20. Лопин, Р.А. Кризис современной российской семьи как фактор отказа от традиционной системы нравственных ценностей // Семья – культура – образование в изменяющейся России. – Саратов, 2009.
21. Михеева, А.Р. Брак, семья, родительство: социологические и демографические аспекты: учеб. пособие. – Новосибирск, 2001.
22. Шамарина, Е.В. Культурный смысл материнства в западноевропейской и отечественной философской мысли: автореф. ... канд. философ. наук. – Барнаул, 2008. Рамих, В.А. Материнство как социокультурный феномен: дис ... д-ра психол. наук наук. – Ростов-на Дону, 1997.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ

Гурович О.В., Пашкова Ю.В., Ситникова В.П., Настаушева А.С.

**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж, Россия**

Концепция исследования качества жизни в педиатрии открывает принципиально новые возможности разностороннего и глубокого изучения влияния болезни и лечения на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование ребенка. Оценка качества жизни в педиатрии позволяет исследовать особенности восприятия ребенком окружающего мира и самого себя; отношение к собственному здоровью, лечению; состояние «оптимального здоровья» с позиций самого пациента, его родителей, врачей. Исследование качества жизни дает информацию о нуждаемости в коррекции и позволяет определять её направления. Нами изучаются различные аспекты качества жизни подростков с различной хронической соматической патологией.

Наличие многочисленной информации о взаимосвязи цвета и психики не оставляет сомнений в правомерности и обоснованности цветовых методов психодиагностики. Цветовой тест Люшера, впервые опубликованный в 1948 году, широко внедрен в практику диагностики психологического состояния и всемирно известен. Тестовые цвета были подобраны Люшером экспериментальным путем из 4500 цветовых тонов. Автор специально подчеркивает, что адекватная диагностика с позиций его метода возможна лишь при использовании стандартного, защищенного авторским патентом, набора цветовых стимулов. В электронной версии цветового теста Люшера этот постулат четко учитывается, что делает методику максимально объективной.

Процедура проведения тестирования общеизвестна.

Ядро теоретической концепции Макса Люшера составляют два понятия – «структура» и «функция» цвета. Под «структурой» цвета понимается устойчивое, свойственное для всех людей, независимо от расы, культуры, образовательного уровня, пола и возраста значение этого цвета. «Структуру» можно назвать объективной стороной цветового воздействия.

Индивидуальный смысл цвета для конкретного человека выражается в «функции» цвета, то есть в характере отношения человека к цвету. В «функции» человеку открывается лишь определенная область «структуры». Метафорически можно сказать, что «функция» - это точка соприкосновения человека и цвета. Она определяется, главным образом, различными состояниями и свойствами самого человека и поэтому «функция» способна их отражать. Зная «функцию» различных цветов для человека, можно узнать и нечто о самом человеке.

Главными структурными характеристиками цвета являются «концентричность - эксцентричность» и «автономность - гетерономность». Концепция «структуры» цвета сложилась, по утверждению самого М. Люшера, во многом благодаря влиянию Генриха Гете и Василия Кандинского и многие из данных характеристик можно найти в их учениях о цвете. В частности,

«концентричность – эксцентричность» означает направление «движения цвета» по В. Кандинскому.

С момента появления цветового теста Люшера прошло 60 лет. За свою историю тест получал самые разные оценки: от восторженных до уничтожающих. Многие психологи считают, что это судьба каждого оригинального психодиагностического метода. Однако большинство авторов, в большей или меньшей степени работающих с данной методикой, считают, что эмпирические данные, получаемые с помощью цветового теста Люшера, представляются интересными и ценными.

Параметры цветового теста Люшера составляют самостоятельный фактор описания личности. Показатели теста способны отражать конфликт, возникающий в результате социального давления на «Эго» субъекта.

При изучении психологических характеристик на сегодняшний день считается рациональным использование как объективных параметров, так и позволяющих исследовать субъективный мир человека.

Цель настоящей работы - исследование текущего психологического состояния как одной из существенных составляющих качества жизни пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. В данной статье мы представляем результаты обследования подростков, страдающих хроническими заболеваниями.

В качестве базовой методики для оценки текущего психологического состояния подростков был выбран цветовой тест Люшера (ЦТЛ). Пациенты тестировались на персональном компьютере с помощью программы «Las!Lusher» – официальной электронной версии ЦТЛ. Тест проводился дважды: сначала испытуемому предлагалось совершить выбор цветов, представляя, что он находится дома, в семье (ситуация «дом»), затем определялся цветовой выбор в условиях больницы (ситуация «больница»). В данной работе нами приводятся результаты восьмицветового теста, то есть часть полученной при исследовании информации, учитывались следующие критерии: уровень стрессового напряжения, источник тревоги, компенсаторное поведение. Целесообразность статического подсчета именно этих показателей указывается А.А. Кармановым в его статье «Методика диагностики основных параметров психологического тестом Люшера» (<http://www.koob.ru/karmanov/>).

В исследовании приняли участие 96 подростков в возрасте от 11 до 17 лет, средний возраст составил $14 \pm 1,7$ года, из них 61 мальчик и 35 девочек. Пациенты находились на стационарном лечении по поводу нефрологической патологии (75 детей) и заболеваний эндокринной системы (22 человека) в профильных отделениях Воронежской областной детской клинической больницы №1.

По результатам тестирования выявлено, что в стрессовом напряжении пребывало подавляющее большинство детей: 93% подростков при представлении ситуации «дом» (78% мальчиков и 88% девочек), и 84% в ситуации «больница» (81% мальчиков и 77% девочек).

Анализ структуры показателя стрессового напряжения показал, что максимальное и умеренное стрессовое напряжение испытывали в основном

дети при создании ситуации «дом» (их 11% и 19% соответственно), причем девочек среди них в 2 раза больше, чем мальчиков. Слабое стрессовое напряжение отмечалось чаще у подростков в ситуации «больница» (75%), чем в ситуации «дом» (62%), в обоих вариантах у мальчиков.

Конкретный или неопределенный источник тревоги ощущался в ситуации «дом» в 2,5 раза чаще, чем в ситуации «больница», слабо определенный – отмечался почти с одинаковой частотой: в ситуации «больница» - 44%, в ситуации «дом» - 40%. При этом мальчики ощущали конкретным источник тревоги как в ситуации «дом», так и в варианте «больница». Слабо определенный и неопределенный источник тревоги оказался характерным в обеих ситуациях для девочек.

Компенсаторное поведение значимо выражено только у 3% подростков, для них равнозначны ситуации «дома» и «в больнице». Слабо выраженное компенсаторное поведение чаще встречалось в ситуации «дом» - 21%, у мальчиков и у девочек с одинаковой частотой.

Компенсаторное поведение вообще не присуще 35% исследованных вне зависимости от ситуации и половой принадлежности.

В результате тестирования только у 20% подростков было выявлено спокойное психическое состояние со стандартным распределением цветов и в ситуации «дом», и в ситуации «больница».

Закключение. Теоретически можно предполагать, что показатели психического состояния должны быть лучше в ситуации «дом», нежели в «больнице», однако этого не происходит – 84% подростков и более находятся в стрессовом напряжении вне зависимости от условий бытия на момент исследования.

Как минимум половина детей испытывают тревогу. У трети детей не выражено компенсаторное поведение. Всего 20% подростков адекватно оценивают свое состояние и чувствуют себя комфортно. Ни уровень стрессового напряжения, ни источник тревоги, ни компенсаторное поведение не зависят от принадлежности к полу. Мальчики лучше себя чувствуют, когда представляют, что они дома, девочки же, когда адекватно оценивают свое состояние.

Список литературы

1. Карманов А.А. Методика диагностики основных параметров психологического состояния тестом Люшера / (<http://www.koob.ru/karmanov>).
2. Хомская Е.Д., Федоровская Е.А. Уровневая организация цветовых функций. Нейропсихологическое исследование / под ред. А.А. Митькина. // Проблема цвета в психологии. - 1993.- С. 151-171.
3. Гавриленко О.Н. Параметр тревожности и цветопредпочтения / под ред. А.А. Митькина // Проблема цвета в психологии / - 1993.- С.144-150.

ВЛИЯНИЕ СОЦИУМА И СЕМЬИ НА ЭМПАТИЙНОСТЬ ПОДРОСТКОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гурович О.В., Снегирева Г.И., Швырев А.П., Стольникова Т.Г.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.

Бурденко, г. Воронеж, Россия

Ребенок с рождения проходит различные стадии психологического созревания. Основная роль в этом принадлежит семье, именно она формирует нравственные начала, жизненные принципы человека. Семья создает личность либо разрушает ее, во власти семьи укрепить или подорвать психическое здоровье ее членов, в том числе детей. От того, как строятся взаимоотношения в семье, какие ценности, представления, интересы выдвигаются у ее старших представителей на первый план, зависит, какими вырастут в этой семье дети.

Проблема детско-родительских отношений остается актуальной на протяжении всего развития психологии как науки. Казалось бы, в обыденной жизни ребенок постоянно окружен вниманием и заботой, и поводов для беспокойства быть не должно. Однако в детской популяции постоянно можно наблюдать проявления социальной дезадаптации и различных отклонений в поведенческой сфере.

Подростковый возраст – один из критических периодов в формировании человеческой личности. В это время происходит значительное расширение круга общения. По окончании этого периода личность переориентируется на усвоение профессиональных навыков, создание семьи, воспитание будущих детей. На юность приходится так называемый пик межличностного общения.

Важнейшая специфическая черта межличностных отношений – эмоциональность. Это означает, что межличностные отношения возникают и складываются на основе определенных чувств, возникающих у людей по отношению друг к другу. Эмоции и чувства выполняют регулирующую функцию во взаимодействии между людьми благодаря тому, что предстают как сложная форма поведения, как готовность действовать определенным образом по отношению к тем или иным людям в различных ситуациях.

Актуальность проблемы межличностных отношений в подростковом возрасте состоит в формировании определенных особенностей взаимоотношений индивидуума с окружающими. Эти особенности влияют на развитие личности и ее индивидуальность, на определение совокупности норм, правил и форм поведения, на определение и утверждение своего места в обществе. Семья, как основополагающий социальный институт, играет решающую роль в формировании этих отношений.

Одной из психологических характеристик межличностного общения является эмпатия, то есть эмоциональный отклик человека на переживания других людей, проявляющийся как в сопереживании, так и в сочувствии. Проявить эмпатию по отношению к собеседнику – означает увидеть ситуацию с его точки зрения, уметь «вслушаться» в его эмоциональное состояние.

Эмпатия – это познание человеком внутреннего мира других людей, их мыслей и чувств, сопереживание и сочувствие по отношению к людям.

Сочувствие побуждает человека к помощи ближнему. Способность к эмпатии развивает проницательность, то есть возможность адекватного познания людей и отношений, прогнозирования поведения человека. На уровне личностных характеристик проницательность предполагает наличие гуманистической направленности индивидуума, его ценностных ориентаций, волевых черт характера.

Эмпатия как индивидуально-психологическая характеристика зависит от многих факторов, в том числе пола, возраста, эмоционального опыта, социальных установок, взаимоотношений в семье. Определенное влияние на состояние эмпатийности личности оказывает наличие различных заболеваний, как недавно возникших, так и хронических, длительно существующих. Хронические заболевания оказывают непосредственное влияние на состояние психики человека, это несомненно актуально в подростковом возрасте.

Одной из серьезнейших проблем в педиатрии и подростковой медицине является тяжелое заболевание эндокринной системы – сахарный диабет 1 типа. Заболевание имеет тенденцию к прогрессивному увеличению распространенности, приводит к снижению качества жизни пациентов и членов их семей, протекает с осложнениями, инвалидизирует больного, что в свою очередь ухудшает течение и прогноз болезни. У больных сахарным диабетом неизбежно происходят изменения в эмоциональной сфере, которые могут привести к дегуманизации ребенка, к жестокости, неспособности сопереживать. Изменяется поведение в отношении родителей и сверстников, усиливаются ранимость и тревожность, что неблагоприятно влияет на эмоциональные отношения в семье, классе, любых коллективах. В свою очередь отношение родителей к своим детям, их внимание, забота, умение справиться с возникающими трудностями, влияют на поведение и эмоциональный отклик подростков.

Цель настоящей работы – изучение состояния эмпатийности подростков с хронической эндокринопатией в виде сахарного диабета 1 типа, а также влияние семьи на формирование уровня эмпатии у таких пациентов. Факт наличия данного заболевания, особенности течения болезни, терапии изменяют эмоциональную сферу больного. Изучение эмпатийности у больных сахарным диабетом 1 типа с последующей адекватной всесторонней коррекцией может улучшить их качество жизни.

Для оценки уровня эмпатии нами был использован опросник «Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии» И.М.Юсупова. Он содержит шесть диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, старикам, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнакомым людям. В опроснике 36 суждений, по каждому из которых испытуемый оценивает, в какой мере он с суждением согласен или не согласен, используя шесть вариантов ответов: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да». Каждому варианту ответа соответствует числовое значение: 0,1,2,3,4,5.

Используемая методика И.М.Юсупова вначале определяет достоверность полученных данных, после чего оценивает эмпатийность по специальной шкале:

Уровень эмпатии	Сумма баллов
Очень высокий	82-90
Высокий	63-81
Средний (удовлетворительный)	37-62
Низкий	12-36
Очень низкий	5-11

В исследовании участвовали 96 подростков, находившихся в эндокринологическом отделении Воронежской областной детской клинической больницы № 1 по поводу сахарного диабета 1 типа. Возраст пациентов от 11 до 17 лет, средний возраст составил $13,9 \pm 1,97$ года. Девочек было 46,9% (n=45), мальчиков – 53,1% (n=51). Число городских (г. Воронеж) и сельских жителей в исследовании соответственно 47,9% (n=46) и 52,1% (n=50).

У большинства пациентов (67,7%) выявлен хороший уровень эмпатийности. Они оптимально способны к сопереживанию, понимают чувства и эмоции окружающих и правильно на них реагируют. При этом удовлетворительную (среднюю) эмпатийность показали 63,5% детей (n=61), высокую – всего лишь 4,2% (n=4). Подростков с низким уровнем эмпатии оказалось 20,8% (n=20). Пациентов с крайними вариантами эмпатийности (очень низкий и очень высокий) зарегистрировано не было. Часть анкетированных (11,5%) не дали откровенных ответов, в связи с чем их результаты были оценены как недостоверные.

Девочек со средним уровнем сопереживания явно больше, чем мальчиков – 57,4% против 42,6%. Высокая эмпатийность выявлена только у девочек. Низкоэмпатийными в большинстве были мальчики – 80%. Среди детей, результаты анкетирования которых признаны недостоверными, мальчиков в 4,5 раза больше, чем девочек – 81,8% против 18,2% соответственно.

Пациенты были разделены на 2 возрастные группы: младшие подростки – от 11 до 13 лет, их 38 (39,6%) и средние подростки – от 14 до 17 лет – 58 человек (60,4%). В обеих группах преобладали подростки с удовлетворительным уровнем эмпатии. Высокий уровень эмпатии несколько чаще выявлялся у больных в возрасте 11-13 лет (5,3% против 3,3%). Низкая способность к эмоциональному сопереживанию была выявлена среди младших и средних подростков с одинаковой частотой – по 21%. Пациентов первой возрастной группы, давших в анкетировании недостоверные ответы, в 2,7 раза больше, чем подростков 14-17 лет.

Среди городских жителей подростки со средней степенью эмпатии встречались несколько чаще – 67,3%, чем среди сельских – 60,0%. Пациенты с высокой эмпатийностью почти все из села. Детей с низкой способностью к сопереживанию в 2 раза больше среди проживающих в городе – 28,3%, из сельской местности таких пациентов было 14%. Обращает на себя внимание,

что сельских пациентов, давших неоткровенные ответы, в 10 раз больше, чем городских.

Оценка результатов исследования в сопоставлении с уровнем образовательных учреждений, в которых обучаются дети (средние общеобразовательные школы – 70,8% и гимназии – 29,2%), следующая: подростков с удовлетворительным уровнем эмпатии, обучающихся в гимназиях, значительно больше, чем среди учащихся средних школ (75,0% против 58,8% соответственно). Высокая эмпатийность одинаково часто встречалась вне зависимости от вида образовательного учреждения. Пациентов с низкой эмпатией, а также давших недостоверные результаты, почти в 2 раза больше среди обычных школьников.

Как известно, психологический климат в семье, внимание родителей, их поддержка и взаимопонимание формируют у подростков такие чувства, как гуманность и сострадание. Нами проведен анализ некоторых социальных аспектов жизни исследованных больных и их уровня эмпатии. Учитывались в первую очередь факторы полноты семьи и профессиональной занятости родителей. Средний уровень эмпатии и недостоверные ответы в анкетах встречались у детей из полных и неполных семей с одинаковой частотой. Подростков, способных к высокому эмоциональному отклику, в 2 раза больше среди детей из неполных семей, тогда как дети из полных семей явно чаще показывали низкую эмпатийность – 22,7% против 16,7%. Удовлетворительный уровень эмпатии продемонстрировало большинство подростков, чьи родители имеют постоянное место работы (66,7%). Высокая эмпатия, а также недостоверные результаты оказались в семьях с неработающими родителями почти в 2 раза чаще.

Положительный эмоциональный фон, умение сострадать, любить, сопереживать другим формируются у ребенка с самого рождения. Тесный контакт с матерью, ее чувства и эмоции, тактильные ощущения создают в будущем у детей те или иные поведенческие реакции. Мы проанализировали уровень эмпатии у подростков в зависимости от наличия и длительности грудного вскармливания. Собрать анамнез у 15 пациентов не удалось, у 9 результаты оценены как недостоверные. Среди остальных детей на грудном вскармливании до 6-месячного возраста были 33 подростка, до 1 года – 16 человек, и 11 пациентов получали грудное молоко более года. На искусственном вскармливании с рождения или с месячного возраста было 12 пациентов. В первых трех группах (естественное вскармливание от 6 месяцев и дольше) преобладали дети с удовлетворительным уровнем эмпатии (75,8, 62,5 и 91% соответственно), причем получавшие материнское молоко более года – в большинстве. Из тех, кто с раннего возраста вскармливался искусственно, таких подростков было только 50%. Обращает на себя внимание факт, что число детей с высоким уровнем эмпатии растет с увеличением продолжительности кормления ребенка в раннем возрасте грудным молоком (соответственно 3%, 6,2% и 9%). Среди искусственно вскормленных пациентов с высоким уровнем эмпатии не оказалось вовсе, в то время как низкую эмпатийность в этой группе показало 50% анкетированных. Важно отметить,

что среди получавших грудное молоко более года низкоэмпатийных подростков не было.

Особенности лечения сахарного диабета и хроническое течение заболевания отражаются на развитии осложнений, ранних и поздних. Обучение в школе диабета проходят не только сами пациенты, но и их родители. Только изменение стиля и образа жизни всей семьи, регулярный контроль со стороны взрослых позволяют снизить риск развития многих осложнений, в том числе приводящих к изменениям в эмоциональной сфере. В нашем исследовании в группе детей, болеющих в течение года (24 человека), высокая эмпатийность определялась в 3,5 раза чаще, чем среди подростков со стажем заболевания более 1 года (72 пациента). Число пациентов с низким уровнем эмпатии возрастает соответственно продолжительности болезни. С увеличением стажа заболевания значимо увеличивается достоверность результатов опроса (с 20,8% до 8,3% соответственно).

Заключение. Больше половины обследованных больных сахарным диабетом 1 типа подростков имели оптимальный уровень эмпатии. Высокая эмпатийность определялась только у девочек. Мальчики часто давали низкую степень эмпатии. Существенных возрастных различий по эмпатийности выявлено не было. Высокая способность к сопереживанию характерна для детей, проживающих в сельской местности. Достоверность результатов зависела от пола, возраста и места жительства пациентов. Уровень эмпатии явно выше у гимназистов. Подростки из полных семей чаще высокоэмпатийны. С увеличением продолжительности кормления ребенка в раннем возрасте грудным молоком уровень эмпатийности оптимизируется. Высокая эмпатия характерна для впервые заболевших сахарным диабетом 1 типа и имеющих непродолжительный стаж заболевания (до 1 года).

Список литературы

1. Дедов И.И., Петеркова В.А. Руководство по детской эндокринологии. – М.: Универсум Паблишинг, 2006. – 600 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 315 с.
3. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
4. Овчинников Б. В. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 320с.
5. Гиппенрейтер Ю. Б., Карягина Т. Д., Козлова Е. Н. Феномен конгруэнтной эмпатии // Вопр. психол. 1993. № 4. С. 61 – 68.

ИНСТИТУТ БАБУШЕК И ДЕДУШЕК: ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ

Делова Г.В., Голубцов В.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Психолог К.К. Платонов определил, что человек – это существо, имеющее бабушек и дедушек. Действительно, во всем животном мире детеныши имеют дело только с двумя родителями, а то и вовсе только с матерью.

По тому, какое место в семье отводится пожилым – престарелым родителям, бабушкам и дедушкам, можно составить представление о социальных стереотипах и статусе старых людей в обществе, дистанции и плотности взаимодействия между поколениями, их потребностями друг в друге.

Составной частью многих социальных стереотипов является стигматизация. Стигматизация (от греч. στίγμα – стигма, ярлык, клеймо) – клеймение, нанесение стигмы. В отличие от слова *клеймение*, слово *стигматизация* может обозначать навешивания социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация – ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана [11].

Впервые термин «стигма» появляется в Древней Греции. Его применение относилось «к татуировкам на теле, маркировавшим зависимый либо социально неодобряемый статус носителя» [10, 227].

Термин «стигма» в научный оборот был введен Э. Гоффманом в 1963 г. [13].

С этого времени начинается этап теоретического осмысления стигматизационных процессов (в основном, в рамках психологии). Активизация интереса социологов к ним приходится на 60-90-е гг. XX в., когда появляется ряд научных исследований по изучению широкого спектра форм отклоняющего поведения индивида. Результаты научных исследований зарубежных психологов, психиатров и социологов позволили сделать вывод о том, что причиной стигматизации являются не только психологические, но и социально-культурные факторы, а стигматизация относится не только к психическим, но и к социальным явлениям [8].

Для создания социальной стигмы необходимо одно качество, которое считается показательным и набор качеств, которые приписываются на основании наличия первого. Социальные стигмы иногда облачаются в положительную форму. Такие «положительные» ярлыки могут быть не менее оскорбительны, чем стигмы явной отрицательной направленности [11].

Результатом социальной стигматизации обычно становятся маркирование, выделение человека и противопоставление его другим членам общности. Человек может «выпадать» из формальной или неформальной организационной структуры и пополнять ряды маргиналов [7, 139].

Виды социальной стигматизации: культурная стигматизация – социальные ярлыки, укоренившиеся в культуре государства либо мировой культуре; институциональная стигматизация – законодательно закреплённая стигматизация; личная (или внутренняя) стигматизация – предубеждение против себя самого, основанное на причастности к чему-либо.

Теоретическое осмысление стигматизации как социокультурного феномена, связано с изучением процесса взаимодействия людей в социальных общностях в рамках направлений гуманистической социологии: символический интеракционизм Дж. Г. Мида, драматургический подход Э. Гоффмана; концепция социального обмена Дж. Хоманса; теория социального конструирования реальности (П. Бергер, Т. Лукман).

Явление стигматизации возможно для объяснения результатов коммуникации между представителями различных поколений в семье, коллизий внутрисемейного взаимодействия пожилых людей и их потомков.

Цель настоящего исследования – выявить качественные характеристики социальной стигматизации института бабушек и дедушек.

Существует стереотип образа благополучной старости: бабушка и/или дедушка нянчат своих внуков. Эти образы широко представлены в искусстве (например, Доменико Гирландайо «Дедушка и внук», 1488; Daniel F. Gerhartz «Grandma's Smile», Elsley Arthur John «Besieged», 1893 и др.).

Стереотипно желание бабушки-дедушки наложить на своих возлюбленных потомков прочное, устремленное в далекое будущее, передаваемое из рода в род, душевное тавро – укрепить во внуках лучшее, о чем мечталось, лучшее, что удалось накопить, надежно спасительное и очень прочное. Действительно, первые и самые подчас важные уроки дети получают от бабушек-дедушек. Во многих культурах уровень взаимосвязи семьи с прародителями достаточно высок.

Однако сложился и другой стереотип: старики нуждаются в обществе своих детей и внуков гораздо больше, чем дети и внуки – в обществе своих пожилых родителей и прародителей.

Есть также мнение: дети и внуки – это «обуза на шее пожилых людей, без помощи и участия которых молодым приходится туго» [2].

Как меняется институт бабушек и дедушек сегодня с изменением демографической ситуации?

В демографии количественный и качественный состав населения принято изображать в виде пирамиды, основание которой составляют новорожденные, дети; затем происходит постепенное сужение ее с учетом смертности в каждом возрастном периоде; ее вершину составляют лица в возрасте от 90 лет и старше.

К концу XX века демографическая ситуация в корне изменилась: возрастная структура населения большинства стран мира, в том числе и России, напоминает уже не столько пирамиду, сколько колонну, характеризующуюся относительно малой численностью детей, лиц молодого и зрелого возраста и относительно высокой численностью лиц старших возрастных групп.

По оценкам экспертов ООН, число людей 60 лет и старше в мире к 2045 году впервые превысит число детей в возрасте до 15 лет. Превышение составит

около 1,8 миллиарда человек, а к 2050 году превысит, по среднему варианту прогноза, 2 миллиарда человек (рис. 1). Численность населения трудоспособного возраста также будет неуклонно расти, увеличиваясь от 1,5 миллиарда человек в 1950 году до 40 миллиарда в 2005 году и 5,4 миллиарда к 2050 году.

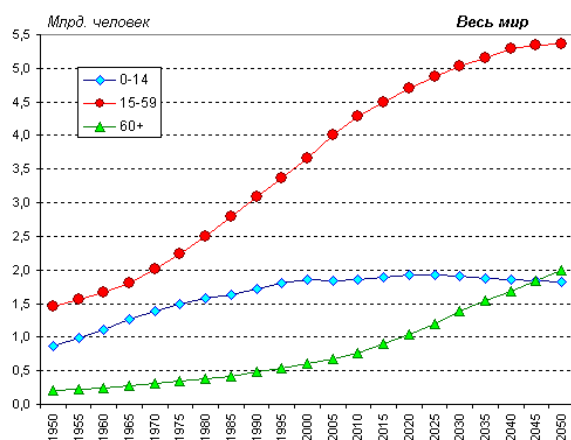


Рис. 1. Численность населения мира по основным возрастным группам, 1950-2050 годы, миллиардов человек

Источник: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0289/barom03.php>

По сравнению с 2006 годом естественная убыль населения в 2009 году уменьшилась почти в три раза. На 18% увеличилось число родившихся детей. Общий показатель рождаемости вырос за этот период с 10,4 до 12,4 на тысячу человек населения. Смертность сократилась на 4,6%. Младенческая смертность снизилась почти на 20% [16].

Структура населения и демографическая динамика дают возможность сделать вывод о том, что рост масштабов старения остается для России необратимой тенденцией.

До недавнего времени рост численности пожилых людей связывали в первую очередь с возрастанием демографической, экономической, социальной нагрузки на трудоспособную часть общества. Количественный рост геронтогруппы рассматривался как отрицательный фактор.

В научный оборот в середине XX века вошло понятие «эйджизм» — дискриминация по возрасту, во многом связанное с положением стариков и представлениями о них как о больных, беспомощных, ненужных. Это иллюстрация социальной стигматизации.

Английский демограф Питер Ласлетт предложил рассматривать жизненный цикл современного человека состоящим из четырех стадий. Две последние — «третий возраст» и «четвертый возраст» — соответствуют «the Young Old» и «the Old Old». (Kertzer D., Leaflet P., 1995.)

За рубежом в исследованиях с конца 1980-х гг. начали выделять быстро растущую группу «самых старых» — тех, кому за 80 лет, а с 1990-х гг. — группу столетних долгожителей. Традиционный образ «немогущего старика» относится к группе «старых стариков», большая часть которых из-за проблем со

здоровьем постоянно нуждается в функциональной поддержке и отходит от общественных дел. В интерпретации Питера Ласлетта, «третий возраст» – это продукт успешного экономического и демографического развития, щедрой социальной политики.

Третий возраст» означает появление новой стадии в жизненном цикле человека, в дополнение к традиционной классификации: «детство-взрослость-старость». В этой схеме старость – «четвертый возраст».

Для определения границы между ними необходимо знать, каким запасом жизненных сил располагает человек в пожилом возрасте. Ресурсный потенциал старшего поколения – это качественные характеристики индивида, значимые для него лично и дающие возможность эффективно взаимодействовать с другими людьми, участвовать в социально-экономической и культурной жизни общества, в воспитании молодого поколения.

Можно согласиться с инструментальной полезностью, например, такого термина как «демографическая нагрузка», используемого при расчетах. Однако из инструментальной плоскости он переносится на описание социальной роли пожилого человека. Старики страдают как от утраты части бывшего потенциала, так и от неверных представлений о них.

Среди распространенных представлений о старости и людях пожилого возраста выделяют: «старый человек – это существо болезненное, слабое, без средств к существованию, которое не может работать и нуждается в постоянной помощи и опеке»; «это существо – заброшенное и одинокое, консервативное нередко страдающее нарушениями мозговой деятельности».

Вместе с тем, существует и другая точка зрения, в которой доминируют положительные представления о пожилых. Это тип образцового дедушки – способный, мудрый, нужный, снисходительный, счастливый, бодрый, здоровый, активный, великодушный, наслаждающийся жизнью, уживчивый и ориентированный на семью, окруженный молодежью, всегда готовый помочь другим.

Таков и образ бабушки – интеллигентной, полной интересов, занимающейся серьезным делом. Последствия старения населения, носящие глобальный и долговременный характер, порождают острые проблемы для всех стран и одновременно открывают огромные возможности. Опираясь на результаты ряда зарубежных исследований, ученые отмечают, что старики будут обладать высокой профессиональной и образовательной подготовкой, будут, скорее всего, более здоровыми людьми, чем предыдущие поколения.

Уже сейчас в странах Западной Европы наблюдается такой феномен, как «молодые старики». Суть его заключается в том, что людей, достигших возраста 65 лет (который до последнего времени официально считался границей между молодостью и старостью), ни внешне, ни по каким-либо иным критериям, в том числе по состоянию здоровья, нельзя отнести к числу стариков [1, 82].

Растет число образованных пожилых людей. Не случайно Ф. Фукуяма говорит о «третичной жизни», т.е. жизни взрослого хорошо образованного человека [12, 159].

«Молодые старики» формально, по календарному возрасту могут быть отнесены к группе пожилых или старых. Но по состоянию здоровья, своим знаниям, умениям, навыкам, желанию и способности продолжать профессиональную деятельность они – мудрые взрослые и представляют значительный ресурсный потенциал общества.

Бабушки и дедушки превращаются в существенный фактор рождаемости, оставаясь при этом важным агентом социализации – передачи юным культурных, религиозных, этических норм и ценностей.

В исследованиях по геронтогике сказано об огромном потенциале развития, заключенном в старости при должном к ней отношении и самого человека, и общества. Но для мотивации этого развития все же, считает академик Б.М. Бим-Бад, – мощнейший фактор – внуки. Занимаясь с ребенком, бабушка и дедушка могут, как бы заново открыть для самих себя мир, который уже было начал тускнеть в их глазах («внукопедагогика», «внукотерапия») [15].

Дедушки-бабушки дают мощный заряд любви, которая, если не слишком изнеживает малышей своей чрезмерностью, сильнее привязывает их к жизни, облегчает принятие этого сложного мира.

Это касается даже американских семей, в которых принято раннее отделение от родительской семьи и жизнь пожилых родителей отдельно от семьи взрослых детей («опустевшее гнездо»).

Г. Крайг показывает, что роль бабушек и дедушек может быть особенно важна в случае неполных семей (в таких семьях сейчас живет каждый пятый ребенок в США) и в том случае, если мать вынуждена работать (такова ситуация фактически в каждой второй семье с детьми до 3 лет (US Bureau of the Census, 1993) [6].

В российских семьях роль «третьего поколения» (а иногда и прабабушек) особенно велика. Большинство женщин работает. Число одиноких матерей – получателей ежемесячного пособия на детей – по данным Минсоцразвития России составило на конец 2000 г. – 1428 тыс. чел.; 2005 г. – 1383 тыс. чел.; 2008 г. – 1314 тыс. чел. [4].

В Курской области, согласно официальной статистике, более чем 27 тысяч неполных семей, 808 – «отцовских» (2,9% от общего числа семей с одним родителем). Из них 90 – это «молодые семьи» (возраст папы не достиг 30 лет) и 64 – многодетные [5].

Во многих семьях, номинально (по прописке и, соответственно, по переписи населения) являющихся нуклеарными, существует «институт приходящих бабушек», которые выполняют роль нянь (для внуков-дошкольников) и гувернанток (сопровождение в школы и помощь в приготовлении уроков внуков-школьников). Можно сказать, что во многих семьях бабушки играют роль «держателя семьи». В особенности такая ситуация прослеживается в разрушенных, «эрозированных» семьях с распавшимися или несостоявшимися супружескими звеньями (например, при внебрачных рождениях у несовершеннолетних матерей).

Под термином «держатель семьи» понимается член семьи, который в наибольшей степени ощущает и несет на себе ответственность за перспективы

семьи и будущее детей. Такую роль, по данным исследователей, играют сельские бабушки по отношению к своим внукам, рожденным уже городскими матерями – их дочерьми или невестками. Наиболее ярко это проявляется в случае эрозированных (по структуре) семей (являющихся неблагополучными по выполнению своих функций).

Прасемья (обычно бабушка, иногда прабабушка) осуществляет уход за внуками, берет на себя ответственность за него и его будущее, взаимодействует с внешними организациями (оформление опеки, взаимодействие со школой, муниципальными органами и т.д.). В случае нездоровья или смерти такой бабушки-держателя семьи внуки оказываются в той или иной мере под опекой государства, так как никто из других членов семьи (мать или внебрачный отец) не способен взять на себя заботу о ребенке. Но это крайний случай, обычно же, бабушки играют позитивную роль в семье, помогая работающей матери растить ребенка. В особой поддержке и серьезной помощи нуждаются бабушки и дедушки, которые воспитывают своих потомков без их мам и пап, – опекуны, единственные «родители». Работа, возраст и воспитание малышей, – всё для них подчас становится трудной проблемой. Не удивительно, что дедушки-опекуны нередко впадают в депрессию, чаще, чем бабушки, и их воспитательные обязанности при этом тоже страдают.

Но все же, популярный некогда в России институт бабушек и дедушек, по мнению исследователей, уходит в прошлое.

В современных российских условиях пожилые люди часто продолжают свою профессиональную деятельность, даже после выхода на пенсию. Помимо этого может существовать еще ряд причин, почему они не могут сидеть с детьми (болезни, проживание в разных городах и все чаще – просто нежелание).

По результатам опросов Е. Вовк, в большинстве своем респонденты склонны считать, что «воспитание подрастающего поколения – не стариковское дело и не стариковская забота». Если родители и хотят, чтобы бабушки и дедушки занимались детьми – таких 33% опрошенных, то либо для воспитания во внуках хороших качеств, передачи своего опыта (15%), либо в качестве нянек или сиделок (9%). С учетом того, что все чаще бабушками и дедушками становятся люди, способные продолжать реализовывать свои социальные и профессиональные роли, а не только заниматься внуками, то, скорее, речь идет обо всех представителях третьего поколения, как о 60-70-летних, так и о «молодых» бабушках и дедушках допенсионного возраста [2].

Американские психологи отмечают, что функции бабушек и дедушек обычно отличаются от родительских, и у них устанавливаются несколько иные отношения привязанности с внуками и внучками.

Прародители чаще выражают одобрение, сочувствие и симпатии, оказывают поддержку и реже наказывают внуков. Иногда эти отношения отличаются большей игривостью и раскованностью (Lewis, 1987). Бабушки чаще рассказывают внукам о своем детстве или о детстве их родителей, что способствует формированию у детей чувства семейной идентичности и традиции (Крайг Г., 2011).

Это и психотерапевтическая (эмоциональная) поддержка матери во время беременности, и помощь советом в случае конфликтов в семье, и игры с внуками, и регуляция отношения между внуками (поддержка первенца при рождении второго ребенка), и подготовка к школе внука, и, конечно же, помощь школьнику и т.д. (Панкова Л. М., 1998).

Как и у всякой педагогической системы, у «бабушкиного» воспитания есть свои сторонники и противники. Основные доводы противников – дети становятся некоммуникабельными, предпочитают общению со сверстниками тихие игры с игрушками, хуже адаптируются в детском саду и школе, ребенок «после бабушки» – неуправляем [14].

Сотрудники Института психологии РАН провели масштабное исследование интеллектуальных и творческих способностей младших школьников, изучили семейную ситуацию детей и пришли к впечатляющим выводам. В частности отмечено, что дети (младшие школьники), находящиеся под присмотром бабушек, успешнее справляются с нестандартными заданиями. Причем оказалось, что родители и бабушки, сами о том не догадываясь, применяют к детям одни и те же методы воспитания. А различие состоит лишь в том, какой именно метод каждый из них считает приоритетным и как его использует [6].

Дети моделируют свои отношения с окружающими в соответствии с взаимоотношениями взрослых. Если по какой-то причине в семье нет папы, именно дедушка становится для ребенка объектом обожания. Но, к сожалению, в большинстве российских семей лидером воспитательного процесса становятся женщины – мама, бабушка, которые считают, что «мужчины ничего не понимает в воспитании маленького ребенка». И все же, не смотря на разногласия, исследователи указывают на большую значимость бабушек в семье.

А. Баркан – педиатр, детский психолог, доктор медицинских наук, профессор и бабушка двоих внуков предлагает разделить наших бабушек (отчасти и дедушек тоже), независимо от их возраста, на «общественных» (социально-активных) и семейных [9].

Это примеры социальных стигм.

Если бабушка даже на пенсии работает и вполне успешно, то, как бы она ни любила своего внука или внучку, у нее нет ни реальных возможностей, ни желания посвящать себя полностью воспитанию малыша. Ведь бабушками или дедушками иногда становятся в таком возрасте, когда сами еще находятся посередине пути марафонской дистанции своей жизни.

И, конечно же, передышка в дороге, чтоб помочь как-то вырастить внука – не возможность второго дыхания, а «перекрытие кислорода» для первого. Это – социально-активная бабушка. Она готова оказать свою «полупомощь» – подменить на часок, принести в дом продукты. Но не ждите от нее жертвенности относительно внуков. В лучшем случае поддержка сведется к материальной помощи. Такой бабушке гораздо проще оплатить няню, чем нянчиться самой. Если бабушка «родом из социализма», с пеленок хорошо усвоившая то, что женщина прежде всего должна реализовывать себя в работе,

а не быть домохозяйкой, если с ней никогда не сидели ее бабушки в детстве, то она тоже будет следовать подобному стереотипу поведения в жизни.

К сожалению, поколению бывших советских людей почти не удавалось познать силу бабушкиной любви, и отголоски этого дают о себе знать до нынешнего времени. Гораздо охотнее будет ухаживать за своим внуком **семейная бабушка**, оставшаяся такой вопреки советским стереотипам. Но это вовсе не просто домохозяйка, никогда не работавшая. У этой категории бабушек, в отличие от первой, совершенно другие ценности в жизни и семья – на ее вершине. А вершина вершины, конечно же, – внуки.

Такая бабушка предложит свои услуги сама, и преданнее ее никогда никого не будет больше у ребенка. Это – человек, обладающий особым даром «бабушконизма», причем по своей глубине временами превосходящим новорожденное материнство. Этот «бабушконизм» свойственен только жертвенным бабушкам, для которых внук или же внучка – просветление, озарение в жизни. Однако и здесь есть свои подводные камни: ревность и соперничество, превращение внуков в заложников отношений в семье и т.д.

Среди «старомодных» бабушкиных методов воспитания, передающихся из поколения в поколение, всегда есть хрестоматийный набор: нежность, ласка, «многодозволенность», гиперопека, воспринимаемые родителями как обычное баловство. Но именно это в начале жизни – главное, что обеспечивает психологическую безопасность ребенка.

А разумная «многодозволенность» вместо маминых «неразрешалок» – это ключ к наслаждению жизнью и творческому мышлению и, скорее всего, еще недооцененный антидепрессант. Ребенок, избалованный лаской, вряд ли станет жестоким террористом. Ребенок, окруженный вниманием, вряд ли станет бессердечным и циничным взрослым. Но родительская близорукость во многих бабушкиных начинаниях способна видеть лишь истоки эгоизма и несовершенства для дошкольника: малышу, считают родители, важнее научиться чистить зубы, чем фантазировать и слушать бабушкины сказки.

А дальнорукими, наверное, становимся все мы со временем. В этом тоже закодирована особая и не разгаданная еще мудрость. И, может быть, эта бабушкина «дальнорукость» и позволяет ей заглядывать за горизонт традиционных возможностей ребенка, освобождая его от «прокрустова ложа» родительских ожиданий.

Возраст бабушки – это время искупления своих бывших родительских грехов из-за прежней материнской близорукости и неопытности. Это время постижения, наконец, той единственной и подлинной человеческой любви – главной сущности материнства, запоздало приходящей ко многим женщинам. Это время «оттепели» человеческих чувств, необходимой для старта в успешную жизнь. И, чтобы такой старт состоялся, мудрость бабушки филигранно откорректирует многочисленные проблемы «отцов и детей» неизменно в пользу внуков.

Таким образом, опираясь на результат научных исследований, затрагивающих проблемы стигматизации, можно сделать **вывод** о том, что социальная стигматизация, воспринимаемая в общности как обыденное

явление, оказывает серьезное и достаточное длительное влияние на развитие личности и ее положение в обществе.

Качественные характеристики социальной стигматизации института бабушек и дедушек – в значительной степени, стихийный процесс, но его развитие осуществляется в рамках определенных закономерностей социокультурного характера. Знание последних позволяет прогнозировать возможные последствия данного явления, предупреждать их наступление, нейтрализовывать негативное воздействие навешивания социальных ярлыков на членов социальных общностей.

Результаты исследования и сделанные на их основе выводы могут стать предпосылкой для более разностороннего теоретического осмысления проявлений стигматизации в социальных общностях.

Список литературы

1. Бахметова Г.Ш. Современные проблемы старения населения в Европейских странах // Демографические и социально-экономические аспекты старения населения: Вторые Валентеевские чтения. М.: Диалог МГУ, 1999. Кн. 1.
2. Вовк, Е. Старики в семье: особенности межпоколенческого взаимодействия // Отечественные записки. – 2005. – №3 (24): <http://www.strana-oz.ru/?numid=24&article=1071>
3. Дети в России. 2009: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – С. 121. http://www.gks.ru/doc_2009/deti09_rus.pdf
4. ИАКУРСКИТИ <http://www.kurskcity.ru/firstline.php?id=19834>
5. Когда за воспитание внуков берутся бабушки... // http://www.semya-rastet.ru/razd/babushki_berutsja_za_vospitanie/
6. Крайг, Г., Бокум, Д., Психология развития и возрастная психология. - СПб.: Питер, 2011.
7. Лапина С. В. Социология управления: курс лекций. Минск: Академия управления Президента РБ, 2005.
8. Липай Т.П. Социальная стигматизация: социокультурные аспекты / Т. П. Липай, А. К. Мамедов // Труд и социальные отношения. – 2008. – № 11. – С. 43-52.
9. Новые русские бабушки // http://www.goodhouse.ru/family_and_children/education/339923/
10. Социологическая энциклопедия: В 2 т. Т.1. Национальный общественно-научный фонд / рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; гл.ред. В.Н. Иванов. – М.: Мысль, 2003.
11. Стигматизация (социальная) // <http://traditio.ru/wiki>
12. Фукуяма Ф. Великий разрыв. М.: АСТ; Ермак, 2004. С.159.
13. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York:Prentice-Hall, 1963.
14. <http://www.chudopredki.ru/43-babushki-i-dedushki.html>
15. http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=173&binn_rubrik_pl_articles=107
16. <http://www.unmultimedia.org/radio/russian/detail/68745.html>

ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК: ВСЕ ЗА И ПРОТИВ

Долгарева С.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Введение: Так здорово иметь полноценную семью, где у родителей есть дети, а у детей - родители. А как поступать тем семьям, у которых нет детей или детям, от которых когда-то отказались родители? Найти друг друга! Ведь и приемная семья может стать настоящей, а приемный ребенок - родным. Чаще всего к этому решению приходят, когда не осталось никакой надежды на возможность родить собственного ребенка. Только в сказках колдуньи раздадут бездетным женщинам оплодотворенные зерна, из которых появляются долгожданные дети. В жизни все обстоит гораздо сложнее. И дело не только в бюрократической волоките. Но не все так просто, как кажется на первый взгляд. Часто в новоиспеченной семье возникают трудности. Как помочь адаптироваться приемному ребенку в новой семье, а родителям - в сложившейся ситуации.

Есть множество причин, по которым у людей возникает желание усыновить ребенка. Это могут быть: невозможность родить собственного малыша, необходимость проявления родительского инстинкта, заботы о ком-то, потребность продолжить свой род. Это и желание помочь и проявить любовь, подарить счастье иметь семью тому, у кого ее нет, и простое сочувствие к незащищенному человеку.

Но порой мы не догадываемся, что не до конца осознаем причины своих поступков. Вполне распространена, допустим, такая ситуация, когда усыновление может быть бегством от одиночества или желанием во чтобы то ни стало пережить собственную утрату за счет появления нового члена семьи. Бывает и так, что мы совершаем благородный поступок, не осознавая, что за ним стоит огромная ответственность за жизнь, судьбу и развитие конкретного неповторимого и незащищенного человека.

Хотелось бы осветить вопрос усыновления ребенка с психологической стороны. Не стоит бояться узнать и открыть для себя что-то новое. Если решили усыновить ребенка, то необходимо взвесить все за и против, заранее узнать о трудностях, подготовиться серьезно и ответственно к такому событию. Все это предопределило теоретическую актуальность и значимость данного исследования.

Цель исследования: выявить социально-психологические детерминанты успешного приемного родительства.

Цель определила задачу исследования:

Задача исследования - провести анализ научной литературы в отечественной и зарубежной психологии для определения теоретико-методологических основ рассмотрения проблемы приемного родительства в предметном поле социальной психологии и определения основных проблем исследования приемного родительства.

Психологическая готовность к усыновлению включает следующие компоненты: мотивационную готовность; психолого-педагогическую

компетентность в вопросах развития и воспитания детей (информированность о возрастнo-психологических особенностях детей, целях, задачах и методах воспитания, знание и понимание того, какое влияние оказывает социальная и семейная депривация на психическое развитие ребенка в разные возрастные периоды); адекватность когнитивного образа приемного ребенка (информированность усыновителей об истории развития ребенка, его родителях и родственниках, основных жизненных событиях и характере переживания их ребенком, знание индивидуально-личностных особенностей приемных детей, их интересах, привычках, сильных и слабых сторонах; информированность о круге общения ребенка, его друзьях); эмоционально-волевую готовность (настойчивость в преодолении трудностей воспитания, эмоциональная стабильность, толерантность к проявлению дезадаптивного поведения, развитая эмпатия, центрация на интересах ребенка, а не на собственных желаниях).

Психологическая готовность к усыновлению является важным условием успешной адаптации ребенка к приемной семье. Дефицит одного из компонентов готовности, соответственно, влечет трудности и проблемы в сфере детско-родительских отношений.

Психологическая адаптация усыновленного ребенка к новой семье - двусторонний процесс, в котором и родители, и ребенок должны решить задачи, связанные с изменением состава и функционально-ролевой структуры семьи.

Под психологической адаптацией ребенка к новой семье следует понимать включение его в семейную систему, принятие им предписанных роли, норм и правил, формирование привязанности к родителям и налаживание эффективных форм общения и сотрудничества.

Психологическая адаптация родителей предполагает принятие и освоение новых функциональных ролей (матери и отца), становление продуктивной родительской позиции, формирование адекватного образа ребенка.

Динамика процесса адаптации - фазы адаптации, их содержание и последовательность, продолжительность - определяется следующими факторами:

- возрастом ребенка: чем старше ребенок, тем выше вероятность возникновения сложностей в процессе его адаптации. Проблемы адаптации также будут отличаться в зависимости от возраста ребенка. Так, для усыновленного в младенческом возрасте ребенка основными проблемами станут переход на новый режим дня, кормления, прогулок и пр. Для подростка - установление эмоциональных и партнерских отношений с родителями, принятие и выполнение норм и правил, предписываемых новой семьей при сохранении самостоятельности и автономии поведения;

- индивидуальными и личностными особенностями ребенка. Дети раннего возраста с трудным темпераментом, младшие школьники и подростки с выраженными характерологическими чертами и акцентуацией характера, безусловно, являются группой риска для успешности протекания адаптации к усыновлению.

• историей развития ребенка. Особое значение приобретает вопрос о том, воспитывался ли ребенок ранее в семье или с момента рождения находился в детском учреждении (т.н. отказные дети). Если ребенок попал в детское учреждение из семьи, то в ходе адаптации к приемным родителям он постоянно будет сравнивать новый семейный уклад, традиции, правила, отношение к нему взрослых со своей прежней семьей.

• продолжительностью знакомства с усыновителями. Чем лучше узнают друг друга члены будущей семьи, тем легче будут решаться проблемы, связанные с адаптацией. Имеет значение не только время знакомства и количество встреч, но и содержание общения, его эмоциональная насыщенность, взаимная ориентация партнеров на личность друг друга.

• психологической готовностью родителей к усыновлению. Очевидно, что именно усыновителю принадлежит инициатива в создании новой семьи, обычно именно он определяет правила и нормы ее жизни.

• возможностью сохранения ребенком системы прежних социальных и межличностных отношений. В практике усыновления существуют две противоположные позиции в вопросе о целесообразности сохранения ребенком контактов с детским учреждением, каждая из которых имеет свои рациональные аргументы «за» и «против». Первая позиция - уйти от прошлого - настаивает на необходимости как можно скорее покончить с тяжелым прошлым, забыть его как кошмарный сон и строить новую жизнь и новые отношения с чистого листа. Отсюда требование прекратить все прежние контакты и отношения. Дополнительным аргументом сторонников позиции разрыва с прошлым является сохранение тайны усыновления. Вторая позиция настаивает на сохранении ребенком сети прежних социальных и межличностных отношений - прежней школы и класса, друзей, круга общения - в силу того, что кардинальное изменение жизни ребенка даже в условиях обретения им новой семьи делает задачу его психологической адаптации крайне сложной.

Особое внимание психологи обращают на период адаптации, который иногда длится около года: с момента, когда ребенок в первый раз видит свою приемную семью, и до того, как он начинает чувствовать себя ее полноценным членом. По словам специалистов, процесс адаптации можно разделить на несколько этапов, которые мы рассмотрим в этой статье.

«Медовый месяц»

Этот этап начинается еще до окончательного прихода ребенка в семью: во время его первых визитов в гости. Такая промежуточная стадия удобна для развития отношений между ребенком и родителями, так как не предполагает большой ответственности. На данном этапе все обычно идет просто замечательно: родители стараются, чтобы ребенку было хорошо, подбадривают его, дарят подарки, а ребенок, в свою очередь, изо всех сил пытается понравиться.

Во время «медового месяца» приемные родители должны относиться бережно к чувствам ребенка: не стоит называть его сыном или дочерью, претендовать на родительство, стараться побыстрее сблизиться. Также не надо

загружать ребенка новыми впечатлениями - его психика может не справиться с большим объемом свежей информации.

Бывает, что новые переживания негативно отражаются на ребенке. В результате он начинает испытывать тревогу, плохо спать, подвергаться перепадам настроения. В такой ситуации надо быть максимально внимательным к малышу.

Еще один важный момент, который необходимо учитывать: с точки зрения ребенка он теряет свою кровную семью не в тот момент, когда попадает на «нейтральную территорию» - в детское учреждение, а когда приходит в приемную семью. Часто ребенок испытывает вину, чувствует себя предателем. В любом случае ему необходима поддержка его новых родителей.

«Уже не гость»

Для второго этапа адаптации характерен кризис взаимоотношений. Приемным родителям может показаться, что хорошего и милого ребенка вдруг словно подменили. Он перестает слушаться, ведет себя не так, как хочется взрослым. В такой момент приемные родители могут испугаться, не совершили ли они ошибку? Правильно ли сделали, что взяли этого ребенка в семью? Здесь нужно отметить, что подобные ситуации - закономерный процесс. Причем в большинстве случаев он свидетельствует о том, что отношения в семье развиваются правильно.

Основные причины кризиса между приемными детьми и родителями:

1. Появление доверия к приемным родителям и ослабление «эмоциональной» пружины. Как бы странно это ни звучало, но ухудшение поведения ребенка следует рассматривать как хороший знак. Дело в том, что ребенок очень старался понравиться взрослым в течение всего периода, который мы условно называли «медовый месяц». Однако долго сдерживать себя невозможно - и в какой-то момент малыш «отпускает» эмоциональную напряженность, начинает реагировать на стрессовые ситуации обычным для себя образом, сформированным в «прошлой» жизни. Фактически ребенок с этого момента доверяет семье свои истинные, не совсем приглядные стороны - это и есть признак близости в отношениях. Ребенок чувствует, что его «уже не прогонят».

2. Неготовность ребенка к появившимся требованиям и ожиданиям. Ухудшению поведения ребенка могут способствовать ошибки его приемных родителей. Не стоит требовать благодарности от ребенка - он, конечно же, благодарен, но пока не знает, как выразить свои чувства. Также не надо приписывать малышу больше знаний и умений, чем у него есть. Нельзя забывать о трудностях ребенка, связанных с эмоциональными и интеллектуальными проблемами.

3. Нарастание детской тревоги из-за неполного понимания своего места и своей роли в принимающей семье. Это обстоятельство может дополнительно тревожить маленького человека. Ребенку требуются разъяснения со стороны взрослых о его будущем. Но прежде чем заводить такой разговор, необходимо согласовать этот вопрос с социальным работником.

4. Предыдущий травмирующий жизненный опыт ребенка. Когда ребенок доверяет семье, он начинает символически рассказывать о своих внутрисемейных отношениях в «прежней» жизни. Ему просто необходимо с помощью эмоций и действий пережить свой прошлый опыт, чтобы нормально развиваться дальше.

Почему кризис необходим приемной семье?

- Кризис помогает родителям обнаружить проблемы ребенка.
- Невозможно перейти на следующий этап адаптации в приемной семье, минуя кризисный период. Нерешенные эмоциональные проблемы будут вновь и вновь напоминать о себе и тянуть семью назад.
- Пройдя через кризис, приемные родители приобретают необходимую уверенность, становятся воспитателями более высокой квалификации, что, несомненно, помогает им добиться больших успехов в укреплении семьи.
- Ребенок тоже начинает чувствовать себя в семье более уверенно: он точно знает, что его не прогонят, даже если он сделает что-нибудь неправильно.
- При успешном прохождении кризиса у ребенка снижается уровень тревожности и повышается самооценка, что позволяет ему строить более гармоничные отношения с членами семьи.
- В конце концов, ничто не сплачивает семью лучше, чем совместное преодоление трудностей!

«Вживание»

На этом этапе приемная семья тоже может испытывать некоторые проблемы. Часто случается так, что родители уделяют недостаточно внимания кровным детям, если они имеются в семье. Повышенное внимание к приемному ребенку может нервировать кровных детей, вызывать неприятие, ревность, бунт. Они, подобно приемному, так же могут начать плохо себя вести, у них может снизиться настроение, успеваемость в школе. Однако проблемы с приемным ребенком помогут родителям лучше понять и проблемы кровных детей.

Но тем не менее на этом этапе, как правило, и приемные родители, и ребенок вздыхают свободно. Ребенок начинает чувствовать себя действительно как дома, принимает правила поведения, сложившиеся в семье. Изменяется и внешность ребенка: он прибавляет в весе, улучшается состояние его кожи и волос, прекращаются аллергические реакции. Ребенок становится более самостоятельным и уверенным в себе.

И все же следует помнить, что любое изменение, происходящее в семье, может оказать на только-только начинающего привыкать ребенка травмирующее воздействие.

«Стабилизация отношений»

На этом этапе семья окончательно становится семьей. Все знают, какое место они занимают в жизни друг друга, все удовлетворены состоянием своей семьи. Приемный ребенок ведет себя так же, как и кровные дети, он спокоен за себя и за свое будущее, хотя его может тревожить судьба кровных родителей и другие проблемы.

Адаптация приемных родителей.

«Ни в коем случае приемным родителям не стоит забывать про себя и свои чувства!» - напоминают психологи. Ведь адаптация в новой семье происходит с двух сторон: ребенок привыкает к новой обстановке, но ведь и приемные родители должны к ней привыкнуть.

Нужно помнить, что как бы то ни было быть приемным родителем - это работа, которая требует определенных затрат: эмоциональных, временных и других. И, как и любая другая работа, она требует отдыха.

Можно ли избежать возможных проблем? Конечно! Как и всякая семья, семьи с приемными детьми могут быть благополучны, а могут - и нет. Очень многое, прежде всего, зависит от самих родителей.

Список литературы

1. Овчарова Р.В. Психология родительства. – М.: Издательский центр «Академия», 2005, - 368 с.
2. Шмидт В.Р. «Подводные камни» приемного родительства // Вестник практической психологии образования. 2006. №4. – С. 116-120
3. Япарова О.Г. Социально-психологические детерминанты успешного приемного родительства. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук специальность: 19.00.05 – социальная психология (психологические науки) Москва, 2009 – 25 с.

СОСТОЯНИЕ МОТОРНЫХ И СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ерохина В. А., Троицкая Л.А.

Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва, Россия.

Введение

Проблема развития психики в период младенчества имеет большое значение для качества жизни ребенка. В последнее время значительно увеличилось количество детей с задержкой психического и речевого развития, которые не могут полностью усвоить программу массовых дошкольных и школьных учреждений [1, 5]. Только 35% младших школьников имеют удовлетворительный уровень готовности к обучению [7]. Среди причин отставания детей в психомоторном развитии, патология нервной системы занимает ведущее место, а вклад ее перинатальных поражений достигает 60-80% всех неврологических заболеваний у детей [6]. Значительные успехи в области перинатологии, внедрение новых технологий вспомогательной репродукции человека, достижения в области интенсивной терапии и выхаживании новорожденных с сочетанной перинатальной патологией позволили существенно снизить показатели младенческой смертности. [4]. Однако это привело к увеличению в общей популяции детей с неврологической патологией, обусловленной нарушениями анте- и интранатального периода развития [5].

Цель работы: Исследование особенностей высших психических функций у глубоко недоношенных младенцев и нормальной группы детей.

Предмет исследования:

Психическое развитие глубоко недоношенных детей первого года жизни и основные симптомокомплексы.

Объект:

Развитие сенсорных и моторных функций у детей недоношенных и родившихся в срок первого года и нормы.

Задачи:

1. Оценка состояния сенсорных, моторных и других высших психических функций у глубоко недоношенных младенцев экспериментальной группы.
2. Оценка состояния сенсорных, моторных и других высших психических функций у младенцев контрольной группы.
3. Описание общих особенностей психического развития глубоко недоношенных детей первого года жизни.
4. Выделение и анализ типичных вариантов психологического дизонтогенеза у младенцев экспериментальной группы.

Методы исследования:

Для получения объективной оценки нервно-психического развития наблюдаемых детей была использована «*Шкала нервно-психического развития младенцев*» («*Bayley Scales of Infant Development*») Н.Бейли

[2], позволяющая оценить уровень нервно-психического развития не только качественно, но и количественно.

По данной методике обследованы все дети (15 детей). Исследование проводили в стандартных условиях, в присутствии одного или обоих родителей. Программа предполагала тестирование детей и анкетирование родителей. Продолжительность одного исследования составляла от 1,5 до 2-х часов.

Основанием для выбора данной методики явились следующие причины:

- *во-первых*, Шкала Бейли является хорошо стандартизированной и позволяет сравнивать полученное ребенком значение стандартных баллов как с его же собственными, но полученными в более раннем возрасте, так и со значениями, полученными группой здоровых сверстников;
- *во-вторых*, Шкала Бейли позволяет корректно проводить сравнение доношенных и недоношенных детей, так как тестирование проводится с учетом их гестационного возраста;
- *в-третьих*, Шкала Бейли позволяет оценить достаточно полно состояние высших психических функций;
- *в-четвертых*, Шкала Бейли может быть использована как своеобразное пособие для родителей, позволяющее им увидеть сильные и слабые стороны в развитии своего ребенка и использовать предлагаемые тестом задания в качестве пособия по раннему развитию.

Работа выполнена на базе Люберецкой детской городской больницы, областного психоневрологического отделения №2.

Характеристика экспериментальных групп первого года жизни:

- *контрольная группа*: практически здоровые младенцы, родившиеся в срок – 15 детей.
- *Экспериментальная группа*: глубоко недоношенные младенцы с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, не имеющие органических патологий, не связанных с преждевременным рождением -15 детей.

Таблица 1 Характеристика исследуемых групп младенцев

	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	Границы	Среднее значение	Станд. отклон.	Границы	Среднее значение	Станд. отклон.
Гестационн. возраст, нед.	38-40	39.4	0.8	25-32	28.4	2
Масса тела при рождении, г.	2710-3790	3287	389	540-1390	1137	221
Возраст матери	21-33	23.5	2.9	18-35	25.8	5.2

- В экспериментальную группу вошли глубоко недоношенные с экстремально низкой (менее 1000 г) и с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г). К первой из этих категорий относились четыре ребенка, ко второй — 11 детей. 12 недоношенных родились с массой тела, соответствующей гестационному возрасту; у троих масса тела при рождении была ниже нормативного показателя более чем на две сигмы.

- Подбор испытуемых экспериментальной группы проводился с учетом данных беседы с матерями и лечащими врачами и анализа историй болезни младенцев. При формировании контрольной группы проводились первичные беседы с матерями и анализ амбулаторных карт детей. Контрольная и экспериментальная группы были уравнены по параметрам, относящимся к неспецифическим детерминантам психического развития недоношенных.

- *Биологические параметры:* половой состав групп, соматоневрологическая отягощенность наследственности.

- Половой состав групп: по 8 девочек и 7 мальчиков в каждой группе.

- Группы были уравнены по параметру отягощенности наследственности хроническими соматическими заболеваниями. Более чем у четверти прародителей были отмечены гипертоническая болезнь и атеросклероз, примерно треть родителей страдали различными аллергиями и миопией средней степени. В единичных случаях отмечены хронический тонзиллит, варикозное расширение вен и некоторые другие соматические заболевания.

Следует обратить внимание на некоторые особенности встречаемости неврологических синдромов в экспериментальной группе. Так, гипертензионно-гидроцефальный синдром чаще приводил к повышению нервно-рефлекторной возбудимости, и только при этом сочетании развивался судорожный синдром и детский церебральный паралич (ДЦП). Среди детей, у которых развился ДЦП, преобладают девочки. Напротив, вегето-висцеральные нарушения (расстройства сна и пищеварения) встречались преимущественно у мальчиков с устойчивой гидроцефальной симптоматикой.

Всем детям экспериментальной группы, помимо медикаментозной терапии назначался лечебный массаж и гимнастика. Основной комплекс гимнастики и массажа осваивался и применялся матерями младенцев самостоятельно после выписки из стационара.

Результаты, полученные в ходе исследования, были подвергнуты качественному анализу с целью выявления основных особенностей психического развития маловесных глубоко недоношенных детей и описания специфических вариантов развития.

Результаты исследования

Основу *Шкалы нервно-психического развития (Mental Scale)* составляет оценка когнитивного развития, сенсорного и речевого развития. Основной задачей тестирования явилось определение уровня развития высших психических функций, и в первую очередь, речи (импрессивной и

экспрессивной), внимания, общения.

Шкала моторного развития (Motor Scale) позволила оценить *общую и тонкую моторику*. Результатом тестирования явилась предварительная оценка, соответствующая количеству выполненных заданий, на основании которой с использованием центильных таблиц вычисляется индекс нервно-психического (PDI) и моторного (MDI) развития, что позволило сделать заключение о степени соответствии уровня нервно-психического и моторного развития возрасту обследуемого ребенка.

Для количественной оценки структуры познавательной деятельности обследуемой группы детей были использованы также среднегрупповые индексы развития следующих сфер: двигательная сфера, сенсорная сфера, предметные действия, взаимодействие с взрослым, эмоциональное развитие, голосовое развитие (вокализация). [Баженова О.В., 1985]:

В ходе исследования были выделены «специфические» симптомокомплексы, характеризующие уровень эмоциональной и психологической деятельности детей контрольной и экспериментальной групп.

Из анализа полученных данных видно, что дети экспериментальной группы (недоношенные) по всем анализируемым сферам значительно отстают от своих сверстников контрольной группы, особенно в возрасте до шести месяцев, постепенно догоняя, не в полном объеме, к году.

Наибольшее отставание наблюдается в двигательной сфере, сенсорной и предметных действиях. Что касается вокализации (голосования), эмоционального реагирования и взаимодействия со взрослыми, разрыв значений групп менее выражен.

Некоторые младенцы из экспериментальной группы с определенного возраста начали демонстрировать устойчивые особенности поведения в ходе обследований и по данным структурированного интервью матерей. Развитие остальных испытуемых было отнесено к «обычной» категории. В соответствии с характерными ярко выраженными особенностями были выделены две специфические подгруппы внутри экспериментальной группы с описанием их типичных психологических особенностей, которые на каждом возрастном этапе младенчества сведены в "Специфические симптомокомплексы".

Познавательная деятельность младенцев начинается с *ориентировочных реакций* на различные стимулы (под стимулом подразумевается предмет или человек, находящийся в поле зрения ребенка, звук человеческого голоса или погремушки). Уровень развития функций двигательной, сенсорной, эмоциональной и голосовой сферы у глубоко недоношенных детей соответствовал тяжелой степени нарушений. В большей или меньшей степени у этих детей сформировались *ориентировочные реакции* (на зрительную и слуховую стимуляцию, иногда со способностью следить за движущимся объектом и возможностью локализации звука, а среди эмоциональных реакций — улыбки на тактильное воздействие и говорящее лицо). Лишь двое младенцев делали попытки поднять голову, когда им демонстрировалась яркая погремушка. В сферах взаимодействия с взрослым и предметных действий индексы развития, соответственно, пяти и одного ребенка попали в категорию

нарушений средней тяжести; еще один ребенок продемонстрировал легкое отставание от нормы по первой группе показателей. В предметной сфере наиболее результативным стал показатель "Сосредоточение внимания на игрушке". В коммуникативной сфере - "Зрительный контакт" (*навыки визуального исследования объекта без попыток захвата*).

С возрастом 2,5- 5 месяцев у младенцев в норме наблюдается период *активного проявления и реализации потребности в общении*. Особое внимание детей начинает привлекать человеческий объект: дети с интересом изучают внешний вид взрослого, принимают удобную позу; будучи взятыми на руки, прислушиваются к голосу, начинают гулить и издавали редкие ответные звуки. Примерно в половине случаев родители отмечают способность к положительному эмоциональному реагированию на появление знакомого взрослого (чаще — матери) или любимой игрушки, а также улыбки во сне.

В зависимости от характера выполнения задания были выделены специфические симптомокомплексы.

Аутистический вариант: Часть младенцев экспериментальной группы практически всегда отворачивались от взрослого, подошедшего к кровати, даже если он при этом не смотрел на них, или закрывали глаза.

Аналогичное поведение наблюдалось в ситуации формального общения: визуальный контакт фактически отсутствовал во всех экспериментальных эпизодах, инициация общения подменялась молчаливым игнорированием или истеричным плачем. Будучи взятыми на руки даже для кормления, дети из данной подгруппы не принимали прилегающей позы, а иногда начинали плакать и подолгу не успокаивались. Иных проявлений страха и упорных двигательных стереотипии не наблюдалось.

При этом гораздо лучше младенцами выполнялись пробы на зрительное восприятие по сравнению со слуховым. Из всех предметных навыков наиболее развитыми оказались *статические*: рассматривание игрушки и картинки, удерживание игрушки. Наблюдались также немногочисленные проявления *моторной активности рук*: "Активизация рук", "Игра с подвешенными игрушками". Остальные пробы на ручную моторику и сохранение зрительного контроля не были выполнены ни одним испытуемым.

В неврологическом статусе на данном этапе у мальчиков отмечался синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости на фоне гидроцефалии, вегето-висцеральных и судорожных нарушений, у девочки — синдром угнетения ЦНС.

Астенический вариант: поведение шестерых недоношенных (троих мальчиков и двух девочек) характеризовалось повышенной истощаемостью, эмоциональной уязвимостью и лабильностью, плаксивостью. Младенцы из этой подгруппы охотно вступали в телесный и визуальный контакт, прислушивались к речи взрослого и вокализировали в ответ. Однако при активном игровом взаимодействии и вокализации скоро наступало утомление и дети начинали хныкать, переворачиваться на бок, зевать. Будучи уложенными в кроватку, эти дети засыпали с трудом; их следовало подолгу укачивать, поглаживать и разговаривать с ними.

По данным невропатолога, одна девочка и один мальчик имели синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости с вегето-висцеральными нарушениями, у двух девочек на фоне того же синдрома развилась повышенная судорожная готовность; одна из них прошла курс лечебного массажа. Еще два мальчика страдали синдромом угнетения ЦНС, и один из них также проходил курс массажа.

Выводы

1. *Первичный дефект* при глубокой недоношенности проявляется в нарушениях высших психических функций, обусловленных морфологической незрелостью определенных отделов коры головного мозга, реализующих эти процессы, и является следствием преждевременного рождения.

2. *Вторичный* характер имеют нарушения функций, которые непосредственно связаны с преобладающим первичным дефектом: сенсомоторная незрелость и искажения аффективной регуляции и психической активации.

3. Третичный дефект также имеет свою специфику: нарушения ВПФ связаны с энергетической и двигательной недостаточностью и проявляются в динамической и операциональной стороне деятельности в целом.

4. Были выделены два особых варианта психологического дизонтогенеза у недоношенных - астенический и аутистический. Астенический симптомокомплекс формируется у младенцев с наиболее устойчивыми проявлениями синдрома угнетения ЦНС и дальнейшим развитием тяжелых двигательных патологий (в том числе, ДЦП). При аутистическом варианте развития в большей степени представлен явлениями повышенной нервно-рефлекторной возбудимости гидроцефального происхождения в сочетании с вегето-висцеральной симптоматикой.

5. Нарушения развития большинства высших психических функций у глубоко недоношенных младенцев достигают границ легкой степени выраженности к годовалому возрасту. Отставание от нормы отмечается в коммуникативной сфере.

Заключение

Результаты настоящего исследования позволяют выделить закономерности, характерные для психического развития глубоко незрелых младенцев. Прослежен *переход в течение года от тяжелых нарушений психического развития к умеренным и легким.*

Анализ полученных данных позволяет сделать общие выводы относительно темпов созревания и качественных особенностей поведения привязанности обследованных младенцев.

Литература

1. Батуев А. С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2005. – 317 с.
2. Н.Бейли «Шкала нервно-психического развития младенцев» , 2005 г.
3. Бизюк А. П. Основы нейропсихологии: Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 293 с.

4. *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 624 с.
5. *Богданов А. В.* Физиология центральной нервной системы: Курс лекций. 2-е изд., испр. – М.: Изд-во УРАО, 2004. – 160 с.
6. *Зверева Н. В.* Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося развития. // Культурно-историческая психология. – 2008. - №3.- С. 79-85.
7. *Семенович А. В.* Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. – М.: Генезис, 2007. – 474 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Есенкова Н.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

В жизни каждого человека профессиональная деятельность занимает важное место. Профессиональная деятельность дает максимальные потенциальные возможности одновременного и наиболее полного удовлетворения всех основных потребностей личности, определяет жизненный путь личности, открывает человеку пути к включению в новые сферы жизни общества, вводит его в основные социальные структуры и позволяет установить все более богатые социальные связи [5].

Изучение формирования специалистов необходимо начинать задолго до его вступления в собственно профессиональную деятельность, с ранних детских лет.

Сущность профессионального самоопределения составляет поиск и нахождение личностного смысла выбираемой профессии, а также – нахождение смысла в самом процессе самоопределения [6]. К факторам, определяющим профессиональный выбор, относятся: позиция старших, семьи; позиция сверстников; позиция школьного педагогического коллектива; способности и их проявления; личные профессиональные и жизненные планы; притязания на общественные признания; информированность о той или иной профессиональной деятельности; склонности [4].

Значительное влияние на личностное и профессиональное самоопределение оказывает семейное воспитание. Родительское воспитание трактуется как сложная структура, состоящая из комплекса факторов - эмоционального отношения родителей к ребенку, представлений о нем и способов обращения родителей с сыном или дочерью [1].

Согласно И. Кону, профессиональное самоопределение человека начинается далеко в его детстве, когда в детской игре, ребенок принимает на себя разные профессиональные роли [3].

Под влиянием семьи складывается исходная система отношений к миру профессий и к себе как к будущему субъекту деятельности. Родители могут способствовать формированию профессиональных предпочтений и создавать условия предварительного формирования будущего профессионала [4].

В исследовании Шафигубдиновой М.Р., выявлено, что различные типы родительских отношений по-разному влияют на профессиональное самоопределение старшеклассников. Так, тип отношения «кооперация» - социально желательный образ родительского отношения, способствует успешному профессиональному самоопределению старшеклассников [7].

Также окончательному профессиональному самоопределению способствует тип родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация», но эта определенность большей степени достигнута родителями. Остальные типы родительских отношений «симбиоз», «маленький

неудачник» не способствует успешному самоопределению старшекласников [7].

Е.В. Волобуева указывает, что влияние родителей на профессиональный выбор старшекласника представляет собой сложный психологический феномен, интегрирующий в своем поле несколько модельных ситуаций: «профессиональный выбор старшекласника происходит под влиянием профессионального примера родителей», «профессиональный выбор старшекласника происходит под влиянием родительских наставлений», «профессиональный выбор старшекласника происходит под влиянием сочетания профессионального примера и наставлений родителей», «профессиональный выбор старшекласника происходит автономно, без учета профессионального примера и наставлений родителей», «старшекласник испытывает трудности в осуществлении профессионального выбора» [2].

Первые три из названных моделей являются непосредственным результатом влияния родителей на профессиональный выбор старшекласника, последние две - результатом нарушения влияния родителей на профессиональный выбор старшекласника. [2]

Как выявило исследование, высокий уровень показателей успешности профессионального выбора родителями способствует воспроизведению старшекласниками родительского опыта выбора профессии и повышает их восприимчивость к родительским пожеланиям в сфере профессионального самоопределения. Низкий уровень профессионального самоопределения родителей является источником затруднения старшекласников в осуществлении ими профессионального выбора [2].

Среди индивидуальных особенностей родителей наибольшее влияние на профессиональный выбор ребенка оказывают параметры их самоактуализации, смысложизненных ориентаций и предпочитаемого стиля детско-родительских отношений. Затруднения в профессиональном самоопределении старшекласников вызываются отдельными типами акцентуации характера, проявлениями агрессии, нарушениями ценностных структур и детско-родительского взаимодействия [2].

Значительную роль отводят сценариям воспитания, в которых находят выражения предпочтения и планы родителей [4]. Негативно сказывается на будущей профессиональной жизни:

- 1) жесткое половое предпочтение - в случае предварительного настроя на ребенка определенного пола и при появлении ребенка другого пола наблюдается либо воспитание по типу противоположного пола, с жестким навязыванием соответствующих интересов и профессий, либо падение интереса к воспитанию и игнорированию способностей;

- 2) стремление продолжить в ребенке собственную линию развития - навязывается профессиональное направление, сходное с родительским, зачастую противоположное истинным способностям и склонностям;

- 3) стремление к компенсации - ребенок обязан достичь того, что не удалось родителям, зачастую это весьма далекие от соответствующей среды

сферы деятельности, подготовить к которым ребенка нет внутренних возможностей;

4) реализация сценария «родители вундеркинда»- ребенка ориентируют на очень высокие достижения в обстановке повышенной ответственности и переутомления;

5) стремление к сохранению родительского приоритета любой ценой – развитие тормозится с тем, чтобы он не превысил уровня родителей, в том числе и в профессиональном отношении.

Результатом реализации подобных сценариев - неадекватный выбор профессионального пути, низкая эффективность деятельности.

Так, согласно Н.С.Пряжникову, Е.Ю.Пряжниковой, неадекватный выбор профессии соответствует агрессивному неприятию деятельности по данному типу, демонстративному игнорированию и даже разрушению имеющихся возможностей; молчаливому избеганию деятельности; реализации стереотипных способов деятельности [6]. Таким образом, семейное воспитание оказывает влияние на личностное и профессиональное самоопределение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1) Архиреева Т.В. Влияние родительского воспитания на самоотношение младшего школьника / Т.В.Архиреева // Вопросы психологии. - 2006.-№3. - С.67 - 77.

2) Волобуева Е.В. Влияние родителей на профессиональный выбор старшеклассника. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психол. наук, Ставрополь – 2007 – 22с.

3) Кон И.С. Психология старшеклассника: Пособие для учителей. - М.: Просвещение, 1980. - 265 с.

4) Корнеева, Л.Н. Профессиональная психология личности [Текст] / Л.Н.Корнеева// Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Никифорова Г.С. - СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 1991. – С 61 - 84.

5) Маркова, А. К. Психология профессионализма [Текст] / А. К. Маркова. - М.: Международный фонд «Знание», 1996. - 308 с.

6) Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства.: Издательство: Академия, 2005 - 480 с.

7) Шафигубдинова М.Р. Теоретический анализ состояния проблемы самоопределения личности // Вестник Московского государственного областного университета.: Издательство МГОУ - № 2. - 2007. – С. 119-122.

СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ РОДИТЕЛЯ В ПРОЦЕССЕ СТАНОВЛЕНИЯ СУБЪЕКТНОСТИ

Запесоцкая И.В., Никишина В.Б.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Социальная идентичность позволяет личности ориентироваться в своем социальном окружении и является «призмой» для интерпретации собственного опыта взаимодействия с другими людьми [13].

Э. Эриксон представляет идентичность как внутреннюю непрерывность и тождественность личности, существующую в контексте непрерывного развития личности и выполняющую адаптационные функции. Идентичность - это динамическое образование, претерпевающее изменения на протяжении всей жизни человека. Она обеспечивает возможность видеть свою жизнь в аспекте ее непрерывности, органично переплетая прошлое и будущее и включая их в переживания настоящего, адаптируясь к изменениям жизненной ситуации [12].

Социальная идентичность, являясь феноменом, возникающим на основании осознания личностью своей принадлежности к разнообразным социальным группам, в которые человек включается в ходе своей жизнедеятельности, в качестве родового понятия предполагает обращение к категории социокультурного пространства, определяющего становление и развитие личности. Как сложное явление социокультурное пространство, с точки зрения системного подхода, предполагает реализацию социокультурной деятельности. В данном контексте наиболее продуктивен, на наш взгляд, подход А.В. Соколова, рассматривающий в качестве социального пространства социокультурную систему как исторически сложившуюся совокупность субъектов (творцов и пользователей культурных ценностей), учреждений, средств и методов, служащую для осуществления социокультурной деятельности [8]. А.В. Соколов определяет социально-культурную деятельность как культурную деятельность социальных субъектов (профессиональных и непрофессиональных) по: а) созданию культурных ценностей (творчеству) в) развитию способностей индивидов и обслуживанию их творческой деятельности в) коммуникации, то есть распространению, сохранению и общественному использованию всех видов культурных ценностей [8]. Являясь сложноорганизованной и неоднородной системой, социокультурное пространство представлено непрерывным взаимодействием и взаимообуславливанием его общественной и индивидуальной плоскостей.

Социокультурное пространство общества включает макро- (государственное, этническое, региональное и т.п.) и микро- (семейное, материнско-детское) уровни, на каждом из которых закреплены более или менее обобщенные представления о родительстве, его роли в воспитании ребенка, выраженные в ценностно-смысловом наполнении родительства как психолого-педагогического явления современного социокультурного пространства. Основным смыслом такой структурной иерархии является составная природа вышестоящих уровней по отношению к нижестоящим. Общая совокупность социокультурных представлений, ценностей, смыслов,

воздействуя на сознание и поведение конкретного родителя, согласовывает его и общество как совокупного субъекта в едином со-бытийном пространстве, определяет глубину усвоения, принятия или отвержения родительства как самостоятельной ценности. Взаимодействие с объектами и субъектами разных уровней социокультурного пространства не просто дает некоторое представление о мире и его объектах, а порождает новый субъективный опыт, определенные состояния и качества, которых без обращения к ним не было и быть не могло. Следовательно, обращение к общекультурным смыслам и ценностям создает условие для рождения новых индивидуально-смысловых структур родителя, закрепленных в системе его социальной идентичности, сложившейся на данный момент в образе мира, определяющего значение и смысл восприятия, понимания и преобразования социокультурной реальности.

Таким образом, механизмом формирования социальной идентичности родителя выступает особое ценностно-смысловое поле, с помощью которого отец или мать в дальнейшем будут ориентироваться в социальном взаимодействии и регулировать собственное социальное поведение. Это предположение основано на идее о том, что любое взаимодействие между людьми содержит в себе смысловой пласт, который представляет собой развертывание индивидуальных смысловых систем взаимодействующих субъектов, способствующих созданию единого смыслового пространства взаимодействия - важнейшего условия его эффективности [2].

Социальная идентичность личности представляет собой сложное образование, различные компоненты которого могут актуализироваться под воздействием изменений социальной ситуации, отражая эти изменения [6]. Актуализировавшиеся компоненты социальной идентичности играют наиболее существенную роль в регуляции социального поведения личности, в то время как остальные компоненты отходят на второй план, и участие связанных с ними норм и ценностей в регуляции социального поведения сокращается.

Объективное изучение проблемы освоения человеком социокультурного пространства, специфики его становления в этом пространстве, самореализации в многоплановой системе отношений «человек – мир» требует обращения анализа методологических и общетеоретических решений многоаспектной проблемы становления человека как субъекта. При сложившейся неоднозначности определения данного понятия мы разделяем позицию Б. Г. Ананьева, А. Г. Асмолова, А. В. Брушлинского, В. А. Петровского и др., согласно которой носителем преобразующих свойств субъекта является личность.

В этой связи существенно, что в разработке философско-психологической концепции субъекта деятельности С. Л. Рубинштейном выделены активность, развитие и саморазвитие, способность сознательно действовать и изменять действительность, осуществлять самоопределение и самоидентификацию как совокупность качеств, необходимых в выборе путей, форм дифференциации и реализации индивидуальной активности. В свете этого замечания вопрос о становлении субъекта приобретает смысл задачи по изучению психологических условий, обеспечивающих приобщенность личности как носителя обобщенного,

коллективного сознания к переживаемому всеобщему, перевод этого всеобщего в ценностно-смысловую (субъективную) плоскость, где возникает не только тема внешней детерминации активности, выбора личностью ее направления (А. А. Леонтьев), но и тема самопреобразования субъекта как процесса, в котором он есть причина собственного изменения в деятельности, то есть способен быть причиной самого себя [10].

В таком прочтении личность как субъект социокультурного пространства приобретает значение «высший уровень развития», является вершителем своего жизненного пути (К. А. Абульханова-Славская, А. В. Петровский), источником саморазвития (Л. И. Анцыферова, В. В. Знаков, В. В. Столин), она целенаправленно изменяет действительность, но тем самым изменяет и себя (А. В. Брушлинский, В. А. Петровский). Субъектное становление в социокультурном пространстве основывается на личностном самоопределении человека, принадлежащего миру как вид и в то же время уже психологически не принадлежащего миру как «Я», открывающего смысл своего существования субъекта, самостоятельной личности [4].

Особую значимость для понимания процесса субъектного становления личности в социокультурном пространстве имеют также идеи, раскрывающие взаимосвязь личностной и деятельностной сфер человека, реализующие тезис о взаимообусловленности социокультурного пространства общества, индивидуального социокультурного пространства личности и выполняемой субъектом социально значимой деятельности. При этом соотношение личностного и деятельностного «моментов» образует условие самоосуществления субъекта как сознательной личности, благодаря которому обеспечивается высший уровень организации и синтеза сложно взаимосвязанных в системное целое субъектных характеристик, выявляется субъектность существования человека.

Родительство как социокультурный феномен выступает интегральным психологическим образованием личности (отца и/или матери), включающим совокупность ценностных ориентаций родителя, установок и ожиданий, родительских чувств, отношений и позиций, родительской ответственности и стиля семейного воспитания [7]. Родительство — это многогранный феномен, который можно рассматривать на двух уровнях: и как сложное комплексное субъективно-личностное образование и как надиндивидуальное целое, которое, как правило, является совокупным, т.е. включает двух человек — отца и мать.

Таким образом, родительство является одним из базовых психологических явлений социокультурного пространства, а отец и мать — его значимыми субъектами, можно с уверенностью говорить о непреходящей ценности родителей в генезе человеческого общества уже на протяжении многих веков и их ведущей роли в трансляции и воспроизводстве социокультурного опыта, сохранения человеческих ценностей, трансляции духовных и нравственных ценностей, в воспитании достойного гражданина.

Представления о семье находят отражение на всех уровнях организации социокультурного пространства и, преломляясь в различных его слоях, приобретают различные категориальные формы и уникальное смысловое

содержание. По отношению к семейной системе родительство выступает ее составной частью, раскрываясь в то же время как на индивидуальном уровне – личностные особенности отца или матери, так и на надиндивидуальном – по отношению к системе общества.

Современное социокультурное пространство России характеризуется разбалансированностью, двойственностью и акцентированной бинарностью его содержательных аспектов, отсутствием превалирующих ценностей и единого начала духовной жизни. Утверждение новых ценностей самообразования и самореализации, становления субъекта, способного к личностному развитию, понимание становления личности как процесса, направленного на расширение возможности компетентного выбора личностью жизненного пути нашли свое отражение в двойственности современных представлений о родительстве.

Стремление к достижению личного успеха и независимости у значительной части современных российских женщин сопряжено с восприятием материнства как обузы, препятствия в профессиональном становлении. Разрыв межпоколенных связей, потеря традиционных способов передачи опыта детского-родительского взаимодействия приводит к осознанию недостаточности собственной родительской компетентности, неготовности к возникновению родительских чувств [11], к нежеланию быть родителем, малодетности.

В основе иной тенденции лежит возрождение изначальной сущности материнства и отцовства, которые являются не просто необходимостью или данью социальным и культурным установкам, а сознательным личностным выбором.

Таким образом, можно говорить об опосредованности представлений о родительстве ценностями социокультурного пространства, ценностно-смысловым наполнением родительства как явления этого пространства, которые, воздействуя на сознание и поведение его субъектов, определяют глубину усвоения, принятия или отвержения ими родительства в качестве самостоятельной ценности.

Становление отца и матери как субъектов социокультурной деятельности – родительства – определяется как самоизменение, определяющее момент перехода к себе как к иному, новому уровню целостности посредством актуализации самостных процессов, потенциал которых обеспечивает освоение родителем своего нового субъектного состояния и задает возможные траектории изменения себя как открытой саморазвивающейся системы и изменения социокультурного пространства. Психологическая сущность субъектного становления родителя заключается в том, что оно обусловлено самостным (внутренним) потенциалом.

Васягина Н.Н. предлагает обобщенную модель субъектного становления матери в социокультурном пространстве, в основу которой заложена идея взаимосвязи и взаимообусловленности меняющихся бытия и самой матери, включенной в бытийствование как активный преобразующий фактор, а также выполнение матерью социально значимой воспитательной деятельности, при реализации которой наиболее отчетливо проявляется ее субъектность [1].

Структура родительства определена рядом компонентов - эмоциональным, когнитивным и поведенческим. Когнитивный компонент - это осознание родителями родственной связи с детьми, представление о себе как о родителе, представления об идеальном родителе, образ супруга(и) как родителя общего ребенка, знание родительских функций, образ ребенка);

Эмоциональный — это субъективное ощущение человека себя как родителя, родительские чувства, отношение к ребенку, отношение к себе как к родителю, отношение к супругу как к родителю общего ребенка;

Поведенческий — это умения, навыки и деятельность родителя по уходу, материальному обеспечению, воспитанию и обучению ребенка, взаимоотношения с супругом как с родителем общего ребенка, стиль семейного воспитания [3].

Атрибутивной характеристикой субъектности родителя в указанном контексте выступает самосознание, определяемое диалектическим единством образа мира и развертыванием субъективного опыта; как сложное, синтетическое, психологически значимое образование, которое выступает внутренним фактором рефлексии ее самопостижения и самоотношения и антиципирует перспективы самореализации в социокультурном пространстве. В структуре самосознания матери выделяют три самостных процесса: самопостижение, самоотношение и самореализацию. Самопостижение – сложный процесс самопознания, индивидуализировано развернутый во времени, реализуемый по уровневому принципу от единичных образов себя на основе самовосприятия и эмоционально-оценочного отношения до соотнесения знаний о себе, полученными в разное время, в разных ситуациях. Самопонимание, выступая основным приемом высшего уровня самопознания, обеспечивает осмысление и наделение смыслом знаний о себе. Самопостижение – процесс и результат познания и понимания родителем себя – наделено разной мерой субъективности-объективности и направлено на смысловое конструирование внутреннего мира: обнаружение уже существующего, присущего ситуации смысла, создание смысла, не заданного изначально.

Самоотношение [9] понимается как специфический вид эмоциональных переживаний, в которых отражается отношение родителя к тому, что он узнает и понимает относительно себя. Самоотношение возникает на основе переживаний, посредством которых осознается ценностный смысл различных отношений к себе. Условием адекватного самоотношения родителя является самопринятие. Если он принимает себя со всеми своими достоинствами и недостатками, осознает их и выстраивает свою деятельность исходя из этого, то и оценивание себя будет более осознанным и адекватным. Таким образом, зрелость и самодостаточность родителя определяется тем, что самоотношение будет основываться не на сравнении себя с другими, а на сравнении себя с самим собой в некотором временном промежутке.

Самореализация понимается как осуществление возможностей родителя саморазвития, сотворчества, содеятельности с ребенком, другими людьми (ближним и дальним окружением), социумом и миром в целом. Психологическая сущность самореализации как самостного процесса заключается в том, что она

обусловлена внутренней активностью. Самореализация предполагает не только управление наличным поведением, но и актуализацию потенциальных возможностей личности, осуществляемую самой личностью [5].

Самореализация условно может быть разделена на личностную и деятельностную. Личностная самореализация сопряжена с саморазвитием родителя, достижением им необходимого уровня личностной зрелости. Деятельностная представлена как реализация воспитательной деятельности (цели и задачи воспитания, методы воспитания, стили воспитания, особенности взаимодействия с ребенком т.п.) и проявляется в виде преобразовательной активности, направленной на ребенка.

Таким образом, критериями становления субъектности родителя выступают: дифференцированность образа «Я – мать/отец» – обеспечивает понимание сложности и многообразия своего внутреннего мира, определяет гибкость поведения (Е. Т. Соколова, В. В. Столин, И. И. Чеснокова); наличие в образе «Я – мать/отец» характеристик, отражающих собственную позицию: инициативность, самостоятельность, ответственность и т.п., – разнообразие и доминирование этих характеристик является условием деятельного отношения к себе (И. С. Кон, М. Кун, Т. Макпартленд); открытость новому опыту, готовность к изменениям (Е. Н. Волкова, К. Роджерс); ценностное отношение к родительству – ведущее место ценности родительства в иерархии ценностей родителя (О. Г. Исупова, Р. В. Овчарова, Г. Г. Филиппова); принятие себя в роли матери/отца как основа эмоционально-ценностного отношения к себе (Е. Н. Рыбакова, В. В. Столин, Е. Т. Соколова, Е. А. Тетерлева); отношение к ребенку как субъекту (А. Г. Асмолов, Б. С. Братусь, Е. Н. Волкова) – является своеобразным индикатором качества преобразовательной деятельности матери как по отношению к социокультурному пространству, так и по отношению к себе; воспитательная компетентность – осведомленность по вопросам воспитания ребенка и сформированность воспитательных навыков и умений, позволяющая принимать эффективные решения при реализации воспитательной деятельности; самопроектирование будущего – стремление к обретению смысла родительства и общего смысла своей жизни, осознание посреднической функции между ребенком и социокультурным пространством, способность выбирать цели, находить средства для их достижения, отслеживать и оценивать полученные результаты и причины, способствующие и препятствующие достижению целей; целостность самосознания – обусловлена согласованием самостных процессов самосознания и адекватностью самооценок и оценок другими людьми (Д. Маейрс, Е. Т. Соколова, В. В. Столин, Э. Эриксон). Выраженность названных критериев позволяет определить общий уровень субъектности родителя.

С точки зрения феноменологического подхода [7], формирование родительства проходит ряд уровней: первоначальный уровень складывания родительства относится к добрачному периоду, когда под влиянием факторов макросистемы, мезосистемы и особенностей личности начинают формироваться когнитивная, эмоциональная и поведенческая составляющие родительства. Второй этап формирования представлен надындивидуальным

уровнем, когда происходит согласование представлений о родительстве обоих супругов, реализация родительской роли на практике. Этот этап обусловлен воздействием факторов всех уровней, включая уровень микросистемы. Как надындивидуальное целое, феномен родительства тесно связан с феноменами материнства, отцовства и такими понятиями, как ответственность, готовность и доверие [7].

В структуре психорефлексивных психических образований социальная идентичность представляет собой компонент индивидуального сознания и самосознания, связывающий человека с социальной реальностью и позволяющий определить свое место в ней. С этой точки зрения, психологическим механизмом субъектного становления родителя выступают рефлексия и антиципация: рефлексия обуславливает осознание родителем себя в пространстве социокультурной реальности, позволяет отобрать из социокультурного пространства значения и смыслы культуры, а антиципация - построить обобщенный образ себя и диады «Родитель - Ребенок» как части мира в будущем, спрогнозировать необходимые самоизменения для достижения целей родительства.

Литература.

1. Васягина Н.Н. Субъектное становление матери в современном социокультурном пространстве России: Автореф. дис...д-ра психол. наук. – Екатеринбург:Изд-во УрГПУ, 2011. - 46 с.
2. Доценко Е.Л. Психология манипуляции. - М., 1997.
3. Ермихина М.О. Формирование осознанного родительства на основе субъективно-психологических факторов: Автореф. дис...канд. психол. наук. - Казань: Изд-во КГТУ, 2004. - 22 с.
4. Иванов С. П. Психология художественного действия субъекта. - М., 2003.
5. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности: брачно-семейные отношения. СПб., 2000.
6. Микляева А. В., Румянцева П. В. Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования: Монография. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. [электронный ресурс] http://www.humanpsy.ru/miklyaeva/soc_ident_02
7. Овчарова Р.В. Психология родительства. - М.: Академия, 2005.
8. Соколов А.В. Феномен социокультурной деятельности: моногр. / А. В. Соколов. – СПб., 2003.
9. Столин, В. В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания личности: Дис. ... д-ра психол. наук / В. В. Столин. — М., 1985.
10. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. - М.: Институт психологии АН СССР, 1991. - 244 с.
11. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2007. – с. 736

12. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. - М., 1996.
13. Ядов В.А. Социальные и социально-психологические механизмы формирования социальной идентичности личности//Мир России. 1995. № 3/4, 1996. № 1.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Исследования в области изучения материнства подчеркивают, что материнство как психосоциальный феномен рассматривается с двух основных позиций: как обеспечение условий для развития ребенка и как изменения личностной сферы женщины [2, 5, 6, 7, 8, 10].

Проблеме материнства посвящено множество теоретических и прикладных исследований (Филиппова Г.Г., Брутман В.И., Хамитова И.Ю., Мещерякова С.Ю., Минюрова С.А., Тетерлева Е.А., Абрамченко В.В., Анохин А.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А., Белобородов С., Шмаков Ч., Бергум В., Блох М.Е., Подобина О.Б., Братусь И.В., Васильева О.С., Могилевская Е.В., Клочко Ю.Н., Ермилова Н.Ю., Клочко А.Ю., Костюк Г.С., Кочанова Л.В., Новожилова В.Е., Овчарова Р.В., Ряплова Е.А.). В современной психологии личности материнство изучается в аспекте удовлетворенности женщиной своей материнской ролью, как стадия личностной и половой идентификации, а также с точки зрения личностного развития женщины, психологических и физиологических особенностей разных периодов репродуктивного цикла [2, 5, 6, 7, 8, 10].

Психологическая готовность к материнству рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-субъектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку, как способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, эта способность проявляется в определенном типе отношения матери к ребенку, который соответствует готовности к материнству и связан с ценностью ребенка для матери (Филиппова Г.Г., Брутман В.И., Хамитова И.Ю., Мещерякова С.Ю., Минюрова С.А., Тетерлева Е.А.). Исследования в этой области выявляют такие факторы формирования готовности к материнству как возраст, благополучие в браке, паттерны материнского поведения (Овчарова Р.В.) [7].

В данных исследованиях мы не обнаружили системного анализа факторов принятия новой социальной роли – роли матери – и связи этого процесса с контекстом жизненного пути женщины. Мы считаем актуальным выявление закономерностей процесса принятия новой социальной роли матери через анализ переживания женщиной беременности в контексте своего жизненного пути. В нашем исследовании интерес представляет изучение трансформации социальных ролей, уменьшение уровня значимости привычных социальных ролей и увеличение ценности роли матери, изучение смыслового переживания материнства, динамики смысловых процессов на разных этапах беременности женщин, ожидающих первого ребенка. В нашем исследовании предпринята попытка изучения влияния эмоциональных и смысловых компонентов переживания беременности в контексте жизненного пути женщины на

формирование готовности к материнству как критерия принятия новой социальной роли – роли матери [3].

Цель исследования: проследить связь между переживанием беременности в контексте жизненного пути личности женщины и принятием новой социальной роли – роли матери.

В исследовании были использованы следующие методы:

1. Структурированное интервью.

2. Психодиагностические методики:

2.1. Тест «Смыслжизненные ориентации» Леонтьева Д.А. (СЖО) (1977).

2.2. Методика «Локус контроля» в адаптации Ксенофонтовой Е.Г. (1999).

2.3. Методика «Уровень рефлексивности» Карпова А.В. (2003).

2.4. «Тест эгоцентрических ассоциаций».

3. Проективные методы:

3.1. Методика «Линия жизни» (автобиографический вариант J.J.F. Schoots (1989) в адаптации Василенко Т.Д.).

3.2. Восьмицветовой тест Люшера в адаптации Собчик Л.Н. (2003).

3.3. «Цветовой тест отношений» Эткинда (ЦТО).

3.4. Тест «Фигуры» Филипповой Г.Г. (2002).

4. Статистические методы анализа данных.

Для проведения исследования было сформировано две группы. В контрольную группу вошли беременные женщины в возрасте 22 – 27 лет, находящиеся на первом, втором и третьем триместрах беременности (n=91). Экспериментальную группу составили беременные женщины в возрасте 28 – 32 года, находящиеся на первом, втором и третьем триместрах беременности (n=72).

В нашем исследовании мы предположили, что на формирование новой социальной роли – роли матери (т.е. на готовность к материнству) оказывает влияние событийный и смысловой контекст жизненного пути личности. В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям смысловой сферы в группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет и женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на первом триместре беременности. В группе позднеродящих, находящихся на первом триместре беременности, отмечаются более высокие показатели по шкалам «Цели», «Результат», «Локус контроля-Я» и общий показатель осмысленности жизни «ОЖ» по сравнению с группой нормородящих первого триместра. Данные результаты характеризуют позднеродящих следующим образом. Смысловая сфера беременных женщин более насыщена и наполнена смысловым содержанием. Имеет место наличие целей в будущем, связанных с ожиданием первого ребенка, обеспечением адекватных условий для его существования и развития. Испытуемые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Отмечается значимость новой социальной роли – роли матери – для женщины. Прошлому придается важное значение, т.к. именно события прошлого придают смысл событиям настоящего. Представители данной группы склонны строить свою жизнь в соответствии с целями и представлениями о ее смысле, т.к. обладают

свободой выбора и являются сильными личностями. Группа нормородящих характеризуется тем, что женщинам данной группы присуще жить сегодняшним или вчерашним днем. Прожитый отрезок пути оценивается как негативный, имеет место неудовлетворенность прошлым. Такие люди не строят планы на будущее, т.к. убеждены, что жизнь человека не подвластна сознательному контролю. В данном случае имеет место низкий уровень осмысленности новой социальной роли. Эти данные подтверждаются результатами, полученными при статистической обработке методики «Линия жизни». С достоверным уровнем значимости $p=0,000006$ были выявлены значимые различия по особенностям линии жизненного пути в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на первом триместре беременности. В группе нормородящих отмечается высокий показатель «индекса линии жизни» по сравнению с группой позднеродящих. Данный показатель характеризует группу беременных женщин в возрасте 22-27 лет как людей, которые склонны к осмыслению событий прошлого. С достоверным уровнем значимости $p<0,05$ были выявлены различия по особенностям эмоциональной составляющей переживания беременности в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года. Данные свидетельствуют о наличии у беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом триместре беременности, эмоционального напряжения. В группе беременных женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на первом триместре беременности, отмечается отсутствие тревоги, беспокойства и эмоционального напряжения. События прошлого в группе нормородящих определяют настоящее состояние беременных женщин. Основной акцент делается на событиях, связанных с учебой, семьей родительской и собственной семьей. По результатам методики «Линия жизни» контекст жизненного пути у нормородящих, представленный разводами в родительской семье, удочерением, смертью родителей, определяет невозможность женщины включиться в новую уникальную ситуацию – ситуацию беременности; низкий уровень осмысленности новой социальной роли – роли матери – определяется негативным опытом детско-родительских отношений. В группе позднеродящих имеет место ориентация на будущие события. Прошое, тем не менее, осмысливается как положительно окрашенное. Это может быть связано с тем, что к событиям прошлого, связанным с учебой, родительской семьей, семьей собственной добавляются события, связанные с социальными процессами и экзистенциальными проблемами. Контекст жизненного пути представлен событиями, связанными с успехами в учебе, позитивным опытом взаимодействия с окружающими, встречей супруга, новыми знакомствами, позитивным опытом изменения жизненных условий, связанных с изменением социальной ситуации (замужеством). Мы утверждаем, что контекст жизненного пути, представленный позитивным опытом детско-родительских отношений, определяет значимость и смысл для беременной женщины новой социальной роли – роли матери. Сам отрезок жизненного пути в группе позднеродящих представлен в связи с этим целостным и наполненным событиями прошлого, настоящего и будущего, что подтверждают результаты по шкале

«Насыщенность жизненного пути» в группе беременных женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на первом триместре беременности, где этот показатель выше, чем в группе нормородящих. Статистическая обработка данных выявила значимые различия по типам готовности к материнству с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ в группах нормо- и позднеродящих, находящихся на первом триместре беременности, по игнорирующему типу готовности к материнству. Мы сопоставили особенности смыслового, событийного и эмоционального компонентов переживания беременности и можем утверждать, что низкий уровень осмысленности жизни, ориентация на прошлые события, тревога и беспокойство по поводу благополучного протекания беременности в группе нормородящих, находящихся на первом триместре беременности, влияют на возникновение трудностей и противоречий в принятии новой социальной роли – роли матери. Критерием трудностей в принятии роли матери является высокий уровень игнорирующего и тревожного типов готовности к материнству. Высокий уровень осмысленности жизни, ориентация на будущее, связанное с рождением и воспитанием ребенка, а также отсутствие тревожного состояния по поводу благополучного протекания беременности в группе позднеродящих, находящихся на первом триместре беременности, связано с успешным принятием роли матери, критерием чего выступает преобладание адекватного типа готовности к материнству в данной группе.

В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям смысловой сферы в группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет и женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на втором триместре беременности. В группе позднеродящих отмечаются высокие показатели по шкале «Цели» по сравнению с нормородящими ($p = 0,045$). Высокие показатели характеризуют группу позднеродящих наличием целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Данные свидетельствуют о высоком уровне освоения и принятия роли матери, а также значимости данной роли для беременной женщины. Низкие показатели в группе нормородящих характеризуют испытуемых как людей, живущих сегодняшним или вчерашним днем, не способным строить планы на будущее. Таким образом, группа нормородящих отличается неспособностью принять, освоить и выполнять новую социальную роль – роль матери. С достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям линии жизненного пути беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности. В группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на втором триместре беременности, отмечаются высокие показатели по всем шкалам. Что характеризует данную группу следующим образом: имеет место ориентация на прошлое. Осмысленность событий прошлого больше осмысленности событий будущего, но события будущего представляются положительно окрашенными, что создает основу для принятия новой социальной роли. В группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности, значимых различий по особенностям эмоционального

компонента переживания беременности выявлено не было. По результатам методики «Линия жизни» в группе нормородящих на данном этапе беременности значимость приобретают события, связанные с процессами в собственной семье и здоровьем. Контекст жизненного пути представлен событиями, связанными с расставаниями с мужем, беременностью и принятием данного события, а также с опасениями по поводу протекания беременности и сохранения своего здоровья. В группе беременных женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности, имеет место ориентация на будущие события, которые связаны с рождением и воспитанием будущего ребенка, но в настоящий момент имеет место концентрация на своих мыслях и переживаниях, которые отражают опасения за благополучный исход периода беременности и родов. События прошлого, определяющие особенности настоящего, связаны с проблемами в собственной семье и учебой. Мы утверждаем, что на данном этапе беременности в данной возрастной группе трудности в освоении новой социальной роли – роли матери – связаны с контекстом жизненного пути, представленном такими событиями, как расставания с партнером и трудности в обучении и получении образования. Опыт позитивного взаимодействия с собственными родителями определяет ориентацию на будущее, связанное с рождением ребенка, и осознание, принятие и освоение роли матери. В результате статистической обработки данных значимых различий в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности, по типам готовности к материнству значимых различий выявлено не было. Позднеродящие, находящиеся на втором триместре беременности, характеризуются преобладанием адекватного типа готовности к материнству и абсолютным отсутствием игнорирующего типа готовности к материнству, что является критерием принятия роли матери, и связано с высоким уровнем осмысленности и ориентацией на будущие события, а также позитивный опыт детско-родительских отношений в контексте событий прошлого. В группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет, находящихся на втором триместре беременности, имеет место высокий процент испытуемых (45 %) с тревожным типом готовности к материнству, что свидетельствует о трудностях и противоречиях в принятии новой социальной роли – роли матери. Наличие испытуемых с игнорирующим типом готовности к материнству в данной группе свидетельствует о факте непринятия роли матери, что связано с низким уровнем осмысленности, ориентацией на прошлые события.

В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия в группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет и женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на третьем триместре беременности по особенностям смысловой сферы беременных женщин. В группе позднеродящих, находящихся на третьем триместре беременности, отмечаются более высокие показатели по шкалам «Цели», «Локус контроля-жизнь», по сравнению с группой нормородящих третьего триместра. Данные результаты характеризуют позднеродящих следующим образом. Имеет место наличие целей в будущем, связанных с

ожиданием первого ребенка, обеспечением адекватных условий для его существования и развития. Испытуемые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Прошлому придается важное значение, т.к. именно события прошлого придают смысл событиям настоящего. Представители данной группы склонны строить свою жизнь в соответствие с целями и представлениями о ее смысле, т.к. обладают свободой выбора и являются сильными личностями. Все свои решения стараются воплотить в жизнь. Данные результаты свидетельствуют о высоком уровне осмысленности роли матери, об успешном ее принятии, освоении, фиксации и осуществлении. Группа нормородящих характеризуется тем, что женщинам данной группы присуще жить сегодняшним или вчерашним днем. Их жизнь неподвластна сознательному контролю, а также отсутствует желание планировать на будущее, что свидетельствует о неблагоприятном принятии новой социальной роли и низком уровне значимости данной роли для беременной женщины. С достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям линии жизненного пути в группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет и 28 – 32 года, находящихся на третьем триместре беременности. Согласно полученным результатам в группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на третьем триместре беременности, отмечается присваивание положительной эмоциональной окраски событиям прошлого и будущего. Настоящее состояние – состояние беременности – не является настолько актуальным, чтобы беременная женщина центрировалась на своем стоянии и состоянии еще не родившегося ребенка. Данные результаты подтверждают наше предположение о трудностях принятия роли матери в данной группе. С достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям эмоциональной сферы в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на третьем триместре беременности. Эмоциональный компонент переживания беременности в группе нормородящих, находящихся на третьем триместре беременности, характеризуется снижением уровня тревоги и напряжения, беременность сопровождается удовлетворением, женщина чувствует себя приспособленной к сложившейся ситуации в ее жизни. В группе позднеродящих отмечается сосредоточенность на своем состоянии. По результатам методики «Линия жизни» в группе нормородящих на третьем триместре беременности в поле их внимания среди событий прошлого попадают события, связанные с экзистенциальными проблемами и социальными процессами. Мы утверждаем, что низкий уровень осмысленности и значимости новой социальной роли определен контекстом жизненного пути, представленного событиями, связанными с переосмыслением своего жизненного пути, а также своего настоящего состояния. Значимость приобретают события прошлого, связанные с беременностью, которая явилась основополагающим событием для изменения социальной ситуации развития, изменения круга общения, ориентации на будущего ребенка, изменения социальных стереотипов. В группе позднеродящих, находящихся на третьем триместре беременности, в прошлом приобретают значимость события,

связанные с социальными проблемами, при уменьшении значимости событий, связанных с собственной семьей и родительской семьей. Контекст жизненного пути представлен проблемами в общении, связанными со страхами и тревогой по поводу протекания беременности, изменением социального окружения. Данные проблемы обусловлены особенностями возрастного периода беременных женщин данной группы и процессом приближения к родам. Опыт взаимодействия в собственной семье и родительской семье является достаточно позитивным и положительно окрашенным. Таким образом, в группе позднеродящих формирование готовности к материнству (т.е. принятие, освоение, фиксация и выполнение новой социальной роли – роли матери) обусловлено благополучными отношениями в родительской семье и собственной семье беременной женщины. В результате статистической обработки данных значимых различий в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на третьем триместре беременности, по типам готовности к материнству значимых различий выявлено не было. В группе беременных женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на третьем триместре беременности, высокий уровень осмысленности жизни, ориентация на будущее связаны с преобладанием адекватного типа готовности к материнству (61 %), что является критерием принятия новой социальной роли – роли матери. Наличие тревожного и игнорирующего типов готовности к материнству характеризует противоречия и трудности, связанные с принятием новой социальной роли – роли матери, что связано с увеличением уровня тревоги по поводу протекания и благополучного исхода беременности, с возрастом беременных женщин, т.к. возраст 28 – 32 года является наиболее опасным для рождения ребенка, а также с несоответствиям социальным ожиданиям. Группу беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на третьем триместре беременности, отличает отсутствие испытуемых с игнорирующим типом готовности к материнству, и преобладание адекватного и тревожного типов готовности к материнству, что свидетельствует об успешном принятии новой социальной роли – роли матери к окончанию срока беременности в группе нормородящих. Это связано со снижением уровня тревоги и напряжения за исход беременности и родов, с высоким уровнем осмысленности прошлого, положительно окрашенного с позиций настоящего – ситуации беременности.

В нашем исследовании мы проследили влияние индивидуально-личностных особенностей беременной женщины (уровень рефлексивности, уровень интернальности, уровень эгоцентрической направленности) на формирование роли матери. Статистическая обработка данных не показала значимых различий по показателю эгоцентрической направленности, уровня рефлексивности и локуса контроля в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на первом и третьем триместрах беременности. В этих группах отмечаются средние показатели по данным шкалам. Таким образом, для групп беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на первом и третьем триместрах беременности, гипотеза о влиянии индивидуально-личностных особенностей на готовность к

материнству не подтвердилась. При сравнении тех же индивидуально-личностных особенностей у женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности, отмечаются следующие результаты. Испытуемые в группе позднеродящих, находящихся на втором триместре беременности, характеризуются более высокими показателями эгоцентризма в пределах средних значений, по сравнению с группой беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на втором триместре беременности. В данном случае эгоцентризм является ситуативным, что связано с настоящей ситуацией беременности, а также особенностями возрастного периода. Таким образом, индивидуально-личностные особенности беременной женщины не влияют на формирование готовности к материнству, т.е. на принятие, освоение, фиксацию и осуществление новой социальной роли – роли матери.

Таким образом, формирование игнорирующего типа готовности к материнству связано с наличием в контексте жизненного пути событий, связанных с проблемами в родительской семье, а также противоречиями в освоении новой социальной роли. Отсутствие, в свою очередь, таких событий в родительской семье, как разводы, удочерения, смерть близкого человека, а также наличие позитивного примера материнско-детских отношений, способствует формированию адекватного типа готовности к материнству и благополучным осуществлением материнской роли.

В результате проведённого исследования были сформулированы следующие выводы:

1. В результате исследования процесса принятия новой социальной роли – роли матери, критерием которой является тип готовности к материнству, у беременных женщин, находящихся на разных сроках беременности и принадлежащих к разным возрастным категориям, выявлена положительная динамика формирования готовности к материнству, которая зависит от срока беременности и возраста беременной женщины. Сформированная материнская роль отмечается в группе беременных женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности. В группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом триместре беременности имеет место наличие противоречий в принятии роли матери.

2. Повышение уровня осмысленности жизни, отсутствие тревоги по поводу протекания беременности и родов способствует формированию адекватного типа готовности к материнству, т.е. высокому уровню значимости новой социальной роли – роли матери, а также благополучному принятию, освоению, фиксации и выполнению материнской роли. Низкий уровень осмысленности жизни, тревога и напряжение по поводу протекания беременности и родов способствует несформированной готовности к материнству (наличие игнорирующего и тревожного типов готовности), т.е. низкому уровню значимости новой социальной роли – роли матери, а также противоречивому принятию, освоению, фиксации и выполнению материнской роли.

3. Принятие, формирование, осознание, фиксация, значимость новой социальной роли – роли матери – определяется позитивным опытом детско-родительских отношений. Контекст жизненного пути с адекватным типом готовности к материнству представлен опытом социального взаимодействия в родительской семье (отношения с матерью), отношениями в собственной семье беременной женщины (отношения с супругом, удовлетворенность браком), а также событиями, связанными с получением образования. Контекст жизненного пути у женщин с игнорирующим и тревожным типами готовности к материнству представлен неразрешенными проблемами родительской семьи, собственной семьи и событиями, связанными с учебой – разводы родителей, удочерение, смерть родителей, расставания с собственным мужем, трудности в обучении.

4. Принятие социальной роли матери у женщин, ожидающих первого ребенка, удовлетворенных браком, не имеющих негативный опыт беременности (выкидыши, аборты), не связано с показателями личностной зрелости такими, как рефлексивность, локус контроля, эгоцентрическая направленность. Отмечаются средние показатели рефлексивности, эгоцентризма и интернальный локус контроля во всех группах испытуемых.

5. Основаниями для проведения коррекционных мероприятий, направленных на принятие новой социальной роли – роли матери, являются низкий уровень осмысленности жизни, неразвитость смысловой сферы, низкий уровень значимости новой социальной роли – роли матери, повышенная тревожность, неразрешенные детско-родительские отношения, несформированность материнской роли. Разработанная программа психологической подготовки беременных к родам, направлена на формирование, освоение, фиксацию, принятие и осуществление новой социальной роли – роли матери.

Список литературы:

1. Андреева, Г.М. Социальная психология. Учебник для ВУЗов / Г.М.Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2007. – 363 с.
2. Брутман, В.И., Филиппова, Г.Г., Хамитова, И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопросы психологии, 2002. № 1. – С. 59 – 68.
3. Земзюлина, И.Н., Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: Дис...канд. психол. наук. Курск, 2009. – 152 с.;
4. Леонтьев, Д.А. Психология смысла / Д.А.Леонтьев. – М.: Смысл, 2003. – 487 с.
5. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству// Вопросы психологии. 2000. № 5. – С. 18 – 27.
6. Минюрова, С.А., Тетерлева, Е.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства// Вопросы психологии. 2003. № 4. – С. 63 – 75.
7. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М.: Изд-во института психотерапии, 2003. – 318 с.

8. Подобина, О.Б. Принятие роли матери: трудности и совладание // Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними: Уч. Пособие/ Т.Л.Крюкова, М.В.Сапоровская, Е.В.Куфтяк: РЦОИ «Эксперт-ЕГЭ», 2004. – с. 137 – 152.
9. Собчик, Л.Н. Метод цветowych выборов. Практическое руководство / Л.Н.Собчик. – М.: ИПП, 1997.
10. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г.Филиппова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.
11. Schoots, J.J.F. ten Kate, C.A. Metaphors, Aging and Life-Line Interview Method. Current Perspectives on Aging and Life Cycle, Vol. 3, Jay Press Inc., London, 1989.

ПРОБЛЕМНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: СУЩНОСТЬ И ПРИЧИНЫ

Зими́на Н.А.

Нижегородский государственный архитектурно-строительный
университет, г. Нижний Новгород, Россия

Ранний возраст – уникальный период детства. Он признается одним из самых значимых этапов в психической жизни человека. Но масштабность психических изменений закономерно содержит в себе некоторую степень риска. Чувствительность ребенка раннего возраста к различным влияниям семьи, условиям жизни и воспитания, зависимость от физического состояния организма, а так же обусловленность положительных изменений драматическим характером развития содержат в себе потенциальную возможность появления проблем в поведении ребенка, которые в этот период времени наиболее заметны.

Но можно ли говорить о наличии отклоняющегося поведения у детей раннего возраста? На этот вопрос нельзя дать однозначный ответ по ряду причин. Во-первых, оценка любого поведения всегда подразумевает его сравнение с какой-либо нормой, а норма поведения детей раннего возраста, в силу специфических особенностей этого периода детства, весьма условна. Во-вторых, до двухлетнего возраста поведение ребенка нельзя оценивать с точки зрения морали, так как оно является произвольным, а в течение третьего года жизни нравственность малыша находится еще в стадии становления.

Тем не менее, говорить о том, что в поведении детей раннего возраста не существует трудностей, нельзя, так как в психологической науке имеются уже ставшие классикой исследования, показавшие наличие в поведении ребенка целого ряда негативных реакций. Это, прежде всего, работы Выготского Л.С. и диссертационное исследование Гуськовой Т.В., посвященные изучению поведения ребенка в кризисные периоды жизни.

В словарях термин «проблема» трактуется как сложный вопрос, задача, требующая разрешения, исследования. Поведение – это извне наблюдаемая активность живых существ, включающая и моменты неподвижности. Поведение есть исполнительское звено высшего уровня взаимодействия целостного организма с окружающей средой; поведение – образ жизни и действий. Иными словами, **проблемное поведение** – это проявления в поведении ребёнка, которыестораживают родителей или воспитателей и требуют к себе особого подхода с их стороны. В отличие от отклоняющегося, проблемное поведение не всегда содержит в себе угрозу развивающейся личности ребенка, но при неблагоприятном стечении обстоятельств может перерасти в отклоняющееся (так, упрямство как симптом кризиса трех лет при неправильном воспитании может стать чертой характера ребенка).

Решение проблемного поведения предполагает поиск позитивного выхода из создавшейся ситуации, который может выражаться как в разрешении определенной проблемы в поведении ребенка, так и в нахождении путей ее

минимизации при невозможности устранения в данный период всех негативно действующих на его поведение факторов.

Рассуждая о сущности проблемного поведения детей, об отношении к нему как взрослых, так и самого ребенка, следует отметить, что до того момента, когда ребенок на третьем году жизни начинает осознавать самого себя, его поведение не воспринимается им ни как проблемное, ни как нормальное, ни как какое-либо другое. Все его действия и поступки в это время являются лишь откликом на жизненные события. В это время как проблемное поведение ребенка определяется взрослыми, которые ориентируются при этом либо на показатели психического развития, либо на субъективные представления о «хорошем» поведении малыша, либо исходя из своего эмоционального отношения к нему. Со стороны ребенка, проблемное поведение в этот период жизни – сигнал о неблагополучии (психологическом или физическом), которое вызывается окружающей действительностью и с которым ребенок не может справиться самостоятельно.

Когда психическая жизнь ребенка начинает перестраиваться, и он понимает, что сам может быть «режиссером» событий, проблемное поведение может вызываться самим ребенком и становиться действительно проблемным как для взрослого, так и для самого малыша. Своим поведением ребенок не только отвечает на события жизни, но и сам творит их. Если раньше ребенок капризничал из-за того, что ему голодно, холодно или психологически некомфортно, то теперь он капризничает, чтобы показать взрослому свою значимость. При этом малыша самого могут не устраивать такие отношения, но стремление к самоутверждению пересиливает и заставляет ребенка находиться в двойственной для него ситуации, когда он хочет любви и ласки взрослого, но своими действиями сам лишает себя их.

Значительную роль в дальнейшей «судьбе» проблем в поведении маленького ребенка может сыграть практический психолог. Работая в системе образования, он имеет возможность непосредственно общаться с ребенком, наблюдать за его поведением в разных ситуациях, проводить занятия, включающие (или полностью направленные) работу с определенной проблемой ребенка. Необходимой частью такой работы является взаимодействие с родителями и воспитателями ребенка. Грамотно используя материал о развитии и воспитании детей, профессионально преподнося его, психолог учит заинтересованных в ребенке взрослых эффективно общаться с ним, создавать условия для его благоприятного развития.

Эффективность работы психолога во многом будет зависеть от его знаний относительно возможных проблем в поведении детей раннего возраста и в частности причин их возникновения. Исходя из анализа психолого-педагогической литературы, можно выстроить следующую классификацию причин негативного поведения детей раннего возраста. Часть проблем, появляющихся в поведении маленьких детей вызвана ухудшением экологической обстановки и обусловлена поражением или функциональными изменениями нервной системы малышей. Другая часть «трудного» поведения детей отражает специфику их развития и связана с особенностями периода

раннего детства. Но большинство причин проблем, возникающих в поведении маленьких детей, обусловлено неблагоприятным влиянием семьи на развитие и поведение малыша, а также ошибками, допускаемыми родителями и воспитателями при воспитании маленьких детей. Таким образом, все возможные причины проблем, возникающих в поведении маленьких детей условно можно разделить на четыре группы. Рассмотрим подробнее каждую из них.

1 группа причин связана с особенностями жизнедеятельности семьи и включает в себя: социально-психологический; социально-экономический; социально-культурный; технико-гигиенический; демографический фактор.

К социально-психологическому фактору семейного воспитания относится:

1) дисгармония супружеских отношений, выражающаяся в конфликтном взаимодействии супругов и неблагоприятно сказывающаяся на а - стиле детско-родительских отношений, создавая тенденцию к авторитарности или либеральности в отношениях с ребенком;

б - развитию у ребенка потребности в общении, делая ее недостаточной, что в последствие нарушает процесс взаимодействия между взрослым и ребенком;

в - особенностях внутрисемейных отношений, которые иногда складываются таким образом, что кто-то из родителей, чаще мать, недовольство своим супружеством компенсирует в отношениях с ребенком, психологически привязывая его к себе или наоборот отталкивая, если ребенок похож на отца и т.п.;

г - эмоциональной атмосфере в семье, делая ее конфликтной, напряженной и небезопасной для ребенка.

2) Нарушение общей системы воспитания, которое может быть обусловлено объектным отношением к ребенку в результате психологической неготовности к материнству, непринятием родителями своего ребенка, неблагоприятным стилем детско-родительских отношений (авторитарный, либеральный) или установлением неправильного типа воспитания в семье (воспитание по типу «Кумир семьи», «Культе болезни», «Повышенной моральной ответственности», «Ежовые рукавицы» и др).

Очень часто причина данных нарушений влияющих на развитие и поведение детей чаще всего заложена в самих родителях. Поэтому вопрос о различных **нарушениях со стороны родителей** является самостоятельным и включает изучение особенностей *родителей, страдающих депрессией, шизофренией и другими психическими расстройствами*, ведущими к отдаленности от ребенка и дезорганизующими систему «мать – младенец»; *родителей с патологическими чертами личности* (такими как тревожность, аффективность, эгоцентричность, гиперсоциальность, импульсивность, доминантность и др.); *родителей с антисоциальным поведением и ведущим антисоциальный образ жизни* (алкоголики, наркоманы, воры, бомжи и т.п.), т.к. они морально деградируют и не могут дать ребенку хорошее воспитание.

Социально-культурный фактор определяется тем, как родители относятся к воспитанию ребенка, и характеризуется уровнем профессионального и педагогического образования родителей, общей культурой семьи.

Социально-экономический фактор определяется имущественными характеристиками семьи и занятостью родителей на работе.

Технико-гигиенический фактор означает, что воспитательный потенциал семьи зависит от места и условий проживания, оборудованности жилища, особенностей образа жизни семьи.

Демографический фактор показывает, что структура и состав семьи (полная, неполная, материнская, сложная, простая, однопородная, многодетная и т.д.) диктуют свои особенности воспитания детей.

2 группа причин характеризуется *ошибками взрослых при воспитании ребенка*. Среди подобных ошибок можно выделить: ошибки взрослых, содержащиеся в их словесных обращениях к малышу, неправильное установление требований, правил, запретов, ограничений при воспитании ребенка, дисбаланс и неправильное применение поощрения и наказания, непонимание потребностей ребенка, незнание или неправильная трактовка возрастных особенностей малыша, игнорирование нейрофизиологических особенностей детей первых лет жизни.

3 группа причин обусловлена острым протеканием *кризисов психического развития* у детей раннего возраста.

4 группа причин основана на *медицинских показателях* и характеризуется поражением или функциональным нарушением нервной системы детей.

Список литературы

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. (Академия педагогических наук СССР).
2. Гуськова Т.В. Психологический анализ кризиса 3-х лет: Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1988.
3. Куликова Т.А. Семейная педагогика и домашнее воспитание: Учебник для студ. сред. и высш. пед. учеб. завед. М.: Издательский центр «Академия», 1999.
4. Чиркова Т.И., Зимина Н.А. Проблемы в поведении ребенка раннего возраста: консультации психолога: Учеб.-метод. пособие. Н. Новгород: Нижегородский гуманитарный центр, 2001.

ПРИНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ МАТЕРИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОЖИДАЮЩИХ ПЕРВОГО РЕБЕНКА

Ившина М.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблеме материнства посвящено множество теоретических и прикладных исследований (Филиппова Г.Г., Брутман В.И., Хамитова И.Ю., Мещерякова С.Ю., Минюрова С.А., Абрамченко В.В., Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А., Баженова О.В., Погудина Е.В., Братусь И.В., Васильева О.С., Могилевская Е.В., Копыл О.А., Кочанова Л.В., Хамитова И. В., Русалов В.М.). В этих исследованиях используются такие понятия, как «материнская роль», «принятие роли», «материнское ролевое поведение», однако они не дают достаточного представления о ролевой динамике женщины в ее взаимодействии с окружением, о влиянии на них ситуационных переменных в период беременности и после рождения ребенка. Мы считаем актуальным выявление закономерностей динамики ролей будущей матери через смысловые, эмоциональные и ценностные компоненты идентичности.

В.И. Брутман понимает материнство как «процесс выстраивания смысловых границ между матерью и ребёнком. Основным новообразованием материнства является изменение смысловой сферы женщины, изменение структуры социальных ролей, которая определяет переживание материнства как динамического процесса, реализующегося в системе материнско-детского взаимодействия. Ожидание и рождение ребёнка является для женщины не просто новой социальной ситуацией, требующей реализации специфических поведенческих актов, но и запускает процесс переживания», который требует переструктурирования социальных ролей [7]. Г.Г.Филиппова рассматривает смысловое переживание материнства как психологическое новообразование в сфере самосознания женщины, принявшей на себя эту роль. С ее точки зрения, по мере формирования в самосознании женщины образа ребёнка происходят изменения не только в эмоциональной, физиологической, смысловой сферах, но и в социальной сфере. Все эти сферы являются взаимосвязанными [19].

Личность человека является носителем определенных всеобщих качеств и типологических особенностей, а это означает, что конкретную личность также можно соотнести с некоторой общностью или причислить к определенной общей категории. (Сарджвеладзе Н.И.)

Сущность личности заключается "в совокупности всех общественных отношений". Социальная обусловленность личности заключается именно в том, что модус ее существования – это модус связи, соотносимости с социумом в широком смысле.

Человек, с одной стороны, может быть включен в производственно-экономические, профессиональные, семейные, формально-межличностные и неформально-межличностные и т. д. отношения и иметь в системе этих отношений определенный статус. С другой стороны, человек может иметь познавательные, эмоционально-оценочные, действенные отношения к вещам, другим людям и самому себе. (Сарджвеладзе Н.И.)

Ожидание и рождение ребёнка является для женщины не просто новой социальной ситуацией, требующей реализации специфических поведенческих актов, но и запускает процесс переживания, динамики социальных ролей в её жизненном пространстве. Возникновение нового жизненного отношения (с образом будущего ребёнка) ведет к усложнению взаимосвязи женщины с окружающими людьми, что расширяет круг её взаимодействий с миром и способствует возникновению новых отношений с окружающими, развитие новых социальных ролей.

Э.Бибринг полагает, что беременность можно рассматривать как стадию развития, освоения новой социальной роли, роли матери. Мы придерживаемся этой точки зрения и точки зрения тех исследователей, которые считают, что беременность, роды и материнство – это определенные этапы формирования зрелой женской идентичности и успешного освоения новой материнской роли. По нашему мнению, эти этапы связаны между собой таким образом, что от того, насколько полно женщина проживет предыдущий этап, зависит успешность прохождения следующего.

Брутман В.И., Филиппова Г.Г. выделяют этапы развития материнства от планирования до реализации в первом и втором поколениях, а также этапы беременности и рассматривают её связь с развитием личности. Индивидуальный онтогенез материнства проходит несколько этапов, в процессе которых происходит естественная адаптация женщины к материнской роли. А.И.Захаров выделяет семь сенситивных периодов в развитии «материнского инстинкта», придавая большое значение отношению девочки с родителями, игровому поведению, стадиям половой идентификации. В исследовании Г.Г.Филипповой материнство рассматривается как материнская потребностно-мотивационная сфера, дается описание её составляющих и филогенетических и онтогенетических этапов развития.

Одним из важнейших этапов становления материнства является период беременности. Его содержание определяется изменениями самосознания женщины, направленными на принятие новой социальной роли, перестроение социальных ролей и формирование привязанности к ребенку, установление раннего контакта с ним. По характеру преобладающего переживания многие исследователи делят период беременности на три этапа: принятия женщиной решения о сохранении или прерывании беременности, начало движения плода, подготовка к родам и появлению ребенка в доме.

В переживании беременности первостепенную роль играет не само по себе состояние беременности, не те изменения, которые происходят с женщиной, а тот смысл, то значение, которые они представляют для беременной женщины, то значение, которое имеет для женщины роль матери (Филиппова Г.Г.). Переживание беременности мы рассматриваем, с точки зрения, принятия или непринятия – социальной роли матери.

Г.Г. Филиппова описывает шесть вариантов стилей принятия роли матери: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий.

Каждый из стилей переживания материнства мы также связываем с наличием или отсутствием противоречий и кризисов в освоении, выполнении и фиксации роли матери, перестроении социальных ролей. Результаты исследований свидетельствуют о преемственности стилей переживания беременности и материнского отношения к ребёнку[7]

Мы используем выделенные Г.Г. Филипповой варианты стилей переживания беременности. Адекватный стиль готовности к материнству, сложившийся к её концу, устойчиво коррелирует с ценностью ребёнка и с адекватностью материнского отношения к нему, присвоения социальной роли матери как значимой и ценной. Эмоционально-отстранённый тип переживания беременности устойчиво сочетается с низкой ценностью ребёнка и эмоционально-отстранённым, регулирующим стилем материнского отношения. Тревожно-амбивалентный стиль готовности к материнству коррелирует с пониженной или неадекватно завышенной ценностью ребёнка и тревожно-амбивалентным стилем материнского отношения. При этом женщины с адекватным стилем готовности к материнству наиболее подвержены динамике в процессе беременности, динамике перестроения социальных ролей. Игнорирующий стиль соответствует непринятию роли матери, изменений в системе социальных ролей не происходит.

В нашем исследовании мы ставим проблему выяснить, каким образом наличие первой беременности влияет на формирование новой социальной роли матери и динамику, изменение иерархии тех социальных ролей, которые были прежде.

Уникальная личностная композиция эмоционального и смыслового, ценностного компонентов принятия роли матери определяет стиль готовности к материнству, что ведет к принятию социальной роли матери (адекватный, тревожный или игнорирующий).

Возрастной период 22-27 лет является оптимальным для вынашивания и рождения ребёнка. Для женщины этот период является критическим, так как знаменует окончание независимости (Хамитова И.Ю.).

Динамика социальных ролей у женщин возможна только в период переосмысления, расширение смысловых связей и наполненности смысловых процессов. Наиболее значимым является третий триместр беременности, который характеризуется ожиданием родов, ожиданием первой встречи с ребёнком, готовностью стать матерью.

Нами представлены материалы эмпирического исследования, проведенного в 2007-2010 годах на базе родильного отделения Территориального Медицинского Объединения №4 г. Курска, Областного перинатального центра г. Курска, Городской клинический родильный дом г. Курска. В исследовании приняли участие 153 беременных женщин, находящихся на стационарном лечении.

В исследовании принимали участие беременных женщин, состоящих в браке, на третьем триместре и ожидающих первого ребёнка.

В исследовании были использованы следующие методы:

1. Структурированное интервью.

2. Архивный метод (работа с медицинскими картами).
3. Психодиагностическая методика: Тест «Смысло-жизненные ориентации» Леонтьева Д.А. (СЖО).
4. Проективные методики:
 - 4.1. Тест «Фигуры» Филипповой Г.Г.
 - 4.2. . Восьмицветовой тест Люшера в адаптации Собчик Л.Н.
 - 4.3. «Цветовой тест отношений» Эткинда (ЦТО).

Вся выборка испытуемых была разделена на группы.

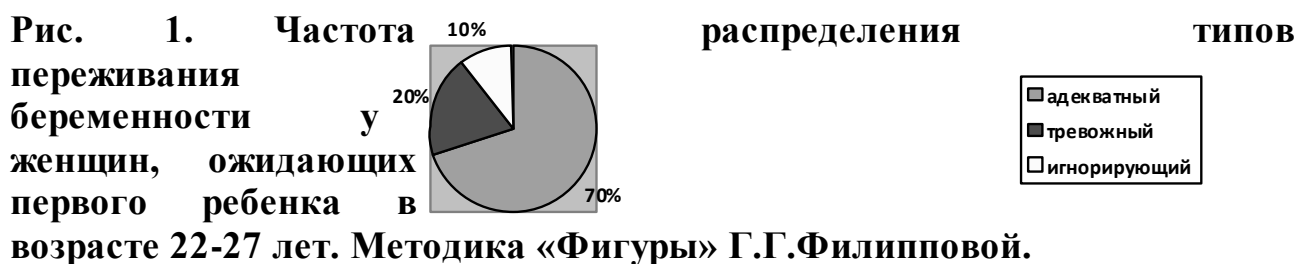
Первую группу составляли женщины на третьем триместре беременности в возрасте 22-27 (n=107) адекватного типа готовности к материнству.

Вторую группу составляли женщины на третьем триместре беременности в возрасте 22-27 (n=31) тревожного типа готовности к материнству.

Третью группу составляли женщины на третьем триместре беременности в возрасте 22-27 (n=15) игнорирующего типа готовности к материнству.

В процессе обработки результатов производилось попарное сравнение этих групп.

В нашем исследовании представлены результаты частотного распределения типов переживания беременности у женщин, ожидающих первого ребенка (рис.1).



Среди обследованных женщин выявлены следующие показатели стилей готовности к материнству. У 10% беременных женщин в возрасте 22-27 лет отмечается игнорирующий стиль готовности к материнству, что ведет к неприятию социальной роли матери. Эти женщины характеризуются неприятием состояния беременности, отсутствием желания создавать условия для развития будущего ребенка. У 20% женщин отмечается тревожный стиль готовности к материнству, что ведет к амбивалентно-тревожному принятию роли матери. Эти женщины находятся в амбивалентном состоянии принятия и неприятия социальной роли матери, для них присуще напряжение и беспокойство, которое связано с первым шевелением, сопровождается сомнениями, тревогой, испугом. И у 70% женщин с адекватным стилем готовности к материнству. Эти женщины воспринимают свою беременность эмоционально положительно, что свидетельствует об адекватном принятии социальной роли матери.

Таким образом, осознание женщиной состояния беременности, процессы осмысления её новой роли и осуществление новых функций происходит при адекватном стиле принятия роли матери у женщин в возрасте 22-27 лет.

Список литературы.

1. Абрамченко В.В. Психологическое акушерство. - СПб., 2001.
2. Абульханова В.В., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. - СПб., 2001.
3. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложнённой акушерской и экстрагенитальной патологией. // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 2002. №3. С.3-13.
4. Баз Л.Л., Баженова О.В. Исследование и восприятие психологической поддержки беременными женщинами. // Психологический журнал. 1994. Т.15. №1.
5. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности. // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. №2. С.46-56.
6. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери. // Психологический журнал. 2000. Т.21. №2. С.79-87.
7. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов. // Вопросы психологии. 2002. №1. С.59-68.
8. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопросы психологии. 2002. №3. С.110-118.
9. Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект. // Психологический журнал. 2001. Т.22. №1.
10. Василюк, Ф.Е. Психология переживания - М., 1984.
11. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка. //Синапс. 1993. №4.С 32-38.
12. Кочанова Л.В. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. //Медсестра.2002.№2.
13. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М: Смысл.2003. 487с.
14. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. //Вопросы психологии. 2000. №5. С.18-27.
15. Минюрова Е.В. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства. // Вопросы психологии. 2003. №4. С.63-75.
16. Погудина Е.В. Социальная тревога у беременных. // Журнал практического психолога. 2002. №1.
17. Русалов В.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложнённой беременностью //Психологический журнал. 2003. Т.24. №6.
18. Ряплова Е.А. Изменения в организме и психике женщины во время беременности// Психологический журнал. № 5, 1996, с. 34 – 39.
19. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. //Вопросы психологии. 2001. №2. С.22-37

20. Хамитова И. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов. // Московский психотерапевтический журнал. 2001. №3.

РОЛЬ СЕМЬИ И ШКОЛЫ В ВОПРОСАХ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Исаенко Т.П.

Курский государственный медицинский университет», г. Курск, Россия

Современная молодежь России провозглашает сексуальную свободу, а это означает крах брака, семейных устоев, норм, отказ от репродуктивных установок, направленных на рождение детей, высокую вероятность заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). А эти инфекции являются наиболее распространенными в мире и представляют собой причину острых заболеваний, бесплодия, устойчивой инвалидности и смертности, имеют серьезные медицинские и психологические последствия для миллионов мужчин, женщин и детей.

С целью выявления роли семьи и школы в вопросах сексуального воспитания и информированности относительно профилактики (ИППП) нами было проведено анкетирование 57 студентов лечебного и педиатрического факультетов Курского государственного медицинского университета в возрасте 20 – 22 лет. Основное количество респондентов составили девушки – 45 человек (78,9%), юноши – 12 человек (21,1%).

В ходе исследования выявлено, что основными источниками информации относительно полового воспитания в их жизни служили Интернет – 28 человек (49,1%), обсуждения со сверстниками – 7 опрошенных (12,3%), информация из специализированной и научно-популярной литературы – 9 (15,8 %).

С родителями обсуждали тему сексуального воспитания лишь 13 (22,8%) респондентов, а специализированные уроки в школах были только у 4 (7,0%) опрошенных.

Информацию об ИППП впервые получили от родителей – 12 респондентов (21,0%), от учителей в школе – 4 (7,0%), от медицинских работников – 8 (14,0%), из средств массовой информации (Интернет) – 28 (49,1%), от сверстников – 5 (8,7%) опрошенных. Вообще же информацию о здоровье получали в основном из общения с учителями и врачами – 6 человек (10,5%), из общения с родителями – 51 (89,4%).

Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что в большинстве семей родители не имеют достаточно знаний для общения со своими детьми по вопросам сексуальной жизни, профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Видимо, они придерживаются той системы воспитания, которую испытали сами, в своем детстве, что на эти темы не говорят – это неприлично.

Наиболее востребованным источником получения информации о ИППП и их профилактике являются средства массовой информации (Интернет), в то время как роль школы и родителей незначительна. Недостаточная профилактическая работа проводится медицинскими работниками.

На основании вышеизложенного, следует сделать вывод о том, что информационную и просветительскую работу по пропаганде здорового образа

жизни, половом воспитании и профилактике ИППП необходимо проводить не только в подростковой и молодежной среде, но и среди родителей и учителей. Обеспечить профессиональной информацией высокого качества, доступной и легко понимаемой для любого, нуждающегося в ней, можно только с привлечением профессионалов – специально подготовленных врачей, учителей и психологов.

Половое воспитание всегда кажется родителям и учителям трудной педагогической задачей. Этот вопрос часто выделяется из общей системы воспитания. На вопрос когда, в каком возрасте надо начинать половое воспитание А.С. Макаренко отвечал: «Вопрос о половом воспитании становится трудным только тогда, когда его рассматривают отдельно и когда ему придают слишком большое значение, выделяя из общей массы других воспитательных вопросов».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Карголь И.В.

Белгородский государственный университет, г.Белгород,Россия

Аннотация

Статья посвящена изучению тревожных и депрессивных реакций женщин в процессе лечения бесплодия. Дается краткий обзор подходов к изучению проблемы бесплодия в психологии. Анализируются негативные эмоции, переживаемые женщинами, страдающими бесплодием, механизмы стабилизации негативного эмоционального состояния.

Ключевые слова

Инфертильность, бесплодие, тревога, депрессия, перфекционизм, враждебность, материнство.

Проблема бесплодия

Перинатальная психология и психология родительства, как области исследования, в психологии сформировались относительно недавно, но психологические исследования в сферах, связанных с репродуктивным здоровьем и помощью человеку в осуществлении репродуктивной функции проводятся все более активно. По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосоциальных отношениях семьи [23]. Если рассмотреть репродуктивную дисфункцию у женщин в этом контексте, то становится понятно, что она не только препятствует материнству, являющемуся биологической, естественной потребностью, но и оказывает существенное влияние на социальную роль женщины, изменяет женскую идентичность.

Как правило, супружеские пары не рассматривают зачатие как вопрос возможности, а воспринимают его как вопрос времени. Для одних зачатие ребенка является непосредственной целью, в то время как другие намеренно воздерживаются от беременности до тех пор, пока не закончат обучение, не добьются результатов в карьере. Однако независимо от выбора времени, приблизительно каждая пятая пара в России (25%) испытывает бесплодие. Ежегодно растет количество жительниц нашей страны, которые не могут стать матерью, что имеет как свои последствия на уровне индивидуальной судьбы, так и чревато демографической катастрофой в масштабе общества. Пары, которые хотели бы стать родителями, но неспособны зачать ребенка страдают от биологических и/или психологических причин, вызвавших бесплодие. Длительное бесплодие, лечение, череда неудачных попыток получить и выносить беременность нередко ведут к неуверенности, потере чувства собственного достоинства, тревоге, депрессии, безнадежности, осложнению супружеских отношений.

Именно поэтому мы выбрали фокусом нашего исследования состояние, препятствующее материнству – бесплодие, - как актуальную в сегодняшней

жизни проблему. При этом нас интересуют именно психологические последствия бесплодия у женщин, сопутствующие данному расстройству репродуктивной функции переживания и состояния.

Зарубежные авторы заинтересовались исследованиями в данной области уже с 70-х годов прошлого века. В отечественной литературе данный вопрос стал разрабатываться значительно позже и активно изучается такими учеными в области перинатальной психологии и психотерапии как, Филиппова Г.Г., Брутман В.И., Василенко Т. Д., Добряков И. В., Кулаков В. И., Хритинин Д. Ф. и др.

Первоначально интерес к эмоциональному состоянию инфертильных женщин проявили психиатры. Так в исследованиях Connolly, K.J., Edelmann, R.J., Cooke, I.D., Robson, J.; Domar, A., Seibel, M.; Menning, B. представлены данные о широкой распространенности депрессивных проявлений среди женщин, страдающих бесплодием. У пациенток этой группы были выявлены как биполярные аффективные расстройства, так и униполярная депрессия, была установлена корреляционная связь депрессии со снижением коэффициента рождаемости в популяции. Уровень депрессии мог быть, как клиническим, так и субклиническим, ограничиваться отдельными симптомами депрессии. Кроме того, в ряде исследований удалось установить, что депрессивная симптоматика, в свою очередь, снижает вероятность зачатия. В качестве объяснительной гипотезы предлагались нейро-гуморальные модели, в которых подчеркивалось, что уровень эстрогена и прогестерона предопределяют степень выраженности депрессии через воздействие на серотонин.

Таким образом, как показывают исследования западных и отечественных ученых, в общей структуре репродуктивной сферы человека физиологический и психологический компоненты являются взаимосвязанными, причем большинство исследователей считают, что проблема бесплодия и расстройств настроения связаны циркулярными закономерностями. Так, депрессивные, тревожные расстройства снижают вероятность зачатия и, наоборот, длительное бесплодие вызывает психоэмоциональные нарушения. Однако неясным остается вопрос о механизмах данной связи, и, самое главное, необходимы дальнейшие исследования, направленные на поиск путей изменения, прерывания такого рода «порочного круга» возникающих циркулярных закономерностей. Что вновь подтвердило актуальность выбора нами данной темы.

Материал и методы исследования

С целью изучения особенностей эмоционального состояния инфертильных женщин, мы провели исследование группы пациенток, проходящих лечение от бесплодия в возрасте от 20 до 46 лет в количестве 43 человек. Контрольную группу составили здоровые испытуемые, соответствующие по возрасту и социально-демографическим характеристикам основной исследуемой группе в количестве 12 человек.

Для оценки эмоционального состояния испытуемых использовались:

- Опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory – BDI).
- Опросник тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI).

Для диагностики личностных характеристик испытуемых использовались:

- Опросник перфекционизма (А. Б. Холмогорова и Н. Г. Гаранян).
- Проективный тест враждебности (А. Б. Холмогорова и Н. Г. Гаранян).

Для диагностики отношения к материнству, ценности ребенка использовался:

- Рисуночный тест "Я и мой ребенок" (Г.Г. Филиппова).
- Клиническое интервью.

Статистическая обработка данных осуществлялась в программе SPSS for Windows, Standard Version 13.0, Copyright © SPSS Inc., 2005.

Результаты исследования и их обсуждение

На начальном этапе мы проанализировали данные, позволяющие оценить актуальное психоэмоциональное состояние женщин основной исследованной группы.

Таблица 1.1
Показатели тревоги (по данным опросника тревоги А.Бека)

Тревога	Количество человек	Процент
Нет	16	37%
Легкая	6	14%
Средней интенсивности	15	35%
Высокая тревога	6	14%

Как видно из Табл. 1.1, данные опросника тревоги А. Бека в исследуемой группе пациенток говорят о переживании тревоги различной интенсивности 63% женщин. Это свидетельствует о том, что большинство женщин основной группы испытывают очень тягостное переживание внутреннего дискомфорта от неопределенности перспективы, сопряжено с несколькими эмоциями — страхом, печалью, стыдом и раздражением, чувством вины. Многие исследователи и ранее указывали на характерные эмоциональные состояния, присущие инфертильным женщинам: оплакивание прошлых ошибок (аборты, перенесенные ЗППП, либо какие-то грехи, за которые их наказывает Бог) и тревога по поводу будущего (никто из женщин не может контролировать ситуацию и никто из них не знает когда станет матерью и станет ли ею вообще). Стыд, недовольство собой, уныние, тоска, чувство вины, беспомощность, раздражение довольно часто характерны для женщин исследуемой категории [9, 10, 15, 16]. Аналогичные данные получены и в нашем исследовании, если принимать во внимание не только данные теста, но и клинического интервью.

Так как тревожная симптоматика часто сопутствует проявлениям депрессии, обратимся к результатам опросника депрессии А. Бека.

Таблица 1.2
Показатели депрессии (по данным опросника депрессии А.Бека)

Депрессия	Количес	Процент
-----------	---------	---------

	тво человек	
нет	18	42%
«умеренно выраженная депрессия»	17	40%
«критический уровень»	7	16%
«явно выраженная депрессивная симптоматика»	2	2%

В исследованной группе пациенток мы выявили наличие депрессии различной интенсивности у 58% женщин.

Как свидетельствуют данные таблицы 1.2, в группе исследуемых женщин имеет место переживание эмоционального дискомфорта, связанного со снижением настроения, ангедонией, апатией, высокой утомляемостью и общим недовольством жизнью. Наиболее характерными симптомами депрессии для пациенток, страдающих бесплодием, являются чувство вины, утрата удовольствия, тоска, плаксивость, утрата интересов, раздражительность, утрата интереса к сексу, потеря энергии. Аналогичные данные получены у Matthews, R., Matthews, A. (1986), Menning, B. (1980) [19, 20].

Известно, что развитие депрессии при бесплодии происходит в результате сложного взаимодействия биологических, социальных, психологических факторов. Мы решили детально изучить качественные особенности эмоционального состояния женщин с различной продолжительностью бесплодия.

Результаты анализа данных параметров представлены в таблице 1.3.

Таблица 1.3

Показатели депрессии и тревоги у пациенток с различным стажем бесплодия

Уровень депрессии, тревоги		1–3 года	4–6 лет	7–9 лет	>10 лет
	Нет	23%	12%	2%	5%
	Легкая	13%	12%	5%	2%
	выраженная симптоматика	20%	2%	2%	2%

Проанализировав ряд биомедицинских параметров, статистически значимых различий в переживании по поводу бесплодия у пациенток с различными патоэтиологическими фактором в анамнезе не обнаруживается. Изучая, продолжительность бесплодия и эмоциональное состояние женщин, мы выяснили, что большинство пациенток подвергается депрессивной симптоматике в первые 3 года infertility (33%). С течением времени эмоциональное состояние стабилизируется. Таким образом, мы видим, что при длительном существовании бесплодия пациентки вырабатывают копинг – стратегии, позволяющие справляться с чувством безнадежности и несбыточности их материнства. Женщины с многократными неудачными попытками лечения бесплодия становятся более стрессоустойчивыми в отношении данной проблемы [21]. Таким образом, временные сроки

переживания определенных эмоций имеют индивидуальный характер, однако, вероятность возникновения тревоги и депрессии наиболее вероятна в первые 3 года лечения.

Так как тревога и депрессивная симптоматика в выборке различны по степени выраженности, и мы не можем считать их присущими всем женщинам, нами был выбран метод кластеризации, позволяющей выделить группы пациенток со сходными переживаниями. Результаты кластеризации представлены на рисунке 1.1.

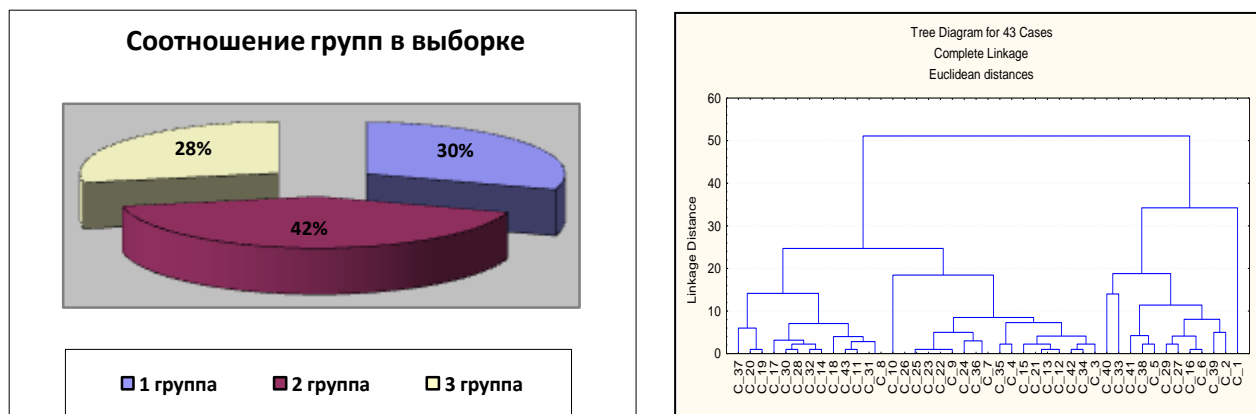


Рисунок 1.1. Результаты кластерного анализа в группе пациенток, страдающих бесплодием (n = 43)

Основанием для деления послужили показатели депрессии и тревоги в изучаемой группе (опросник депрессивности А.Бек, опросник тревоги А.Бек).

Итак, в результате проведенной процедуры мы разделили выборку на 3 группы (кластера):

1 группа включает женщин с первичным бесплодием, в возрасте около 30 лет, стаж бесплодия в диапазоне от 1 года до 6 лет, у которых умеренно выражена депрессивная симптоматика (средние показатели по шкале депрессии - 13), а также легкая, либо средней интенсивности тревога (средние показатели по шкале тревоги - 9).

2 группу составляют пациентки, в возрасте около 36 лет, с вторичным бесплодием, которое длится до 3 лет. У них, как правило, не наблюдается проявлений депрессивной симптоматики и тревоги, однако у некоторых женщин имеют место быть легкие проявления тревоги.

В *3 группу* вошли пациентки в возрасте около 26 лет с первичным бесплодием сроком 1-3 года. У них депрессивная симптоматика достигает критического уровня при высокой и средней интенсивности тревоги.

Поскольку **целью** нашего исследования стало описание психологической модели депрессии, наблюдающейся у страдающих бесплодием женщин, механизмов ее стабилизации и психологических закономерностей, по которым это состояние развивается, мы обратились к более детальному анализу данных.

За основу была взята одна из современных моделей депрессии, именуемая нарциссической моделью. Можно считать, что проверка данной модели применительно к исследованной группе пациенток стала гипотезой

этого этапа исследования. Нарциссическая депрессия обычно предполагает несоответствие между ожиданиями/фантазиями и действительностью, при одновременном переживании ущемления чувства собственной грандиозности, со стремлением к совершенству, перфекционистскими установками, патогенная роль которых выражается, в так называемой, «тирании долженствования», когда желания и цели превращаются в безусловные требования и приказы к самому себе в любых условиях и при любых обстоятельствах [2, 7].

Мы решили проверить предположение о существовании этого вида депрессии у женщин исследуемой группы, для этого провели диагностику личностных характеристик испытуемых при помощи «Опросника перфекционизма» (А.Б.Холмогорова и Н.Г.Гаранян).

Показатели перфекционизма, зафиксированные в изучаемых 3 группах испытуемых, приведены в таблице 1.4.

Таблица 1.4
Структура перфекционизма в изучаемых подгруппах испытуемых
(коэффициент Mann-Whitney)

Шкалы опросника перфекционизма (показатели перфекционизма)	1 подгр. (N=13)		2 подгр. (N=18)		3 подгр. (N=12)	
	М	Mann-Whitney	М	Mann-Whitney	М	Mann-Whitney
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	9,7	46	8,1	117	11,8*	45,7
2. Завышенные притязания и требования к себе	12**	49,5	9,6	37,5	11	74,5
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	10,6**	49,5	8,3	45,5	8,3	123,5
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	5,2**	53,5	3,0	44	6**	20,5
5. Поляризованное мышление - «все или ничего»	9,3	57	7,7	113,5	8,8	118
6. Контроль над чувствами	3,4	33	3,7	83	4,9**	128
7. Чрезмерные требования к другим людям	17,8	65,5	18,1	93,5	17,6	87,5
Общий показатель перфекционизма	65,8	52,5	61,1	123	69,6	127

Примечание: М (mean) – среднее; ** – различия достоверны, $p < 0,01$ (критерий Манна–Уитни); * – различия достоверны, $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни).

При сравнении групп пациенток с депрессивной и тревожной симптоматикой (группы 1, 3) с группой пациенток, у которых депрессивная и тревожная симптоматика отсутствует (группа 2) фиксируются следующие результаты. Показатели перфекционизма в 1 и 3 подгруппах статистически значимо выше по интерперсональному показателю «восприятие других людей, как делегирующих высокие ожидания». В 1 группе завышены как показатели когнитивного параметра («селектирование информации о неудачах и ошибках»), так и показатели главных параметров перфекционизма – «завышенные притязания и требования к себе» и «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных». В 3 группе пациенток, у которых депрессивная симптоматика достигает критического уровня, завышен показатель «контроль над чувствами». Суммарный показатель опросника в 1 и 3 группах пациенток выше, чем во 2 группе, однако статистической значимости различия в уровне показатель не имеет.

Если рассмотреть полученные данные содержательно, то, очевидно, что восприятие других людей как чрезмерно требовательных повышает число стрессогенных ситуаций в общении, приводит к переживаниям гнева и страха в контактах, стимулирует дезадаптивные копинг-реакции по типу чрезмерно уступчивого или, наоборот, дистанцированного (избегающего) поведения. Мы видим, что инфертильные женщины, страдают, общаясь с людьми, испытывающими интерес к их личной и семейной жизни. Пациенток исследуемой нами выборки раздражают вопросы, касающиеся деторождения, они стараются избегать нахождения в компаниях друзей имеющих детей, или людей, задающих «нетактичные» вопросы, касающиеся деторождения. Ряд авторов указывают на изоляцию, отчуждение от общества в целом и своего супруга, в частности, как видах избегающего поведения инфертильных женщин [14, 17, 19, 20]. Сравнение себя с другими людьми при ориентации на самых удачливых (в нашем случае - «счастливых матерей») также содействует усилению стрессогенности повседневной жизни, хронифицирует переживания стресса, стимулирует интенсивные эмоции стыда и зависти, приводя в итоге к конкурентным отношениям. В свою очередь, чрезмерные требования к другим людям неизбежно повышают число конфликтов в отношениях, создавая риск коммуникативных разрывов и, в перспективе, одиночества. Таким образом, перфекционистские установки легко стимулируют дезадаптивные поведенческие стратегии.

Также мы проверяли предположение о наличии у инфертильных пациенток проявлений подавленной враждебности, как источника депрессии и причины ее хронификации, для этого применили «Проективный тест враждебности» (Н.Г.Гаранян и А.Б.Холмогорова).

Враждебность, понимаемая как устойчивая склонность приписывать социальным объектам негативные качества (доминантность, стремление унижать других людей, завистливость, холодность, равнодушие, злорадство), исследовалась нами с помощью указанной методики и данные представленные в таблице 1.5.

Таблица 1.5
Структура враждебности в группах пациенток, страдающих бесплодием и
здоровых женщин

Факторы теста	Инфертильные женщины (n=43) M SD	Здоровые женщины (n=12) M SD
1 фактор Видение других людей как «склонных возвышаться за счет принижения других людей»	41.8 * 19.4	34.3 17.1
2 фактор Видение других людей как «презирающих слабость»	57.4 ** 19.3	43.7 19.9
3 фактор Видение других людей как «холодных и равнодушных»	55.0 ** 14.6	49.1 13.1
Средний показатель теста	51.3** 13.2	42.3 12.3

Примечание: М – среднее; SD - стандартное отклонение; ** - различия
достоверны, $p < 0.01$; * - различия достоверны, $p < 0.05$

Показатели враждебности в изучаемых группах испытуемых с разным уровнем депрессии и тревоги не имеют статистически значимых различий. Это значит, что данные установки характерны для всех испытуемых изучаемой группы пациенток. При сравнении основной группы пациенток с контрольной по данному параметру фиксируются следующие результаты (Таблица 1.5). Пациентки основной группы характеризуются более высоким уровнем враждебности по сравнению с женщинами из контрольной группы, в том числе отмечены проявления у первых проекции этой враждебности на окружающих людей. Так, страдающие бесплодием пациентки в большей степени склонны видеть других как «холодных и равнодушных», «презирающих слабость» и «склонных возвышаться за счет принижения других людей». Клиническое интервью хорошо иллюстрирует наиболее характерные для данной группы пациенток утверждения, связанные с враждебностью, сопряженной с целым спектром негативных эмоций и переживаний: «...я не могу смотреть на чужих детей»; «...во мне вызывают злость и раздражение вопросы окружающих о том, когда у меня будет ребенок»; «...я чувствую вину перед своим мужем и родителями из-за того, что не могу родить, поэтому я часто с ними ссорюсь».

Психологические механизмы, в силу которых враждебность может затруднять успешное лечение бесплодия и способствовать хронификации депрессии, можно представить следующим образом:

- враждебность вызывает недоверие к врачам, а значит, снижает качество рабочего альянса;
- она сопряжена с риском социальной изоляции в силу того, что затруднены контакты, что само по себе служит фактором депрессии;
- враждебность к миру сама по себе служит источником негативных эмоций.

Таким образом, эти положения согласуются с литературными данными по проблеме бесплодия, во многом связь между враждебностью и бесплодием имеет «циркулярную зависимость», о которой мы говорили в контексте проблемы депрессии и бесплодия [12, 19]. Враждебность является как причиной возникновения, так и причиной хронификации депрессии.

Следующим этапом мы изучали отношение к предстоящим беременности и материнству при помощи рисуночного теста «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова). По результатам проективного рисуночного теста «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова) есть общие для всей группы пациенток особенности. Так, качественный анализ рисунков позволяет заключить, что в своем большинстве инфертильные женщины характеризуются сверхценным отношением к будущему ребенку (47% всей выборки). Повышенная ценность ребенка имеет тенденцию к сдвигу в сторону исключительной ценности ребенка. Реальность кажется тусклой на фоне идеализированного предстоящего материнства, как формы бытия. Несмотря на то, что мечты о предстоящем материнстве имеют эмоционально насыщенную и ярко выраженную позитивную форму, отмечается нечеткое видение себя в этой роли.

Выводы.

1. Обнаружены высокий уровень тревоги и депрессии в группе пациенток, страдающих бесплодием.

2. Выявлена связь между показателями тревоги и депрессии и сроком бесплодия и лечения, а также отношением к предстоящей беременности и материнству.

3. Выявлен высокий уровень перфекционизма, что подтверждает наличие нарциссической модели депрессии. Данные перфекционистские установки препятствуют осознанию успеха в лечении; вызывают недоверие к лечащим врачам и другим специалистам; способствуют преждевременным отказам от лечения.

4. Выявлен высокий уровень враждебности у всех пациенток, страдающих бесплодием. Полученные данные позволяют утверждать, что враждебность в форме проецируемых негативных чувств и ожиданий является одним из механизмов хронификации депрессии.

5. При бесплодии для большинства женщин характерными являются симптомы тревожности, неуверенности в себе, конфликтности и повышенная ценность будущего ребенка с тенденцией к сдвигу в сторону исключительной ценности ребенка. Это свидетельствует о неблагополучии в отношении к беременности и материнству, недостаточно сформированной готовности к материнству.

6. Очевидно усугубляющее влияние психологического фактора на процесс лечения, что требует учета этого факта при организации лечения. Полученные данные еще раз свидетельствуют о необходимости психотерапевтических мероприятий с больными, одними из мишеней которых могут стать дисфункциональные личностные черты. Фрустрация потребности женщины в материнстве не только влияет на психологическое состояние, но

приводит к глубоким искажениям в личности пациенток, в системе их ценностей и отношении к миру, также требует коррекционных воздействий.

Список литературы

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004.-350 с.
2. Бек А., Раш А., Брайан Шо, Гэри Эмери. Когнитивная терапия депрессии.
3. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога// Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18–48.
4. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. М.: Институт психологии РАН, 2003. С. 100–113.
5. Карголь И.В., Особенности эмоциональной сферы женщин с нарушениями с нарушением репродуктивного здоровья // материалы Всероссийской конференции с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья – будущее России», Белгород 2010 г. С.76-79
6. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы// Журнал практического психолога. 2003/№ 4-5.
7. Эллис А. (1999) Психотренинг по методу Альберта Эллиса. — СПб.: Питер.
8. Boivin J., Takefman J. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril* 1995; 64: 802-810. Reinharz, 1987, p.9
9. Connolly, K.J., Edelmann, R.J., Cooke, I.D., Robson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 459-468.
10. Daniluk, J. (1996). When treatment fails: The transition to biological childlessness for infertile women. *Women & Therapy*, 19(2), 81-98.
11. Domar, A., Seibel, M. (1990). Emotional aspects of infertility. In M. Seibel (Ed.), *Infertility: A comprehensive text*, (pp. 23-35). Nowalk, CT: Appelton-Lange.
12. Domar, A.C., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M., and Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58, 1158-1163.
13. Domar Dr. Psychological counseling for infertile women increases. *Fertile - Sterile* 2000; 73: 805-811.
14. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., Van der Spuy, Z.M. (2002). “Men leave me as I cannot have children”: women’s experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 17 (6), p.1663-1668.
15. Facchinetti F., Matteo M.L., Artini G.P. et al. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril* 1997; 67: 309-314.

16. 32 Lapane KL, Zierler S, Lasater TM, et al: Is a history of depression symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosom Med* 57:000-000, 1995
17. 35 Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological components of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 335-346.
18. Maillet M. H. Infertility and marital adjustment; The influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. A Dissertation in The School of Social Work, 2002.
19. 37 Matthews, R., & Matthews, A. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to non- parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48, p.641-649.
20. 38 Menning, B. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313-319.
21. 40 Newton C.R., Heam M.T., Yuzpe A.A. Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertil Steril* 1990; 54: 879-886.
22. 45 Zoldbrod, A. (1993). *Men, women and infertility: Intervention and treatment strategies*. New York: Lexington Books.
23. 46 <http://www.vitalab.com>

ТРЕНИНГ ДЕТСКО – РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО – ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Каськова Д.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Психологическое здоровье детей зависит от социально-экономических, экологических, культурных, психологических и многих других факторов. По мнению авторов (Л.И. Божович, А.А. Бодалёв, В.С. Мухина, Т.А. Репина и других) ребёнок как самая чувствительная часть социума подвержен разнообразным отрицательным воздействиям. В последние годы, как свидетельствуют специальные экспериментальные исследования, наиболее распространёнными явлениями являются тревожность и страхи у детей (И.В. Дубровина, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Е.Б. Ковалёва и другие). Одним из условий, влияющих на проявление тревожности у детей, как указывают исследователи С.В. Ковалёв, А.И. Захаров, И. Коган и другие, является психологический микроклимат семьи. Для маленького ребёнка семья – это целый мир, в котором он живёт, действует, делает открытия, учится любить, ненавидеть, радоваться, сочувствовать. Будучи её членом, ребёнок вступает в определённые отношения с родителями, которые могут оказывать на него как положительное, так и негативное влияние. Вследствие этого ребёнок растёт либо доброжелательным, открытым, общительным, либо тревожным, грубым, лицемерным, лживым. По мнению А.Я. Варга, В.В. Столина и других, родительские отношения – это система разнообразных чувств к ребёнку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимание характера и личности ребёнка, его поступков. Для развития позитивных детско-родительских отношений взрослые должны обладать определенным уровнем знаний по проблеме воспитания и взаимоотношения с ребенком (Е.О.Смирнова, М.В.Быкова и другие).[5]

Поэтому актуальность проблемы детско-родительских отношений остается неизменно острой на протяжении всего развития психологической науки и практики. В связи с этим мы решили изучить эту тему и раскрыть ее в нашей работе.

Цель исследования – апробировать систему работы по преодолению тревожности у детей.

Объект исследования – детская тревожность и причины ее возникновения.

Предмет исследования – процесс совершенствования детско-родительских отношений с целью преодоления тревожности у детей.

Гипотеза: мы предполагаем, что для устранения тревожности у детей старшего дошкольного возраста необходимо усовершенствовать детско-родительские отношения, а это возможно при условии:

- а) создания обстановки эмоционального комфорта и психологического благополучия ребенка в семье;
- б) изучения особенностей стилей детско-родительских отношений;

в) комплексного использования средств и методов психолого-педагогической коррекции в системе детско-родительских отношений.

В соответствии с объектом и предметом исследования нами были поставлены следующие **задачи**:

1.Выявить теоретические основы проблемы влияния родительских отношений на развитие и устранение тревожности у детей.

2.Отобрать диагностические методики, направленные на выявление тревожности у детей в системе родительских отношений.

3.Апробировать коррекционную программу по развитию положительных детско- родительских отношений, выявить ее развивающий эффект.

Методологическая основа:

Методологической основой являются теоретические концепции ведущих отечественных психологов: В.С.Мухиной, Л.С. Выготского, А.Н.Леонтьева о закономерностях развития детской психики, понимание дошкольного детства как особого периода в становлении личности. А также исследование ряда работ авторов, которые изучали семью и семейные отношения: Л.Д.Столяренко, С.И.Самыгин, А.В.Петровский, А.И.Захаров, И.М. Балинский, В.Н.Мясищев и другие.

Практическая значимость работы состоит в разработке коррекционной программы по преодолению тревожности у детей в системе детско-родительских отношений.

Организация работы:

Экспериментальная работа проводилась на базах школы – интерната №2 г. Курска и школы №24 г. Курска. В исследовании принимало участие 30 детей и 30 родителей.

Прежде чем понять сущность влияния родительских отношений на ребенка, рассмотрим её значение в его жизни. Семья как определённая социальная общность волновала умы философов, историков, социологов, педагогов, психологов во все времена. Но на сегодняшний день в современной науке так и нет единого определения понятия «семья», хотя попытки сделать это предпринимались великими мыслителями много веков назад (Аристотель, Гегель, Кант, Платон и другие). В психологическом словаре для родителей находим следующее определение семьи:

«Семья – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью. В браке и семье отношения обусловлены различием полов и половой потребностью, проявляются в форме нравственно-психологических отношений». По мнению Л.Д. Столяренко, С.И. Самыгина, «семья – это социально- педагогическая группа людей, предназначенная для оптимального удовлетворения потребностей в самосохранении (продолжении рода) и самоутверждении (самоуважении) каждого её члена». В социологии семья рассматривается как:

- первичная социальная группа, в которой начинается и протекает социальная

жизнь человека;

- основной фактор в социализации;
- социальный институт, регулирующий различные стороны жизни на основе принципов и правил, принятых в обществе;
- социальная система, все члены которой имеют определённые статус и роли;
- общность, для которой характерна особая система межличностных отношений.

По мнению исследователей, занимающихся проблемами семьи (И.М. Балинский, А.И. Захаров, И.А. Сихорский и другие), семья может выступать в качестве положительного или отрицательного фактора в воспитании ребёнка. [3]

Положительное воздействие на личность ребёнка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него в семье людей, не относится к ребёнку лучше, не любит его так и не заботится столько о нём. И вместе с тем, никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья. По мнению Л.Д. Столяренко, С.И. Самыгина, «семейное воспитание» – это система воспитания и образования, складывающаяся в условиях конкретной семьи и силами родителей и родственников. Семейное воспитание – сложная система. Оно должно основываться на определённых принципах и иметь определённое содержание, которое направлено на развитие всех сторон личности ребёнка. Оно должно основываться на определённых принципах:

- гуманность и милосердие к растущему человеку;
- вовлечение детей в жизнедеятельность семьи как её равноправных участников;
- открытость и доверительность отношений с детьми;
- оптимистичность взаимоотношений в семье;
- последовательность в своих требованиях (не требовать невозможного);
- оказание посильной помощи своему ребёнку, готовность отвечать на вопросы.[1]

Реализация этих принципов будет зависеть и от типа воспитания:

Автократический – когда все решения, касающиеся детей, принимают исключительно родители.

Авторитетный, но демократический – в этом случае решения принимаются родителями совместно с детьми.

Либеральный – когда при принятии решения последнее слово остаётся за ребёнком.

Хаотический – управление осуществляется непоследовательно: иногда авторитарно, иногда демократически, иногда либерально. [7]

По мнению исследователей, занимающихся проблемами семьи (И.М. Балинский, А.И. Захаров, И.А. Сихорский и другие), семья может выступать в качестве положительного или отрицательного фактора в воспитании ребёнка. Положительное воздействие на личность ребёнка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него в семье людей, не относится к ребёнку лучше, не любит его так и не заботится столько о нём. И вместе с тем, никакой другой

социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья.[10]

В своих исследованиях А.Я. Варга и В.В. Столин выделили следующие критерии родительских отношений:

1.«Принятие – отвержение». Принятие: родителю ребёнок нравится таким, какой он есть. Он уважает индивидуальность ребёнка, симпатизирует ему. Отвержение: родитель воспринимает своего ребёнка плохим, неприспособленным, неудачливым, по большей части испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку, не уважает его.

2.«Кооперация» – родитель заинтересован в делах и планах ребёнка, старается во всем помочь ему. Высоко оценивает его интеллектуальные и творческие способности, испытывает чувство гордости за него.

3.«Симбиоз» – родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, он кажется ему маленьким и беззащитным. Родитель не предоставляет ребенку самостоятельности.

4.«Авторитарная гиперсоциализация» – родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается во всем навязать ему свою волю, за проявление своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальным поведением ребенка и требует социального успеха.

5.«Маленький неудачник» – в родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребёнка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Ребёнок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Взрослый старается оградить ребёнка от трудностей жизни и строго контролировать его действия. Анализ литературы показывает, что, несмотря на разнообразие понятий, описывающих родительские отношения, практически во всех подходах можно заметить, что родительское отношение по своей природе противоречиво.[8]

Таким образом, у нас есть все основания сделать вывод о том, что взаимоотношения в семье могут носить разноплановый характер. На детско-родительских отношениях сказывается тип семьи, позиция, которую занимают взрослые, стили отношений и та роль, которую они отводят ребенку в семье. Под влиянием типа родительских отношений формируется его личность. Исследования А.Н.Леонтьева, А.Р. Лурия, Д.Б. Эльконина и других показали, что психическое развитие ребенка определяется его эмоциональным контактом и особенностями сотрудничества с родителями.

Следовательно, логично рассмотреть вопрос о влиянии родительских отношений на эмоциональное развитие ребенка.

Прежде чем рассматривать вопросы, связанные с влиянием родительских отношений, обратим внимание на то, что представляет собой тревожность. В психологической науке имеется значительное количество исследований, посвященных анализу различных аспектов проблемы тревожности. Понятие «тревожность» многоаспектно. В словарях оно отмечается с 1771 г. Существует много версий, объясняющих происхождение этого термина. Большинство исследователей сходятся во мнении о том, что рассматривать это понятие надо

дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику. В психологическом словаре «тревожность» рассматривается как склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги: один из основных параметров индивидуальных различий. По мнению Р.С. Немова, тревожность определяется как свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях.

Повышенная тревожность влияет на все сферы психики ребёнка: аффективно - эмоциональную, коммуникативную, морально-волевую, когнитивную. Исследования В.В. Лебединского позволяют сделать вывод, что дети с повышенной тревожностью относятся к группам риска по неврозам, аддитивному поведению, эмоциональным нарушениям личности.

Одним из факторов, влияющих на появление тревожности у детей, как указывают А.И. Захаров, А.М. Прихожан и другие, являются родительские отношения.

В.Н. Мясищев, Е.К. Яковлева, Р.А. Зачепецкий, С.Г. Файеберг говорили о том, что воспитание в условиях строгих, но противоречивых требований и запретов ведёт к возникновению предрасполагающего фактора для невроза, навязчивых состояний и психастении; воспитание по типу чрезмерного внимания и удовлетворения всех потребностей и желаний ребёнка – к развитию истерических черт характера с эгоцентризмом, повышенной эмоциональностью и отсутствием самоконтроля; предъявление к детям непосильных требований – как этиологический фактор неврастения.

По мнению отечественных и зарубежных авторов (А.И.Захаров, Е.Б. Ковалёва, Р.В. Овчарова, А.А. Осипова, А.С. Спиваковская, А. Адлер, К. Роджерс, Г.Л. Лэндрэт и другие) очень важна коррекция различных нарушений эмоциональных состояний и дисгармонии в развитии личности.

Коррекция – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологического развития или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия.

Психологическая коррекция – это такая деятельность, которая направлена на повышение возможности участия клиента в самых различных сферах (в обучении, поведении, в отношениях с другими людьми), на раскрытие потенциальных творческих резервов человека.

Цель коррекционной программы:

- создание психолого-педагогических условий для преодоления тревожности у детей через коррекцию детско-родительских отношений;
- апробирование эффективных форм работы с родителями, направленных на повышение педагогической грамотности.

Задачи:

1. Формирование знаний о психолого-педагогических особенностях ребенка шестого года жизни.
2. Формирование позитивных взаимоотношений между родителями и детьми.

3.Коррекция тревожности у детей в системе детско-родительских отношений.

Коррекционная программа была направлена на работу с родителями и детьми.

Содержание работы реализовывалось через ряд этапов:

- пропедевтический;
- вводный;
- развивающий;
- контрольно-оценочный.

На формирующем этапе в исследовании приняло участие 20 родителей и 20 детей (содержание коррекционной работы указано в таблице 1).

ПРОГРАММА КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

ЭТАПЫ	ФОРМЫ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ	
	РОДИТЕЛИ	ДЕТИ
<p>1.Пропедевтический этап.</p> <p>Цель:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снятие тревожности и напряженности в отношениях между родителями и детьми; - повышение уверенности в собственных силах; - устранение отрицательных эмоций. <p>(одно занятие).</p> <p>2. Вводный этап.</p> <p>Цель: повысить психолого-педагогическую грамотность родителей; развивать умения, направленные на общение детей с родителями.</p> <p>(три занятия).</p>	<p>Совместные детско-родительские занятия</p> <p>1. Знакомство с родителями и детьми в кругу: Все участники встают в круг и берутся за руки. Ведущий предлагает каждому назвать себя и рассказать о себе то, что считает важным, чтобы знали о нём другие (кем работает, чем любит заниматься и т.д.).</p> <p>2. Психологические игры и упражнения, направленные на релаксацию. («Комплименты», «Волшебный клубок»).</p> <p>1.Изучение психолого-педагогической литературы: (Мухина «Шестилетний «Семейные праздники», «Как быть вежливым».</p> <p>2.Просмотр видеофильма: «Шестилет- ка, каков ты?» и каждого родителя в отдельности.</p> <p>3.Родительское собрание на тему: 3.Составление рассказов о семье.</p> <p>«Мы и наши родители. Семейные линии».</p>	

ЭТАПЫ	РОДИТЕЛИ	ДЕТИ
3. Развивающий этап. Цель: Формировать умение общаться с детьми, строить правильные взаимоотношения, оценивать детей соответственно их возможностям. Способствовать устранению тревожности у детей через совместную деятельность с родителями. (4 занятия)	1. Дискуссии: 1. Упражнение «Расскажи свои страхи» «Роль родительских ожиданий. Что они могут спровоцировать и породить страх у детей?», «Как наши страхи становятся страхами наших детей». 2. Создание и разрешение педагогических ситуаций. 3. Составление характеристик на своего ребенка. Совместные детско-родительские занятия. Изготовление поделок из природного материала. Психологические игры: «Сиамские близнецы», «Слепой и проводник».	
4. Контрольно-оценочный этап. Цель: Анализ взаимоотношений, Эмоционального контакта между детьми и их родителями. (2 занятия)		

Ход коррекционной работы:

Первый этап, направленный на установление доброжелательных отношений с родителями и детьми, начался со знакомства. Ведущий назвал свое имя и рассказал о себе и предложил сделать то же самое остальным. Во время проведения игр не все родители и дети были раскованны. Мама Игоря М. вообще отказалась от игры.

Общее впечатление от занятия у родителей и детей положительное.

На втором этапе родители были более активны, с интересом прослушали

лекцию о психологических особенностях детей шестилетнего возраста. Они отметили актуальность этой темы. Просмотр фильма вызвал эмоциональный отклик, многие родители посмотрели на детей другими глазами. Проведенное родительское собрание помогло понять многим родителям, что они воспитывают своих детей так же, как воспитывали когда-то их самих, осознали свои ошибки в воспитании.

Дети также принимали активное участие в беседах. Все с удовольствием рассказывали о праздниках, которые они отмечают семьей. Большинство детей любят «Новый год» и «День рождения». Руслан М. сказал: «Я больше всего люблю Пасху, мы с мамой красим очень красивые яйца».

На третьем этапе все родители принимали активное участие в дискуссии. Велось активное обсуждение при разрешении педагогических ситуаций. Большинству родителей не составило труда охарактеризовать своего ребенка. Для выявления детских страхов, для развития умения говорить о своих негативных переживаниях открыто с детьми провели упражнение «Расскажи свои страхи». Сначала дети не решались говорить, чего они боятся, но после рассказа ведущего о своих детских страхах дети включились в разговор и

рассказали свои страхи. Только Руслан М. сказал: «Я не знаю, чего я боюсь!». В рисовании своих страхов дети с удовольствием принимали участие. На совместном детско-родительском занятии было изготовлено много интересных поделок. Было видно, что детям очень нравится совместная работа с родителями. Очень красивую птицу сделали Вадим К. вместе со своим папой. После изготовления поделок была организована выставка. В играх также участвовали все с удовольствием. Только маме Игоря Р. показалось, что упражнения, которые выполняет ее сын, слишком сложные, и она отказалась от них, что вызвало негативную реакцию у ребенка.

В основном занятия на этом этапе проходили в теплой и дружеской обстановке.

На четвертом этапе родители делились впечатлениями о проведенных занятиях. Они пришли к общему мнению, что стали по-другому смотреть на своих детей, пересмотрели свои отношения с ними, стали обращать внимание на своего ребенка как на личность. Папа Вадима К. сказал: «Мне так понравились ваши занятия, я открыл много нового для себя, понял, в чём мы допускали ошибки при воспитании своего сына. Теперь у нас дома благоприятная атмосфера и нашу семью можно назвать счастливой». Дети с большой любовью делали подарки в виде рисунков для своих родителей.

В результате мы провели спортивный праздник для детей и родителей, который прошел в очень веселой обстановке.

Все закончилось чаепитием. Родители и дети делились своими положительными эмоциями. Мама Ани К. сказала: «Мы все стали одной большой дружной семьей».

Таким образом, коррекционные занятия позволили установить более теплый эмоциональный контакт между родителями и детьми, способствовали закреплению доброжелательности и понимания в их взаимоотношениях.

На наш взгляд, наиболее эффективными формами работы были **дискуссии**, так как каждый высказывал свое мнение и всей группой находили наиболее оптимальное решение проблемы: проигрывание педагогических ситуаций, потому что со стороны можно лучше увидеть и осознать ошибки, которые ты сам допускаешь; **совместные занятия с детьми** – они сближают родителей и детей, помогают лучше понять друг друга.

С целью выявления эффективности внедренной нами коррекционной программы был проведен контрольный этап по методикам констатирующего этапа исследования.

Анализ полученных результатов убедил нас, что произошли существенные изменения в детско-родительских отношениях.

Тревожность – серьезный эмоциональный барьер, осложняющий жизнь ребенка. Тревожность влияет на психическое здоровье детей. Процесс личностного становления осуществляется на этапе дошкольного детства. Одной из основных причин детской тревожности является нарушение детско-родительских отношений. Это в основном происходит от того, что родители недостаточно знают психологические особенности своего ребенка, используют методы воспитания своих родителей. Результаты проделанной

работы доказали достоверность выдвинутой нами гипотезы. Именно создание обстановки эмоционального комфорта и психического благополучия в семье, накопление знаний родителей о психологических особенностях данного возраста, о формах и методах детского воспитания, комплексное использование средств и методов психолого-педагогической коррекции способствовало значительному улучшению детско-родительских отношений и снижению уровня детской тревожности.

Список литературы

- 1.Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов.-М., 1972.
- 2.Астапов В.Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. //Психологический журнал, 1992. Т.13 №5.
- 3.Бернс. Развитие Я-концепции и воспитание. – М., 1990.
- 4.Божович Л.И. Проблемы формирования личности /под ред. Д.И. Фельдштейна. -М., 1995.
- 5.Выготский Л.С. Педагогическая психология. –М., 1991.
- 6.Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога /под ред. И.В. Дубровиной, -М., 1987.
7. Дубровина И.В. Школьная психологическая служба.-М., 1997.
- 8.Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. Серия «Психология ребёнка». –СПб., 2000.
- 9.Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей.-М., 1986.
- 10.Ковалёв С.В. Психология современной семьи.-М., 1988.

ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСТВА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Ким Э.Ф.

**СПбМАПО, кафедры детской психиатрии, психотерапии и
медицинской психологии, г.Санкт-Петербург, Россия**

Общее число инфицированных ВИЧ, составило к 31 декабря 2009г. 0,334% всего населения страны. В течение 2009 г. было сообщено о новых случаях ВИЧ-инфекции на 7,3% больше, чем в предыдущем году. К 2009 году с момента начала наблюдений, ВИЧ был диагностирован в 70,5% случаев у людей в возрасте до 30 лет. Последние данные говорят о том, что также начался рост заражения среди людей в возрасте 30-40 и 40-50 лет. Это может свидетельствовать о рискованном поведении среди основного населения репродуктивного возраста. Все большее число больных в стране выявляется на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а значит, эти люди были заражены ВИЧ в более молодом возрасте, но диагноз им не был поставлен своевременно. Продолжается увеличение числа заражений половым путём (2009г. – 35,9%, 2008г. – 34,9%, 2007г. – 34,4%, 2006г. – 32,2%), тогда как ранее инфицирование преимущественно происходило парантерально (2009г. - 61,1%, 2008г. – 62,2%, 2007г. – 62,5%, 2006г. – 64,2%). К концу 2009г. в России было зарегистрировано более 182 тысяч инфицированных ВИЧ женщин (34,4% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции) [3].

Рождение ребёнка выделяется как нормативный кризис для семьи во всех классификациях жизненного цикла семьи, поскольку меняется её структура и функции [4]. Рождение ребёнка ВИЧ-инфицированными родителями сопряжено с дополнительными страхами, такими, как страх передать вирус ребёнку, страх не справиться с ролью родителей, неуверенностью в собственных силах воспитать и вырастить ребёнка. На сегодняшний день создана система профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку. При этом важнейшем фактором остаётся ответственное отношения ВИЧ-инфицированной женщины к решению о рождении ребёнка.

Для лучшего понимания особенностей материнства ВИЧ-инфицированных женщин, рассмотрим некоторые особенности условий их жизни в семье, семейных отношений. Прежде всего, следует отметить, что не в каждой семье заболевший член семьи раскрывает свой ВИЧ-статус. И потому во многих случаях семья, затронутая ВИЧ – это семья с тайной, которую хранит инфицированный человек от своих родных, либо которую семья хранит от окружающих её людей и родственников. О своём диагнозе в семье говорят примерно половина тех, кто узнаёт нём. Из 27 семей, обследованных нами, в 5 семьях у женщины не было других родственников кроме мужа (из которых 3 знали о статусе жены, 2 – нет), что составляет 18,5%. В 10 семьях женщины раскрыли свой диагноз, по крайней мере своим матерям, 37%. В 12 случаях никто не знает о ВИЧ-инфекции женщины, что составляет 44,4%. Но из этих 12 семей в 4 случаях(14,8%) ВИЧ-инфицированные женщины сообщили в семье о

том, что они больны гепатитом. Поскольку гепатит является менее стигматизированным заболеванием, о нём говорить оказывается проще.

На сегодняшний день в 61,1% случаев ВИЧ-инфекции передаётся через нестерильный инструмент при инъекционном употреблении наркотиков. Поэтому наличие наркотической и алкогольной зависимости также является сопутствующим и закономерным явлением для семей, затронутых ВИЧ-инфекцией.

Ещё одной особенностью семей, затронутых ВИЧ, оказывается созависимое поведение. С одной стороны его можно считать следствием наличия зависимости в семье. С другой - важно принимать во внимание явление эмоциональной зависимости даже в тех семьях, где не наблюдается явление химической зависимости.

В таких нестабильных условиях для успешного рождения и воспитания ребёнка женщине требуется ресурс, который возможно найти как в семье, так и в самом факте рождения ребёнка. Так, проведённое ранее Т.Н. Ждановой исследование среди наркозависимых беременных женщин показало, что рождение ребёнка женщиной, употребляющей наркотики, содержит в себе потенциал устойчивой ремиссии. [1] Учитывая, что большинство ВИЧ-инфицированных матерей либо имели опыт употребления ПАВ, либо продолжают их употребление, ресурсный потенциал материнства имеет большую ценность.

В результате описанных стрессогенных нагрузок у ВИЧ-инфицированных матерей повышается уровень тревоги. В результате обследования 27 ВИЧ-инфицированных матерей и 40 условно здоровых матерей опросником Спилбергера-Ханина, было установлено, что у ВИЧ-инфицированных матерей, с детьми до трёх лет, уровень тревоги как ситуативной, так и личностной, находится на высоком уровне (48 и 49,3 соответственно). Тогда как у женщин, без ВИЧ-статуса, имеющих детей до трёх лет, уровень тревоги отмечен как умеренный (37,4 и 41,5 соответственно).

Далее мы исследовали особенности отношения к материнству ВИЧ-инфицированных женщин. В исследовании приняли участие 27 ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей в возрасте до 3-х лет. В 10 случаях в исследовании также приняли участие матери ВИЧ-инфицированных женщин.

Использовалась методика Л.В. Куликова – Репертуар Ролей [1]. Она позволила выделить основные роли личности: важнейшие, желаемые (о которых человек мечтает, но не реализовывает), не желательные (от которых хочет избавиться). Для изучения смысла, который участники исследования вкладывают в понятие ролей «матери» и «бабушки» была использована методики ассоциативного ромба. Она позволила выявить первые ассоциации, которые возникают у женщин на роль матери и роль бабушки, а также итоговую ассоциацию, которая образуется путём детального анализа первоначальных ассоциаций.

Также использовалась методика PARI, разработанная американскими психологами Е.С. Шефер и Р.К. Белл. Эта методика широко использовалась в Польше (Рембовски) и Чехословакии (Котаскова). В нашей стране

адаптирована Т.В. Нещерет. В методике выделены 23 аспекта-признака, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительно-детских отношений. Эти 15 признаков делятся на следующие 3 группы: 1 — оптимальный эмоциональный контакт, 2 — излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, 3 — излишняя концентрация на ребенке.

В результате проведения методики Л.В. Куликова «Репертуар ролей» были выделены важнейшие роли для ВИЧ-инфицированных женщин, с детьми раннего возраста и их матерей. В качестве важнейших предлагалось назвать роли, которые женщине важно выполнять в своей жизни, а также роли, о которых она мечтает.

Лидирующие позиции и у ВИЧ-инфицированных женщин, и у их матерей занимают роли, характеризующие их взаимоотношения с другими людьми, в основном внутрисемейные (мать, дочь, жена...). Следующей по значимости оказывается роль «подруга», отмечается важность социального взаимодействия с близкими по духу людьми. Матерям ВИЧ-инфицированных женщин важно быть профессионалом в своём деле (40%), тогда как их дочерям важно быть лидером, руководителем, важно управлять другими (33,3%). Невысокие показатели роли «здоровый человек» (11,1%) возможно свидетельствует о том, что диагноз ВИЧ-инфекции до конца не принят подавляющим большинством участниц исследования и могут объясняться действием психологических защит: отрицание, вытеснения.

В качестве ролей, от которых женщины хотели бы избавиться, но им это не удаётся, были названы у матерей ВИЧ-инфицированных женщин — «работник» (40%) и «спонсор» (20%), что объясняется тем, что в подавляющем большинстве эти женщины достигли пенсионного возраста, но в связи с трудной жизненной ситуацией своих дочерей вынуждены продолжать работать и помогать им, в том числе, финансово.

ВИЧ-инфицированные же женщины в качестве нежелательных ролей называли роль «домохозяйка» (25,9%), и «больной человек» (14,8%). Таким образом, ВИЧ-инфицированных женщин тяготит необходимость оставаться дома, тогда, как их матери тяготеют необходимостью работать.

В качестве желаемых ролей, о которых женщины мечтают, но не могут осуществить, матери ВИЧ-инфицированных женщин выбирают роль «путешественник» (40%). Объясняя это желанием сменить обстановку, съездить в места, о которых мечтали, в целом отдохнуть. Для ВИЧ-инфицированных женщин на первое место в желаемых ролях выходит роль «руководитель», «лидер» (48,1%).

Другой желаемой ролью, которую не удаётся реализовать, оказывается роль «жена». Важно отметить, что тема взаимоотношений с противоположным полом оказывается одной из наиболее трудных для ВИЧ-инфицированных женщин. В связи с инфицированием ВИЧ, большинство из них остаются в отношениях, которые не только приносят разочарование, но и вред как психологический (неблагоприятный социально-психологический климат в семье), так и физический (физическое насилие). Однако, чувствуя свою

неполноценность, эти женщины часто остаются с теми, кто неуважительно к ним относится, оказывает физическое насилие, злоупотребляет алкоголем, принимает наркотики. Эту же роль, «жена», мы видели в числе важнейших для ВИЧ-инфицированных женщин.

Также мы исследовали смысловую нагрузку ролей матери и бабушки. Прежде всего, нами были изучены первые ассоциации, которые возникают у ВИЧ-инфицированных женщин и их матерей на роль матери. Для них мать – это, прежде всего, забота, внимание, воспитание и доброта. Практически такую же картину мы видим в представлениях об этой роли у их матерей. Далее, были последовательно изучены первичные ассоциации, приводимые на роль матери, с выведением заключительной ассоциации. Для матерей ВИЧ-инфицированных женщин роль матери связывалась в основном с радостью и счастьем, скорее с эмоциональными состояниями (33,3%). У самих ВИЧ-инфицированных женщин итоговая ассоциация в большей степени отражала их потребности и стремления, и касается тех аспектов, над которыми они в большей степени задумываются, о которых больше всего переживают. Это – семья, стремление к идеалу, будущее...

Изучение ассоциаций, связанных с ролью «бабушка» показало, что у ВИЧ-инфицированных женщин эта роль в большей степени вызывает конкретные ассоциации: еда, мудрость (полезный совет), внук/внучка, забота. У матерей ВИЧ-инфицированных женщин, недавно ставших бабушками, эта роль в большей степени связана с эмоциональным отношением, состоянием: любовь, нежность, доброта, наряду с помощью и заботой.

Результаты исследования детско-родительские отношения методикой PARI. У матерей ВИЧ-инфицированных женщин показатели попадают в определение оптимального эмоционального контакта с ребёнком. Отмечаются высокие показатели по шкалам: побуждение словесных проявлений, вербализаций; партнёрские отношения; развитие активности ребёнка; уравнивательные отношения между родителями и ребёнком. Отношение ВИЧ-инфицированных женщин, однако, не набирает необходимых шкал для оптимального контакта с ребёнком. Во многом из-за уже обсуждавшихся качеств властолюбия, стремления руководить и подчинять. Так здесь проявилась шкала «сверх-авторитет» родителей (37%), вместе со шкалой «несамостоятельность матери» (22,2%), и «опасения обидеть» (18,5%).

Результаты исследования указали на значимость семейных ролей для матерей ВИЧ-инфицированных женщин. Абсолютное большинство из них называли внутрисемейные роли как важнейшие (100%). И половина таковыми считают общения с друзьями (50%), то есть социальные контакты в более широком смысле. Для ВИЧ-инфицированных женщин внутрисемейные отношения также являются наиболее важными, в том числе, отмечено стремление руководить другими людьми, главенствовать, занимать лидирующую позицию (33,3%).

Одной из ресурсных возможностей, мы считаем общую согласованность в представлении ВИЧ-инфицированных женщин и их матерей в отношении роли «матери». Однако в отношении роли бабушки, эта согласованность

прорисовывается не столь ярко, очевидно конкретная направленность на потребление предметных благ от бабушки у ВИЧ-инфицированных женщин через еду, советы и т.д., тогда как сами бабушки в большей степени описывают эту роль как состояние любящего и доброго отношения.

Также в результате исследования были определены проблемные области в принятии материнства для ВИЧ-инфицированных женщин. Сложности связаны с непринятием роли «хозяйка», «домохозяйка», с завышенной ценностью роли «жена», с выраженным желанием контролировать, руководить и управлять окружающими людьми. В области взаимоотношений с ребёнком проблемными оказались аспекты ощущения своей несамостоятельности, некомпетентности в уходе за детьми и воспитании их. А также страх обидеть ребёнка, неспособность создать безопасное пространство.

Описанные ресурсные и проблемные области важно учитывать в психологическом консультировании и психотерапии ВИЧ-инфицированных матерей, имеющих детей до трёх лет.

Список литературы:

1. Жданова Т.Н., Добряков И.В. Особенности психологического компонента гестационной доминанты наркозависимых беременных женщин / Перинатальная психология и медицина. Сборник материалов конференции по перинатальной психологии, СПб 3-5 октября 2003г. – СПб.: Издательство Знаменитые Университеты, 2003. – с. 65-67
2. Куликов Л.В. Руководство к методикам диагностики личностных свойств. СПб: СПбГУ, 2003. - с 12-19
3. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцева Е.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №34. М., 2010
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – с. 16-19

АВТОРИТЕТ РОДИТЕЛЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Конищева Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Родительство представляет собой эмоционально и оценочно окрашенную совокупность знаний, представлений и убеждений относительно себя как родителя, реализующуюся во всех проявлениях поведенческой составляющей. Развитая форма родительства характеризуется устойчивостью и стабильностью и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве и в согласованности их действий (реализация принципа единства требований и действий в воспитании). По мнению Овчаровой Р.В., на стадии развитой формы родительство включает в себя родительские ценности, установки и ожидания, родительское отношение, родительские чувства, родительские позиции, родительскую ответственность, стиль семейного воспитания[2]. Родительская ответственность предполагает ответственность перед социумом и своей совестью за результат воспитания своих детей. В современных условиях родители воспитывают детей, не будучи уверенными в том, в каких социальных условиях будут жить и взаимодействовать их дети через 15–20 лет. В связи с этим в современных условиях как нельзя остро просматривается необходимость формирования личности на проверенных временем ценностных установках. Нестерова Е.А. рассматривает эффективное родительство как систему взаимоотношений между родителями и ребенком, способствующую развитию личности и эмоциональному обогащению обоих. В подсистеме «отношений родителя» одним из критериев эффективности родительства выступает стиль семейного воспитания[1]. С нашей точки зрения одной из ключевых составляющих стиля семейного воспитания выступает авторитет родителей.

Авторитет родителей характеризуется высокой значимостью личных качеств и жизненного опыта родителей в глазах детей и основанной на этом силе родительского влияния на поступки и поведение посредством признания их справедливости и целесообразности[3]. Смысл авторитета не противоречит современным тенденциям гуманизации процесса воспитания т.к. в основе родительского авторитета лежит зрелость личности родителей, а не как не авторитарность. Истинный авторитет основывается не на ситуативных реакциях, а на интериоризированной системе ценностей.

В сегодняшних социальных условиях очевидно, что традиционный для российского общества авторитет отцовства снижается, деформируется или даже теряется. Нами была поставлена задача: определить отношение современных молодых людей к значимости авторитета родителей в воспитании детей. В выборку вошли молодые люди в возрасте от 20 до 25 лет, не состоявшие в браке и не имеющие детей (50 женщин, 50 мужчин). В ходе опроса получены следующие результаты. Авторитет родителей как необходимое условие воспитания современных детей обозначают 90,0% респондентов. 10,0% опрошенных считают, что авторитет родителей в воспитании современных детей является сдерживающим механизмом в формировании ребенка. Авторитет отца как наиболее значимый в воспитании отметили 55,0% женщин

и 40,0% мужчин. Соответственно авторитет мамы как наиболее значимый для воспитания детей отметили 45,0% женщин и 60,0% мужчин. В ходе опроса также установлено, что респонденты считают, что современные социальные условия не способствуют поддержанию авторитета родителей в глазах детей (65,0% женщин и 70,0% мужчин). 84,0% мужчин отмечают, что большим авторитетом в семье и соответственно в воспитании детей должен обладать папа и лишь 16,0%, что большим авторитетом должна обладать мама. Среди респондентов - женщин мнения распределились следующим образом. 94,5% считают, что авторитетом должен обладать папа и 5,5% - мама.

Таким образом, потенциальные современные родители признают авторитет как условие в воспитании детей, отмечают отцов как носителей авторитета. Однако, утверждают, что современная социальная обстановка не способствует поддержанию родительского авторитета.

Литература

1. Нестерова Е.А. Формирование эффективного родительства через развитие личностной зрелости родителей младших школьников. – Автореферат дис. ...к. психол. н. – Казань, 2005.
2. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.
3. Педагогика: Большая современная энциклопедия / Сост. Е.С. Рапацевич. – Мн.: «Современное слово», 2005.

СПЕЦИФИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СТУДЕНЧЕСКИХ ПАР БЕЗ ДЕТЕЙ СО СТАЖЕМ СОВМЕСТНОГО ПРОЖИВАНИЯ БОЛЕЕ ДВУХ ЛЕТ, ВОСПИТАННЫХ ПО ЗАПАДНЫМ И ВОСТОЧНЫМ ТРАДИЦИЯМ

Кузнецова Э.А.

Институт экономики, управления и права, г.Казань, Россия

В социологических изданиях последних лет приводятся весомые аргументы о наступательной депопуляции населения России [4]. Так, с 2010 года ожидается сокращение численности населения до 1 миллиона человек (естественная убыль), а к 2025 году вдвое больше. Данные настораживают и заставляют глубоко задуматься о естественном пополнении общества. Без воспроизводства человеческих поколений невозможна мощь любого государства.

В ряде регионов демографическую проблему пытаются решить. Согласно социологическим данным исследовательского центра семьи и демографии Академии наук РТ демографическая ситуация в республике постепенно налаживается: отчасти это происходит по причине увеличения рождаемости, отчасти за счёт привлечения мигрантов. Так по данным Управления ЗАГС РТ г. Казани зарегистрировано на 9% актов о рождении больше, чем в прошлом году (это составило 16 тысяч новорожденных). Возможно, эти показатели могли бы быть иными, если бы удалось психологически корректно решить проблему пар, которые при совместном проживании не решаются официально оформить брак и пополнить семью детьми.

Усиление миграционных потоков внутри России и за её ближневосточными пределами способствуют созданию семей нового типа, поэтому возникает необходимость изучения особенностей межкультурных отношений между мужчиной и женщиной. Состояние семьи в контексте решения краткосрочных и долгосрочных проблем исследовали отечественные учёные [1,2,3]. Данное исследование в частности выявляет специфику взаимоотношений в студенческих парах, проживающих неофициально совместно более двух лет, а также влияние традиций воспитавшей среды на становление отношений в паре.

Традиционные представления о семье подрываются нерегулируемыми бытовыми суждениями о гражданском браке и совместном проживании без регистрации связи. Среди молодёжи формируется тенденция создания добрачных отношений «свободные от детей» (чайлдфри – добровольная бездетность- ChildFree), когда пара решает жить вдвоём и сознательно отказывается от увеличения численности семьи. Возможные причины добровольной бездетности – уход от трудностей, желание себя обезопасить, любовь к комфорту. Также обращают на себя внимание отношения совместно проживающих пар, воспитанных по западным или восточным традициям. В сложившихся условиях важно выявление внутренних причин отказа юношей и девушек от продолжения рода.

Нами проведено два исследования: первое - анкетный опрос 146 студентов г.Казани (возраст 17-22 года) и второе – качественное исследование

молодых пар в количестве 40 человек, проживающих совместно более двух лет, но не вступивших в официальный брак (2010).

Целями первого (социологического) исследования явилось выявление общих тенденций мотивации создания добрачных отношений студенчества в отношении к мигрантам. В социологической выборке присутствуют: 1 - люди (крайне интолерантный тип), кому безразлично наличие в обществе мигрантов и их не рассматривают в качестве будущих членов семьи (32%); 2 – люди (умеренно интолерантный тип), которые в целом положительно принимают мигрантов в обществе, но это вызывает неприятие при мысли о создании совместных браков (38%); 3 – люди (умеренно толерантный тип), которые положительно принимают мигрантов без отторжения и при этом персонифицировано принимают мысль о создании брака с отдельными представителями иноэтнических мигрантов (22%); 4 – люди (толерантный тип) с лояльным принятием мигрантов как в общество, так и в семью (8%).

В исследовании выявлены различия в представлениях юношей и девушек относительно присутствия мигрантов в социуме. Разберём детально по группам психологические предпосылки отношений.

Первая группа – крайне интолерантные люди. Здесь юноши настаивают на сохранении позиции лидеров относительно мигрантов: приоритет в получении более высокого социального статуса; субъективное приуменьшение интеллектуальных и физических качеств мигрантов в негласной борьбе за выгоду извлечения прибыли в труде; а также предпочитают приоритет в выборе второй половины. Выбор девушкой мигранта расценивается ими как неуважение к местным юношам, что обесценивает в глазах юноши и саму девушку. А девушки, крайне негативно настроенные на мигрантов юношей отмечают брезгливость к их внешности (отсутствие аккуратности, грубость и простота в общении, неумение учитывать традиции местного населения).

Вторая группа – умеренно интолерантные люди. Здесь и юноши, и девушки в целом способны общаться с мигрантами, но дистанцируются от контактов с ними, когда речь заходит о создании семьи и более близких отношений. Отпугивают иноэтнические традиции, внешний вид (видимые для окружающих признаки - цвет кожи и пр.). Юноши проявляют большую нетерпимость в случае выбора местной девушкой мигранта для создания семьи, чем девушки. Девушки данной группы в целом изолируются от мигрантов, но персонифицировано для разнообразия опыта могут пойти на контакт. Имеющийся опыт данной группы по данным опроса показывает, что итогом общения местных девушек с иноэтническими мигрантами является несовпадение и отдаление совместных интересов, неуважение к местным женщинам по этническим признакам, мировоззренческие расхождения, религиозные мотивы. Всё это в последующем может привести к оттоку представительниц умеренной интолерантной группы в крайне интолерантную.

Третья группа – умеренно толерантные люди. Здесь юноши вступают в общение для получения нового опыта (чаще профессионального), при этом в случае предпочтения местной девушкой мигранта рассматривает его как более интересного и привлекательного конкурента (внешность, личностное обаяние,

развитая речь, сексуальная привлекательность). Девушки данной группы при общем принятии мигрантов в обществе подвержены стереотипным представлениям о них и это заставляет девушек утончено-избирательно подходить к вопросам создания брака с ними.

Четвёртая группа – толерантные люди. И девушки, и юноши без предвзятостей гармонично принимают мигрантов в близкий социальный круг, создавая общение без границ и условностей. Привлекательны профессиональные, личностные и мировоззренческие взгляды мигрантов. Предпочтения мигрантов в качестве второй половины приветствуются и принимаются естественно.

Динамизм течения жизни заставляет молодёжь приспосабливаться к новым условиям, отбрасывая традиции своих родителей и создавая собственные правила жизни. Одно из них – это воспитательная среда Востока и Запада, которые мы будем сравнивать. Они существенно отличаются друг от друга. Практичность Запада противостоит духовности Востока. Пары, созданные слиянием восточного и западного воспитания в результате миграционных процессов, приобретают новые очертания, которые необходимо исследовать и вносить изменения. Практически ориентированный интерес представляют межкультурные отношения юношей и девушек разных воспитательных сред.

Для определения особенностей добрых взаимоотношений юношей и девушек, воспитанных в восточных и западных традициях нами проведено дополнительное исследование. В нём приняло участие 40 человек (по 10 пар традиционного восточного и западного воспитания) в возрасте от 17 до 22 лет. К восточным мы отнесли пары, созданные из представителей башкирской, таджикской, татарской, узбекской национальности, а также Индии и Казахстана; к западным – русские, украинцы, белорусы.

При проведении эмпирического исследования использовались: методика диагностики межличностных отношений Т.Лири (выявление типов межличностных отношений); опросник распределения ролей в семье Ю.Е.Алешинной, Л.Я.Гозмана, Е.М.Дубовской (оценка ролевых позиций мужчины и женщины, рассогласование позиций); опросник реакции супругов на конфликт А.С.Кочаряна (выявление явных и неявных конфликтов, неконструктивные установки на брак, депрессию, агрессию, соматизацию тревоги, фиксацию на психотравме, контрольную шкалу.); опросник структурных Эго-состояний В.Е. Гусаковского (детерминация поведения по шкалам родитель, взрослый, ребёнок).

При обработке полученных результатов использовался t-критерий Стьюдента. Количественный и качественный анализ результатов средних значений показателей методик и их взаимосвязей выявил значимые различия в особенностях взаимоотношений юношей и девушек.

Столетиями человечество массово создавало стереотипы образа мужчины и женщины, передавая их последующему поколению. Образы эти отличны как по природе рождения (половые стереотипы), так и по принадлежности к определённой социальной среде (гендерные стереотипы). Стереотип

изначально подразумевает ограниченность и устарелость представлений человека об объектах действительности. С одной стороны узость представлений положительна для человека, поскольку значительно экономит его силы и облегчает любое взаимодействие в социуме, каждый член которого условно типизирован. Однако в динамичных условиях смены социальной обстановки или объекта интереса от человека требуется творческое переосмысление окружающей действительности, тогда застывший стереотип способен притормаживать его развитие. Причинами возникновения стереотипов могут быть сама воспитательная среда с жесткими нормами функционального разделения мужских и женских ролей, отсутствие или недостаток знаний в сфере межличностных отношений, собственно неразвитость личности и другие. Благодаря когнитивному компоненту социальной установки, воспитанной в конкретной культуре, у отдельно взятого человека созревает собственный стереотип образа мужчины и женщины. Стереотип может служить человеку лишь общим ориентиром, при этом в его субъективной картине мира возможны разные варианты выборов.

В ходе исследования получены следующие результаты. Исследование в парах, воспитанных в восточных и западных традициях, показало наличие сходств по выполнению следующих ролей: приоритет матери в воспитании детей независимо от пола ребёнка и выполнении роли «психотерапевта» с активным решением возникающих проблем, роль добытчика – мужчина, роль организации развлечений поровну выполняют оба родителя, также как и роль носителя культуры.

Достоверные различия между парами выявлены нами в ролях хозяина и хозяйки ($t=2,51$; $p \leq 0,05$). Так, приверженцы западной культуры делят эти роли поровну, а приверженцы восточной культуры предпочитают власть женщины по хозяйству в доме. Женщина полновластно содержит дом и присматривает за разумным ведением хозяйства (покупка продуктов, одежда, уют в доме). Также достоверные различия между парами выявлены нами в ролях сексуальной направленности ($t=2,51$; $p \leq 0,05$). В парах с западным воспитанием роль выполняется обоюдно по согласию партнёров, а в парах с восточным воспитанием инициатором роли является только мужчина.

В случаях возникновения конфликтов независимо от культурной принадлежности совместно проживающих людей выявляются схожие показатели: депрессии ($x_{cp}=35,2$ и $x_{cp}=34,8$) и агрессии ($x_{cp}=36,7$ и $x_{cp}=35,8$), то есть в целом состояние среднее с тенденцией к низкому; низкие показатели соматизации тревоги в конфликте ($x_{cp}=24,6$ и $x_{cp}=25,2$). Показатели неконструктивных установок на брак в парах с восточным воспитанием существенно отличаются от западных ($x_{cp}=28,6$ против $x_{cp}=72,6$) ($t=2,20$; $p \leq 0,05$). То есть самостоятельность партнёров (западное воспитание) мешает им слышать друг друга, и они быстрее могут решиться на разрыв отношений. Пары с восточным воспитанием по показателю проективных механизмов указывают, что в этих парах действует психологическая защита сброса психотравмирующей информации и поддержание доброжелательных

отношений ($t=2,2$; $p\leq 0,05$) за счёт «реинтерпретативной активности», то есть принятия искажённой и удобной картины мира (показатель дефензивных механизмов психологической защиты) ($t=2,6$; $p\leq 0,05$). Однако, когда их выстроенная психологическая защита по каким-либо причинам прорывается, происходит длительная фиксация и застревание на психотравме.

Стратегическое поведение в конфликтной ситуации достоверно отличается ($t=2,31$; $p\leq 0,05$). В парах с западным воспитанием присутствует нетерпимость к критике, жёсткость к партнёру, крайность проявления эмоций и властность. Итогом конфликта становится отдаление партнёром друг от друга. В противовес им при восточном воспитании наблюдаются умение гармонично давать совет без назидания, организовать процесс без потери душевных сил, лояльность и принятие слабости партнёра. Итог начинающегося конфликта – его угасание и примирение, поиск точек соприкосновения.

Опросник структурных Эго-состояний В.Е.Гусаковского позволяет детерминировать поведение юношей и девушек следующим образом. В структурных Эго-состояниях юношей восточного воспитания устойчиво равномерно на среднем уровне распределены позиции родителя, взрослого и ребёнка. Это указывает на их покладистость и ведомость. У юношей западного воспитания поровну на среднем уровне находятся Эго-состояния родителя и ребёнка, а позиция взрослого – низкий уровень. То есть юноши склонны к перепадам состояний в зависимости от ситуации (сверхконтролю или детскости), при этом сохраняя общую безответственность в жизненных стратегиях. У девушек как восточного, так и западного воспитания преобладает позиция родителя (высокие баллы), затем взрослого и ребёнка (соответственно средние и низкие баллы). Это свидетельствует о тенденции взятия значительной части ответственности в паре за происходящие события на себя, преобладании слова «надо», высоких моральных ценностей, серьёзности и отодвигании удовольствий на второй план.

Резюмируя, отметим:

Во-первых, по отношению к мигрантам существует 4 группы с разным к ним отношением. 70% опрошенных категорически против создания с ними семьи, 22%-выборочно согласны иметь общую семью и 8% согласны иметь общих детей.

Во-вторых, отсутствие интереса к мигрантам обусловлено неприятием их внешнего вида, предубеждённого мнения о низком уровне общего развития. При этом лишь 32% опрошенных респондентов когда-либо вступала в непосредственный контакт с мигрантами, в остальных случаях поводом для неприятия служат стереотипные представления.

В-третьих, в восточной и западной культуре выявлены сходства в распределении функций. Традиционно женщина – хранительница очага и психотерапевт для всех членов семьи, а мужчина – добытчик. У девушек как восточного, так и западного воспитания выражена тенденция взятия значительной части ответственности в паре за происходящие события на себя и отодвигании удовольствий на второй план.

В-четвёртых, в восточной и западной культуре выявлены значимые различия. Исполнение роли хозяйки у девушек с восточным воспитанием целиком ложиться на её плечи, в то время как девушки с западным воспитанием делят ответственность поровну. Инициатором сексуальных отношений в паре с восточным воспитанием является юноша, а в парах с западным воспитанием – оба. В случаях конфликта пары с восточным воспитанием выбирают стратегии сближения и примирения, с западным – на первый план выступает эгоцентризм на собственных переживаниях и желание самоутвердиться, что разрывает отношения и обостряет противоречия. Юноши восточного воспитания в основной массе покладисты и ведомы в паре, а юноши западного воспитания склонны к ситуационным перепадам состояний, при этом сохраняют общую безответственность в выборе жизненных стратегий.

Список использованной литературы

1. Аккерман Н. Семья как социальная и эмоциональная единица СПб.: Питер, 2005. – 184с;

2. Антонов А.И. Возродить семейную жизнь// Социологические исследования. – 2006. - №10 - С. 96-100.

3. Карцева Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества // Социологические исследования. - 2006. - № 7. - С. 92-100.

4. Стратегия демографического развития России // Под редакцией В. Н. Кузнецова и Л. Л. Рыбаковского. М., 2005. С. 55.

ПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кулешова К.В.

**Первый Московский государственный медицинский университет им.
И.М.Сеченова**

Аборт представляет собой прекращение беременности до достижения срока вынашивания плода. Различают два типа абортов: (1) самопроизвольный, (2) искусственный (является результатом прямого искусственного вмешательства).

По причинам происхождения беременность разделяют на случайную и запланированную. Последняя делится на две группы: беременность, запланированную обоими партнерами, и беременность, планируемую одной женщиной. Под случайной подразумевается беременность, которая является нежеланной или неожиданной для супругов.

1. Отношение общества к аборту в историческом аспекте.

Аборт зародился в глубокой древности, имеет свою историю, а также множество аспектов рассмотрения (медицинский, психологический, философский, этический, религиозный, юридический, др.). Испокон веков искусственное прерывание беременности было вне закона. XX век легализовал аборты, возвел их в когорту методик планирования семьи. Аборт остается и сегодня одним из распространенных методов регулирования рождаемости.

Отношение в обществе к аборту зависит от ответа на вопрос о критерии начала жизни (Щепанская Т.Б., 1994). Рассмотрим, как давался ответ на этот вопрос в историческом аспекте. На Востоке объективной точкой отсчета было зачатие, в античной Европе – рождение. Потом пошли по эмпирическому пути и остановились на шевелении плода. Представители католической церкви через несколько столетий решили, что для мужчин это 40-й день после зачатия, для женщин – 80-й. После становления физиологии как науки человеческий статус стали увязывать с началом функционирования жизненно необходимых органов, систем. Наибольшую популярность сегодня имеют два подхода – генетический (в момент оплодотворения яйцеклетка приобретает полный набор хромосом будущего человека и его последующее развитие фактически предрешено) и клеточный (человек рождается в мир на 2-й неделе после зачатия, когда слившиеся родительские половые клетки окончательно теряют индивидуальность, образуя эмбрион, оригинальный организм). В 1966 г. П.Г.Светловым убедительно показано, что период имплантации (5-6 дней после зачатия) и период развития плаценты (4-6 неделя беременности) являются критическими периодами онтогенеза (20-24 недели беременности также являются критическими, т.к. идет бурное становление многих систем организма).

В 1993 г. по рекомендации ВОЗ акушерская служба снизила верхнюю границу срока прерывания беременности до 22 недель; во многих странах законодательство разрешает аборты только в первом триместре беременности.

Политика по отношению к аборту в разных странах варьируется. Мотивы сохранения беременности каждой конкретной женщины зависят от ее

личностных установок и социальных нормативов общества, определяемых культурно-историческим временем, в котором она живет (Щепанская Т.Б., 1994; Козловская Л., 2003).

2. Отношение женщины к аборту.

Чем выше у беременной женщины социальный и интеллектуальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем труднее ей оставить беременность, решиться стать матерью (Боровикова Н.В., 2005). Амбивалентный комплекс, как отмечалось выше, зарождается уже на самом раннем этапе, когда женщина вынуждена решать вопрос о том, сохранять или прерывать беременность.

Процесс осознания своей беременности может включать различные формы игнорирования признаков беременности как варианта интрапсихической защиты. Причины и конкретные проявления этого феномена всегда индивидуальны (Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С., 1998).

Окончательное решение сохранить беременность или искусственно ее прервать не является с психологической точки зрения моментальной производной текущей ситуации. Решение имеет стадии формирования и несет качественную направленность в жизненном плане личности в зависимости от наличия существующих нравственных приоритетов в ядре ценностных ориентаций, складывающейся иерархии мотивов и структуры взаимосвязанных целей (Ефимова И.В., 2003).

Большинство женщин, перенесших аборт, не испытывают негативных психологических реакций на аборт (Adler et al., 1992; Major & Gramzow, 1999). Бренда Мейджор (1985) выяснила, что установки женщин до аборта хорошо предсказывают их реакцию на него. Женщины, благосклонно относящиеся к аборту, сохраняли после аборта о себе благоприятное мнение и испытывали чувство облегчения. Еще один фактор, обуславливающий позитивное переживание после аборта – социальная поддержка друзей, партнера, семьи и/или других социальных групп (Lodi, McGettigan & Bucy, 1984). Безоценочное консультирование врача в женской консультации помогает женщинам, принявшим решение, сделать аборт.

Некоторые исследования показывают, что женщины испытывают и негативные реакции на аборт, у них возникают депрессивное настроение, тревога и чувство вины (Козловская А., 2003). Женщин обычно пугают последствия аборта (особенно при первой беременности).

Иногда женщина делает аборт при нежеланной беременности, чтобы не причинять боль, например, родителям («Я бы не смогла им сказать об этом»).

Если в обществе аборт не приветствуется и имеются санкции против женщины, сделавшего его, то женщины боятся, что «их поймают», а не самого аборта (Ungruh, 1990). Женщины, переживавшие, что аборт поставил на них позорное клеймо, гораздо чаще скрывали этот факт от других.

Неудачи при попытках прервать нежеланную беременность усугубляют негативное состояние женщины (Верни Т., 2005).

Женщины хотят контролировать рождаемость. Легализация абортов оказала существенное влияние на состояние здоровья женщин, так как количество смертей от легального аборта значительно сократилось.

3. Аборты в России.

В СССР срок прерывания беременности не должен был превышать 28 недель от зачатия, когда плод еще считается нежизнеспособным. Искусственный аборт («операция искусственного прерывания») в современной России после 12 недель обычно уже не делают.

До 22 недель (при весе плода не более 500 грамм) беременность прерывать можно, если (а) муж инвалид 1-й либо 2-й группы, (б) муж умер в период беременности жены, (в) будущие родители – пребывают в местах лишения свободы, не имеют средств существования, лишены родительских прав, (г) мать – не замужем, в состоянии развода, беженка, изнасилована, многодетна, не имеет жилья и т.д. При этом женщина должна написать заявление в медицинское учреждение, потом его рассматривает комиссия.

Иногда беременность представляет собой угрозу для организма женщины в биологическом, физиологическом и психологическом плане; тогда аборт необходим по медицинским показаниям. При наличии медицинских показаний (нежизнеспособный плод, угроза для жизни матери и т.д.) беременность прерывается на любом сроке.

В современной России одно из самых либеральных законодательств об аборте; созданы все предпосылки для полной ликвидации криминальных абортов.

В течение многих десятилетий Россия является одним из лидеров по числу производимых медицинских абортов. До сих пор аборт у нас в стране остается основным методом регуляции рождаемости, хотя реализация Федеральной программы планирования семьи в 1993-1995 гг. позволила определенным образом повлиять на ситуацию с абортами как в целом по стране, так и в отдельных регионах. Однако страна стойко продолжает занимать одно из первых мест по числу абортов. Появилась тенденция к «омоложению аборта».

В исследовании по изучению социально-психологических аспектов аборта в России, проведенном Российской ассоциацией «Планирование семьи», были изучены вопросы контрацептивного поведения 1428 женщин, проживающих на территориях, типичных для Европейской части России (города Тула, Рязань, Самара, Ульяновск, а также Московская область). При сборе научной информации использовался анкетный метод; анкеты заполняли сами женщины анонимно. Отбор респондентов имел случайный характер, что позволило получить достоверную информацию по интересующим вопросам.

Из числа опрошенных женщин 90% имели повторные аборты (два и более), в том числе 22% делали пять и более. Среди женщин старше 30 лет 5 и более абортов имела каждая третья. У 3% женщин в анамнезе было 10 и более абортов.

Чтобы быть беременной, женщине не только надо забеременеть и иметь достаточные ресурсы организма, а также доступную медицинскую помощь,

чтобы эту беременность выносить, но и принять осознанное решение о ее сохранении.

По причинам происхождения беременность разделяют на случайную и запланированную. Последняя делится на две группы: беременность, запланированную обоими партнерами, и беременность, планируемую одной женщиной. Под случайной подразумевается беременность, которая является нежеланной или неожиданной для супругов.

4. Система «беременная – пренейт».

Пренатальное развитие происходит дискретно и по определенным законам. Научно доказано, что сердце пренейта начинает биться спустя 14-21 день после зачатия, а после 43-х дней можно определить извилины мозга. В критические периоды пренатального онтогенеза пренейт особенно восприимчив к воздействию патогенных факторов (Батуев А.С., Соколова Л.В., 1994). Так в период с 4-й по 6-ю неделю беременности устанавливаются симбиотические отношения женщины и пренейта, согласуются зрелая физиология организма женщины и находящаяся в периоде развития и становления физиология пренейта (Анохин П.К., 1975).

В этот период осознание факта беременности у любой женщины становится доминирующей идеей, вызывает волнение, в случае нежелательности беременности вызывает отрицательные или амбивалентные эмоции. Именно в этот период, такой значимый для становления системы «женщина-пренейт», решается вопрос об аборте.

Впрочем, формирование отношения к возможному ребенку начинается еще до его зачатия, имеет истоки в личностных особенностях родителей, их взаимоотношениях, социально-психологическом статусе семьи в целом, в их ценностных ориентациях, убеждениях, опыте, пр. Разрешение проблемы сохранения беременности находится, прежде всего, в личности будущей матери в системе ее отношений с внешним миром.

5. Эмпирическое исследование.

Наряду с понятием «медицинский аборт» мы рассмотрели возможность ввести понятие предваряющего его «психического (духовного) аборта».

Целью нашего эмпирического исследования стало выявление мнения женщин, перенесших аборт, в отношении тех причин, по которым, как они сами считают, они приняли решение о прерывании своей беременности.

База проведения и контингент опрошенных. База проведения исследования - клиника акушерства и гинекологии ММА им. И.М.Сеченова.

Всего было опрошено 100 женщин в возрасте от 18 до 40 лет и их мужья (партнеры). Отбор респонденток носил случайный характер. Были также опрошены 10 медицинских работников (7 врачей и 3 дипломированные медсестры с высшим образованием).

Методы исследования. Использовались: (а) анкета из 30 вопросов для анонимного опроса женщин, перенесших аборт. Анкета разработана в филиале поликлиники № 97 (женская консультация) г. Москвы; (б) методика первичного интервью Н.Пезешкиана, (в) наблюдение на рабочем месте.

Полученные результаты:

1. Табу, которое было наложено обществом на проблемы интимной жизни, привело к тому, что психологически для женщин трудно обсуждать с кем бы то ни было деликатные вопросы, связанные с контрацепцией, абортом, нежеланной беременностью, пр.

25% опрошенных нами женщин (опрошено 100 женщин) не обсуждали вопросы контрацепции ни с кем. Лишь только каждая четвертая женщина беседовала о контрацепции с врачом. Менее половины (42%) обсуждали эти вопросы с мужем или сексуальным партнером, причем среди замужних эта доля была выше (48%), чем среди одиноких, разведенных и вдов, которые решались говорить на эти темы со своими партнерами крайне редко (12-23%).

2. Опрос, проведенный после аборта, показал, что основной причиной принятия решения об аборте 50% женщин до 30 лет назвали отсутствие постоянного партнера, отсутствие денежных средств на воспитание ребенка и материальная зависимость от родителей (30%), отсутствие постоянного места работы (8%) и необеспеченность жилой площадью (12%).

В группе женщин от 30 до 40 лет причины аборта (по мнению этих женщин): отсутствие денежных средств на воспитание ребенка (40%), необеспеченность жилой площадью 40%), опасение по поводу возможного рождения больного ребенка и трудностей его воспитания (4%), нежелание прерывать профессиональную карьеру (6% опрошенных женщин).

В группе женщин до 30 лет 40% опрошенных считали, что аборт для них является вынужденной мерой; они отнеслись к ситуации искусственного прерывания их беременности без особых эмоций; 30% испытали после аборта моральное и физическое облегчение, 6% — пережили чувство вины перед неродившимся ребенком, 4% — испытали (с их слов) отчаяние и депрессию.

В возрастной группе 30-42 года эмоциональная оценка аборта была такой: 20% женщин считали его методом регулирования рождаемости, не испытали в связи с проведенной процедурой особых эмоций; пережили эмоцию вины 20% опрошенных, столько же были в отчаянии оттого, что были вынуждены прерывать беременность в силу объективных, с их точки зрения, причин; 40% испытали облегчение после прерывания беременности. Большинство женщин в этой группе считают аборт операцией, вредной для здоровья, и наносящей не только физическую, но и психическую травму.

3. Мужья и партнеры женщин из обеих возрастных групп приблизительно одинаково отнеслись к операции медицинского аборта: около половины считали аборт проблемой самой женщины, около трети не знали об аборте, десятая часть — были против аборта, столько же по разным мотивам настаивали на операции. Приведенные данные свидетельствуют о том, что значительная часть мужчин заняла откровенно пассивную позицию, перекладывая принятие тяжелого решения о прерывании беременности на женщину.

4. Возможность сохранения беременности обсуждалась врачом только с 18,4% женщин, главным образом, первобеременных.

5. В результате проведения структурированного интервью (интервью проводилось до аборта) по методике Н.Пезешкиана, а также в результате

наблюдения за женщинами нами выявлено, что женщины, почувствовавшие физическое и психическое облегчение после аборта, и те, кто нейтрально отнесся к этой процедуре, если так можно выразиться, физически забеременев, не впустили зачатого ребенка в свою психическую жизнь. В их ответах, в беседах с другими женщинами до проведения медицинского аборта образ ребенка, внимание к зародившейся жизни совсем не присутствовали. В центре переживаний такой беременной была исключительно она сама.

6. На вопрос: «Что нужно сделать для уменьшения числа аборт?» женщины ответили единодушно: больше информировать население о методах контрацепции, создавать больше кабинетов планирования семьи, увеличить ассортимент контрацептивов в аптеках и сделать доступными на них цены. Опрошенные медицинские работники дали аналогичный ответ на этот вопрос. Кроме того, они считают, что надо заставить женщин почувствовать вину и стыд за аборт. При этом они добавляют, что в мире, где женщины очень часто бывают бессильны перед обстоятельствами, доступность аборта играет важную роль для их здоровья.

Выводы:

- По результатам анализа релевантной научной литературы, в условиях низкой популярности среди современных женщин роли «мать», тяжелого экономического положения основной части населения, низкой информированности женщин по вопросам планирования семьи и контрацепции остается реальностью значительное число нежелательных беременностей, значительная часть которых прерывается аборт.

- По результатам проведенного эмпирического исследования, еще до проведения медицинского аборта беременная женщина, решившая ее прервать, уже «психически абортировала» зачатого ребенка, не впустив его в свой внутренний мир, не позволив сформировать к нему эмоционального отношения как отдельному субъекту жизни.

- По мнению опрошенных женщин, медицинских работников сократить число аборт можно, главным образом, за счет надежной контрацепции.

Нам представляется перспективней другая стратегия работы с женщинами, их семьями с целью сокращения числа аборт – стратегия культивирования предвкушения радости от состояния беременности, материнства; способствование тому, чтобы состояние беременности не только стало модным, но и вернулось в субъективную систему ценностей современной женщины.

Психопрофилактику аборт, на наш взгляд, нужно начинать задолго до беременности и ориентировать на систему отношений, ценностных ориентации женщины. Значительным средством психопрофилактики здесь может быть психологическая подготовка к беременности и пренатальное воспитание. В этой работе не обойтись без применения научно обоснованных, выверенных практикой, индивидуальных подходов работы с каждой конкретной женщиной, которая, возможно, станет матерью, не прервет свою беременность. Предварительный опыт такой работы, полученный нами в контексте применения процессуальной психотерапии, обнадеживает, стимулирует ее продолжение в контексте комплексных программ с женщинами, их семьями,

нацеленными на поддержание общественного здоровья указанной целевой группы.

Список литературы:

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М.: Наука, 1975.
2. Батуев А.С., Соколова Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя»//Вестник Ленинградского университета. 1994. 2 (№10).
3. Боровикова Н.В. Синдром беременности//Хрестоматия по перинатальной психологии/Сост. А.Н.Васина. М.: УРАО, 2005. С. 6-12.
4. Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С. Изучение состояний сознания на различных этапах репродуктивного периода женщин//Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. М., 1998. С.142-143.
5. Верни Т. Рождение и насилие//Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины/Под ред. проф. Г.И. Брехмана и проф. П.Г.Федор-Фрайберга. СПб, 2005.
6. Ефимова И.В. Некоторые аспекты значения сознательного решения беременной женщины родить ребенка для конструктивного развития и устойчивости личности// Медико-психологические аспекты современной перинатологии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. Ч.1. С.79-81.
7. Козловская Л. Эмоциональное, интердиктивное и оценочное отношение к аборту// Медико-психологические аспекты современной перинатологии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. Ч.1. С. 90-93.
8. Кулешова К.В. Психологические аспекты общественного здоровья. В сб.: Тенденции и перспективы развития системы социально-психологической помощи в регионе. Казань, 2002. С. 112-114.
9. Кулешова К.В. Сохранение здоровья женщин – одна из задач общественного здравоохранения. В сб.: Психология здоровья. М., УРАО, 2003. С. 26-27.
10. Кулешова К.В. Психологическая помощь женщинам в контексте программ поддержания общественного здоровья. Материалы III съезда психологов России, 2003. (Электронная версия).
11. Кулешова К.В. Переживание страха беременными женщинами. В кн.: Медико-психологические аспекты современной перинатологии. М., Издательство Института психотерапии, 2003. С. 73- 75.
12. Кулешова К.В. Гендерный подход в работе клинического психолога. Психотерапия женщин. Программа учебной дисциплины для психологического факультета университетов. М., УРАО, 2004, 10 с.
13. Кулешова К.В. Переживание гнева беременными женщинами. В сб.: Психология здоровья: психологическое благополучие личности. Материалы межвузовской научно-практической конференции 24 – 25 мая 2005. М., УРАО, 2005. С. 105 – 114.

14. Кулешова К.В. Счастье стать матерью. В сб.: Материалы секции «Духовно-нравственное здоровье нации» Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». М., МГУ, 2005. С. 39 – 42.
15. Кулешова К.В. Переживание стыда, вины, обиды беременными женщинами//Материалы Всемирного конгресса: «Внутриутробный ребенок и общество, роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии». Москва, 20-24 мая 2007. Т.2. С. 15-18.
16. Кулешова К.В. Эмоциональное состояние беременных//Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества: «Психология – будущему России» 18-21 сентября 2007. Ростов-на-Дону. Т.2. С220-221.
17. Кулешова К.В. Общественное здравоохранение//Клиническая психология. Словарь/Под ред. Н.Д.Твороговой//Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах/Ред.-сост. Л.А.Карпенко. Под общ. ред. А.В.Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2007. С. 23-24.
18. Кулешова К.В. Здоровье общественное//Клиническая психология. Словарь/Под ред. Н.Д.Твороговой//Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах/Ред.-сост. Л.А.Карпенко. Под общ. ред. А.В.Петровского. М.: ПЕР СЭ, 2007. С.166-167.
19. Щепанская Т.Б. Мир и миф материнства//Этнографическое обозрение. 1994. №5. С.15-27.

«ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО МОЗГА» У ШКОЛЬНИКОВ КАК ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФОРМИРОВАНИЯ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Ласков В.Б., Ласкова И.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Будущее страны связано с психологическим и неврологическим здоровьем российской молодежи, ее способностью к обучению и дальнейшему творческому применению полученных знаний и практических навыков. Однако по многим причинам качество здоровья и жизни детей и подростков не позволяет эффективно адаптироваться в социальной среде и осваивать программу обучения (Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения, 2002; Вильчинская Т.П., 2009).

Вегетативная дисфункция нередко усугубляет влияние негативных внешних и внутренних факторов, дестабилизирует психо-эмоциональный и поведенческий статус, усиливает астенизацию и снижает эффективность обучения. Особую значимость проблеме придает психонейроэндокринная перестройка, обусловленная пубертатным периодом (Ласков В.Б., Ласкова И.В., 2010). Психовегетативный синдром у детей и подростков школьного возраста обусловлен психонейроэндокринными перестройками, присущими пубертатному периоду (Заваденко Н.Н. с соавт., 2001). Имея в норме преходящий характер, он приводит растущий организм к адаптации на качественно новом уровне, расширяющем его возможности. Вместе с тем при углублении психологической составляющей синдрома и/или его соматовегетативного компонента качество жизни человека существенно снижается, а возможности адаптации и эффективного обучения сужаются.

Негативное влияние на психические и вегетативные функции оказывают вредные привычки – к табакокурению, употреблению алкоголя и тонизирующих напитков, наркотических средств. Особенно пагубное воздействие эти вредные привычки демонстрируют в отношении растущего организма.

Нервная система играет роль структурно-функциональной основы эмоционально-волевой и логически-смысловой сфер, критического осознания последствий своих действий, своего поведения, обеспечивает память, внимание, восприятие учеником своей социальной роли, творческой деятельности. При этом школа как социальный институт, как система обновляющихся и все возрастающих требований к физическим и, главным образом, высшим психическим функциям, с необходимостью усваивать большие объемы новой информации, строить и поддерживать новые социальные связи, может выступать как мощный фактор дестабилизации и нарушения адаптации нейровегетативных функций. Ряд психологических проблем школьного возраста может иметь под собой резидуальную, конституционально обусловленную мозговую дисфункцию.

Отклоняющееся поведение, чрезмерная конфликтность, приверженность вредным привычкам, избыточность эмоциональных реакций по незначимым поводам базируются нередко на церебрально-органическом фоне и существенно понижают успешность обучения и адаптивные способности ученика (Косенко В.Г. с соавт., 2010).

По данным Р. Хендрен с соавт. (1996), примерно 20% школьников предстоит претерпеть эмоциональное или поведенческое расстройство, а 10% испытают чувство тревоги из-за школьных или соматических проблем. Это – повод для депрессии или иных заболеваний: до 3% школьников страдает от тяжелых депрессий, переносит суицидальные попытки, психозы, имеют навязчивые идеи. Однако программы профилактики указанной патологии не учитывают неврологической дисфункции как вероятной причины их развития.

Следует указать и на провоцирующую роль вредных привычек для психосоматической и неврологической патологии. Поэтому приверженность здоровому образу жизни, обоснованная соответствующими установками, имеет важное профилактическое значение для формирования поколений, здоровых в соматическом и когнитивном отношениях.

Решить проблему профилактики и коррекции психовегетативной дисфункции на основе укрепления здоровья, повышения информированности ученика о последствиях вредных привычек, могла бы, по нашему мнению, концепция неврологического сопровождения школьника на этапах его взросления.

Цель исследования – обоснование концепции неврологического сопровождения школьника для профилактики и коррекции психовегетативных расстройств, воспитания приверженности к здоровому образу жизни.

Объектом исследования послужили 195 учеников третьих, седьмых и десятых классов двух общеобразовательных школ. Для их обследования были разработаны собственные опросники и визуально-аналоговые шкалы для уточнения информированности школьников о вредных привычках и их отношении к ним. Для выявления депрессивных нарушений пользовались шкалой Центра эпидемиологических исследований депрессии - Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) с градацией: 19 - норма; 20-25 - легкая депрессия; 26 и более — тяжелая (Radloff L.S., 1977).

Наличие и глубину психовегетативной дисфункции определяли с помощью «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» лаборатории патологии вегетативной нервной системы ММА им. И.М.Сеченова с формулировками, адаптированными нами для восприятия учащимися третьих классов. Вопросник включал 11 вопросов, ответы на которые оценивали в баллах. В качестве допустимого отклонения от нормы нами была принята верхняя граница доверительного интервала оценочной шкалы выраженности вегетативной дисфункции. Качество жизни определяли с помощью опросника SF-36.

Работа проведена после одобрения Региональным этическим комитетом; информация о наличии депрессивных отклонений, кризовых состояний, волнения перед школой и других негативных моментах у конкретного ученика

до учителей и всех родителей, а также коллектива класса не доводилась, чтобы избежать утечки информации, насмешек и других негативных реакций. Сведения такого рода сообщались в конфиденциальном порядке родителям, и с ними совместно решался вопрос о целесообразности и характере коррекции выявленных отклонений.

Статистическая обработка проводилась в соответствии с общепринятыми критериями; при этом за «норму» принимались показатели в пределах границ доверительного интервала результатов данного классного коллектива.

Результаты. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой распространенности психовегетативной дисфункции и очаговой неврологической микросимптоматики среди учеников, низкой самооценки здоровья(рис.1).

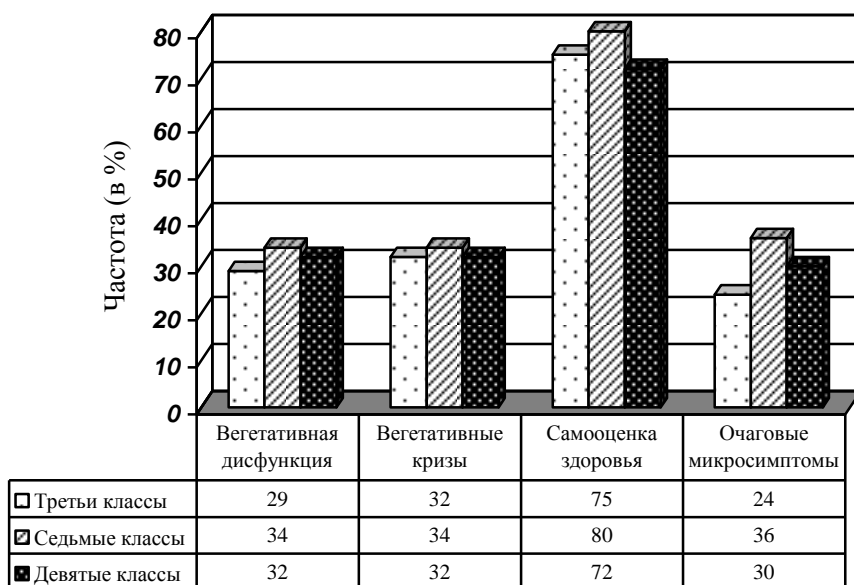


Рис. 1. Сравнительная характеристика частоты нейровегетативных нарушений у учеников трех возрастных групп (в %)

Обследованные нами ученики активных жалоб на самочувствие не предъявляли. Вместе с тем диаграммы рис. 1 свидетельствуют о высокой распространенности психовегетативной дисфункции (ПВД), даже с учетом традиционности этих нарушений в периоде полового созревания. При этом ПВД не имела особой тенденции к урежению с повзрослением. Очевидно, что поверхностный опрос при диспансерном осмотре не позволил бы установить столь высокой частоты ПВД.

Преобладание ПВД у семиклассников может объясняться расцветом пубертата.

Неожиданным результатом заполнения учениками анкет-опросников по выявлению ПВД стали данные о наличии кризовых состояний более чем у трети учащихся всех трех возрастных категорий.

Нами впервые рассчитаны уровни показателя для Вопросника для выявления ПВД при различном возрасте обследованных при уровне

вероятности $p < 0,01$ (Ласкова И.В., Ласков В.Б., 2010). В этих условиях доверительный интервал балльной оценки ПВД для учащихся третьих классов составил $11 \div 23$ балла, то есть ПВД констатировали при показателе ≥ 23 балла. Для учащихся седьмых классов ПВД констатировали при показателе также ≥ 23 ($15 \div 23$); десятых классов - ≥ 25 ($17 \div 25$). Таким образом, степень вегетативной разбалансировки несколько снижается к десятому классу.

Согласно полученным нами данным, частота ПВД возрастала от третьего к седьмому классу и снижалась в десятом классе, составляя соответственно 29%, 41% ($p < 0,05$) и 31% (). При этом выраженная дисфункция зарегистрирована соответственно в 29%, 35 и 25% случаев.

В одной из школ в некоторых классах вегетативные кризы (по типу панических атак, неярко очерченные) отмечали у себя 71% учеников третьего, 94% - седьмого и 69% - десятого классов. Частота обморочных состояний также превалировала в седьмом классе: 47% против 24% в третьем и 31% в десятом классе ($p < 0,05$). Однако обмороки без причины значительно чаще отмечались у десятиклассников (до 25% случаев). Проявления респираторного синдрома чаще всего имели место у семиклассников – в 59% случаев; в третьем и десятом классах – в 48 и 38% случаев ($p < 0,05$). Жалобы на сниженную работоспособность и нарушения сна с взрослением школьников ступенеобразно нарастали, составляя среди третьеклассников соответственно 48 и 43%, семиклассников – 59 и 53% и десятиклассников – 62 и 75% (Ласкова И.В., 2009).

Таким образом, распространенность среди обследованных школьников головной боли, ПВД, в том числе в пароксизмальных формах, и астении следует признать очень высокой.

Большая часть учеников испытывает волнение перед посещением в школу. Это вполне объяснимо и логично, так как волнение мобилизует внимание и другие когнитивные функции, настраивает человека на восприятие информации. Однако нами были выявлены ученики, степень тревоги которых – вероятно, в силу их личностных особенностей, – особенно велика и существенно превышает уровень общей тревожности одноклассников.

Анализ полученных данных позволил нам также установить учеников с выраженным утомлением и снижением настроения после занятий, количественная оценка которых отличалась от норматива для данного класса. Очевидно, что подобные случаи требуют повышенного внимания и со стороны родителей, и со стороны педагогов.

Судя по скрининговой шкале депрессии, в каждом классе имеются ученики, испытывающие достаточно сильные и устойчивые эмоции одиночества, тоскливости, отсутствия понимания со стороны окружающих. В связи с этим дискуссионен вопрос о причинах пессимистичной оценки здоровья учениками. Здесь нельзя сбрасывать со счета и субъективное восприятие с переоценкой своих ощущений с учетом сниженного психоэмоционального фона и даже депрессивной симптоматики у ряда учеников. Вместе с тем сам факт пониженного качества жизни учащихся требует пристального внимания и дальнейшего изучения.

В отношении вредных привычек результаты анонимного опроса показали, что, несмотря на осведомленность учеников о вреде курения, от 18 до 25% считает представления о вредных последствиях курения преувеличенными. Курящих одноклассников (при возможной неискренности ответов) третьеклассники встречали всего в 10% случаев, но семи- и десятиклассники – в 60-70%.

В компании школьников доля курящих товарищей возрастает ступенеобразно от третьего к десятому классам до 75%. Число пробовавших курить существенно возрастает к седьмым классам, а в десятых оно выше 60%. Знаменательно, что доля тех, кому предлагали курить, растет ступенеобразно к десятому классу и достигает 80% от числа респондентов.

Пробовали, по собственному признанию, курить 15% третьеклассников и почти 60% семиклассников и более 70% десятиклассников. Сообщаемые на этот счет сведения самими учениками, судя по всему, занижены, но и они свидетельствуют о том, что регулярно курят от 5% третьеклассников до 27% десятиклассников.

У 39% третьеклассников, 54% семи- и 81% десятиклассников большие объемы курения ассоциируются только с выкуриванием половины пачки сигарет и более (до 1-2 пачек) в день, то есть меньшие объемы курения и связанная с ними опасность приобретения зависимости такими учениками не рассматривается как реальная. Все это открывает дополнительные пути пропаганды здорового образа жизни, основанной на предоставлении учащимся, их родителям и учителям реальных данных о характере действия и последствиях вредных привычек. От 40% третьеклассников до 52% десятиклассников пролагает, что может бросить курить в любой момент.

Отношение к пиву как алкоголю не сформировано у 12% третьеклассников, а у семи- и десятиклассников адекватные сведения об этом есть в 98-100% случаев. Вместе с тем 5% учеников третьих классов и 2% - вторых считают пиво полезным напитком; в десятых классах этот показатель повышается в 2 раза до 10%.

Если пьющих спиртное в третьих классах встречали среди школьников 22% , то в седьмом классе - уже 67%, то есть два человека из трех, а в десятых классах – 86%, то есть четыре из пяти. Реально вероятность встретить выпивающего школьника в десятых классах возрастает в 4 раза по сравнению с начальными классами. Это обстоятельство говорит об отсутствии толерантности у учеников и общества к употреблению спиртных напитков. Очевидно, что создавать установку на здоровый образ жизни следует уже на рубеже третьих классов, подкрепляя ее в дальнейшем.

В пользу этого предложения свидетельствуют и данные об употреблении пива и других спиртных напитков: доля употреблявших пиво в третьих классах составляет 18% и повышается в седьмых и десятых классах до 58 и 82% соответственно. Примерно так же выглядит тенденция употреблять вино и водку, хотя доля «ознакомленных» на 5-13% ниже.

Доля знакомых с энергетическими напитками существенно возрастает к 10-м классам; до 12% учеников 3-х классов полагают, что они не вредны.

Примерно половина учеников не знает, что такое похмелье, однако примерно 10% указывает, что похмелье – обычное состояние для здорового человека. Доля ориентированных в том, что похмельный синдром характерен для алкоголизма, во всех классах составляет от 28 до 39%, то есть в среднем 30% от числа опрошенных.

Вызывает опасение представление 12% третьеклассников, 32 и 32% семи- и десятиклассников о пользе алкоголя в умеренных количествах. Не соответствует реальности мнение 45% третьеклассников, 48% семи- и 61% десятиклассников о том, что всегда можно бросить употреблять спиртное, как только они захотят это сделать. Ученики, нерегулярно употребляющие спиртное, имеют иллюзию, что ситуация ими контролируется.

Важную информацию дали сведения о знакомстве учеников с наркотическими веществами. Так, знают (что-то слышали) о наркотиках 62% третьеклассников, 73% семи- и почти 90% десятиклассников. Вместе с тем от 38% третьеклассников до 61% десятиклассников уверены, что знают о наркотиках вполне достаточно. Уверены, что от наркомании можно вылечиться, 25% учащихся третьих классов; в седьмых и десятых классах оптимистов в этом отношении в 3 раза меньше – 7-8%.

Полученные данные позволили сформировать задачи: 1) обнаружение индивидуальных особенностей и дисфункций нейровегетативной и когнитивной, психо-эмоциональной сферы учеников на разных этапах их обучения; 2) оценка возможной роли патологии или особенностей нервной системы в трудностях обучения и социальной адаптации; 3) формирование у школьников осознанной приверженности здоровому образу жизни с толерантностью к вредным привычкам (превентивная профилактика инсульта, эпилепсии, деменции в рамках образовательной подпрограммы «Воспитание здорового мозга»).

В этой связи нами разработана и обоснована образовательная Программа неврологического сопровождения растущего мозга для школьников (Ласков В.Б., Ласкова И.В., 2009, 2010; Ласкова И.В., 2010; «Воспитание здорового мозга», 2010). Программа предусматривает не только неврологический мониторинг, но и комплекс мер превентивной профилактики вредных привычек у школьников, облегчающих развитие инсульта, токсической энцефалопатии, сосудистой деменции и других социально значимых неврологических заболеваний. Так, разработаны лекции «Школы неврологического здоровья (школы здорового мозга)», «Здоровье мозга: факторы риска, профилактика вредных привычек» с учащимися младших классов, учащимися 7-8-х классов, учащимися старших классов, а также родителями учеников и учительским коллективом.

Информацию о вредных привычках следует дополнять данными о реальной эффективности лечения наркомании. Лекционный курс пропаганды здорового образа жизни и отношения к вредным привычкам должен учитывать реальное состояние проблемы в школе и иметь дифференцировку с учетом возраста, знаний и социального опыта учащихся.

Выводы. В результате исследования нами выявлены ученики с нерезкими, но функционально значимыми особенностями психоэмоциональной и вегетативной сферы, склонные к депрессивным состояниям. Это позволяет адресно осуществлять раннюю коррекцию обнаруженной дисфункции, что улучшит возможности адаптации к требованиям образовательного процесса, экзаменационному стрессу, негативным влияниям микросоциальной среды в интересах учебно-воспитательного процесса.

Очевидна целесообразность реализации разработанного проекта «Воспитание здорового мозга» с целью информирования детей, начиная с 9-10-летнего возраста, а также их родителей и учителей о причинах и факторах риска преждевременной смерти и инвалидизации населения России, о признаках и последствиях инсульта, эпилепсии, токсических и иных энцефалопатий, путях их эффективной профилактики.

Учителям и родителям учеников, школьному психологу следует учитывать наличие среди коллектива класса учеников с ранимой психикой, повышенным уровнем тревоги, склонностью к депрессивным реакциям, развитию психовегетативных кризов.

Литература

1. Вильчинская Т.П. Психологические проблемы адаптации детей младшего школьного возраста. - 2009 / <http://psi.lib.ru/detsad/sbor/pamd.htm>.
2. Воспитание здорового мозга: инициативная образовательная программа неврологического сопровождения учащихся средней общеобразовательной школы и первичной профилактики у них вредных привычек, облегчающих развитие инсульта, сосудистой деменции и других социально значимых неврологических заболеваний. Учебное пособие для врачей-неврологов, школьных психологов, учителей и родителей учащихся /В.Б. Ласков, И.В. Ласкова, Н.В. Воронина. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. - с., ил.
3. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Румянцева М.В. Суворонова Н.Ю., Овчинникова А.А. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей: Метод. рекомендации.— М.: Северо-пресс, 2001. — 40 с.
4. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения / Под редакцией М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. - М.: Триада-фарм. - 2002. - 114 с.).
5. Косенко В.Г., Чебуракова Т.А., Стрижев В.А., Солоненко А.В. Особенности психоэмоционального и нервно-психического здоровья детей в рамках адаптации к школьному обучению / XVII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Сб. матер. конгресса (тез.докл.) 12-16 апреля 2010 г., Москва. - М., 2010. - С. 371-372.
6. Костиков В. Кто обустроит народ.../ АиФ, 2010, № 32, с. 5.
7. Ласков В.Б., Ласкова И.В. Профилактика и коррекция вредных привычек и когнитивной дисфункции у учащихся вузов и школ //Инновационные парадигмы в медицине и педагогике. Матер. межрегион. научно-практ. конф. – Курск: КГУ, 2009. – С. 67-68.

8. Ласкова И.В. О разработке и реализации волонтерской программы неврологического сопровождения детей в период школьного обучения //Совр. технологии в медицине и педагогике. Сб. науч., учебных и учебно-метод. трудов. - Курск: МУ «Издат. центр «ЮМЭКС», 2010. - С.66-73.
9. Ласкова И.В., Ласков В.Б. Программа комплексного неврологического сопровождения учащихся средней школы на этапах их обучения: обоснование, цели и методика: Монография. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. – 83 с., ил.
10. Хендрен Р., Вейсен Р.Б., Оли Дж. Программы сохранения психического здоровья в школах. Материалы Всемирной Организации Здравоохранения. - Пер. с англ. М.: Вита-Пресс, 1996. - С. 51.
11. Radloff L.S. The CES-D Scale: a self-report depression scale in the general population. Appl. Psychol. Meas., 1977. - № 1. – P. 385-401.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Лежнева С.Г.

**Поволжская государственная социально-гуманитарная академия
(ПГСГА), г.о. Самара, Россия**

Острый социальный кризис, охвативший нашу страну, отразился не только на материальном благополучии, но и на нравственном здоровье семьи. Семья - эта главная и естественная система социальной и биологической защиты ребенка - оказалась в кризисной ситуации. Сейчас в России более 700 000 детей – сирот (из них 95% социальные сироты, т.е. родители их живы, но лишены родительских прав либо сами отказались от ребенка). Причинами отказа от детей и помещения их в государственные учреждения являются: неполная семья, недостаточная материальная обеспеченность и плохие жилищные условия, алкоголизм матери или обоих родителей. Лишь небольшая часть детей была оставлена родителями из-за нарушения у новорожденного того или иного физического дефекта, с диагнозом известных форм умственной отсталости с неблагоприятным прогнозом, или с незначительными врожденными пороками развития. Есть и категория матерей, о которых необходимо говорить особо – это матери – подростки, пытающиеся любыми способами избавиться от нежелательной беременности, в том числе с помощью вредных для здоровья будущего ребенка препаратов. В результате появляются на свет дети, которые не нужны своим родителям и воспитываются в учреждениях для сирот.

Такие реалии современной российской жизни, как экономический кризис, безработица, обнищание широких слоев населения, проживание за чертой бедности, повсеместное ослабление семейных устоев, утрата старшими и младшим поколениями моральных ценностей, пьянство и алкоголизм, наркомания, распространение среди детей и взрослых психических заболеваний, бесспорно сформировали благоприятную почву для многих негативных социальных явлений и социального сиротства в частности.

Не только общество, но и отдельный человек живет по законам группы. Ученые доказали, что многие особенности человека – способность к абстрактному мышлению, речь, язык, самодисциплина и нравственность являются итогом групповой деятельности. В группе рождаются нормы, правила, обычаи, традиции, ритуалы, церемонии. [2, с. 3]

Социальная группа детей, оставшихся без попечения родителей, имеет свои особенности психологического развития.

Исследуя отечественных и западных психологов, Флейк-Хобсон К. и Робинсон Б.Е. в своем учебнике «Развитие ребенка и его отношение с окружающими», дают сравнительную характеристику детей, оставшихся без родительского попечения, где показано, что общее физическое, психическое развитие детей, воспитывающихся без попечения родителей, отличается от сверстников, растущих в семьях. У них отмечается замедленный темп психического развития, ряд негативных особенностей: низкий уровень интеллектуального развития, беднее эмоциональная сфера, воображение,

несколько позднее формируются навыки саморегуляции и правильного поведения. [10, с. 164]

Наихудшие последствия для эмоционального развития ребенка имеет его разлука с матерью и воспитание в доме младенца через полгода-год после рождения, т.е. в период, когда достигает пика чувство привязанности. Если дети, воспитывающиеся в домах младенца, приютах т.д., были лишены возможности поддерживать стабильные отношения с одним взрослым, ухаживающим за ними, то они не способны к крепкой привязанности, как не могут и отличить незнакомца от того, кто их кормил и о них заботился.

У таких детей не возникает ни страха перед незнакомцами, ни специфических привязанностей, подобных тем, какие есть у «домашних» детей. Фактически они становятся столь же равнодушными по отношению к другим, как воспитатели – к ним. Недостаточная социальная стимуляция и слабая привязанность приводят к тому, что пик улыбочивости наступает у них на 7 недель позже, чем у «домашних» детей.

По данным многих исследований, дети, воспитывающиеся в учреждениях социальной и психолого-педагогической поддержки детства, отличаются резко выраженной дезадаптацией, которая усиливается многими психотравмирующими факторами: изъятием ребенка из семьи, помещением ребенка в разного рода учреждения (больница, приемник-распределитель, приют временного пребывания, санаторий и т.д.).

В то же время, есть данные, которые показывают, что переживание детьми шоковых травмирующих ситуаций способствует утрате чувства безопасности. Эти ситуации отличаются большой силой воздействия, угрожают жизни и благополучию ребенка. Они могут быть вызваны нападениями животных, особенно собак; появлением чужих людей: драками; пьяными попойками и разборками; избиением или убийством родных или близких в присутствии детей, последствиями перенесения катастроф, войн, взрывов, смерти близких, насилием, жестоким обращением с детьми;

При переживании психотравмирующих кратковременных ситуаций у ребенка утрачивается чувство защищенности. Такие переживания непродолжительны. Но они сильно воздействуют на психику ребенка. Такими ситуациями могут быть утрата или болезнь одного из родителей, ссоры со сверстниками, чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура), негармоничная семья, перемена места жительства, невозможность соответствовать ожиданиям семьи и т.д.

При переживании постоянных психотравмирующих ситуаций у детей появляется беззащитность. Она может возникнуть при переживании ребенком семейных конфликтов, противоречий в воспитании, неуспеваемости, появлении нового члена семьи (отчима, мачехи, брата, сестры), враждебной, жестокой семьи, резкой смене типа воспитания, приемной семьи, при помещении ребенка в чужую семью, направление его в специальные учреждения, прохождение процедуры суда, отторжение из семьи, неспособность справиться с учебной нагрузкой, враждебное отношение родителей, педагогов, отрыв от семьи, смена школьного коллектива.

Эмоциональная депривация способствует нарушению психического развития ребенка. Она заключается в том, что ребенку недостает ухода, заботы, ласки, в результате он не испытывает к родителям привязанности, нарушается его развитие. Причиной этого может быть разлука с матерью, неспособность матери создать эмоциональную, теплую атмосферу, госпитализация ребенка, направление его в детское учреждение, перенесение тяжелых заболеваний и другие.

Дети, в силу разных обстоятельств оказывающиеся в учреждениях социальной и психолого-педагогической поддержки, переживают многие из перечисленных ситуаций, что приводит ко многим психологическим особенностям их развития и поведения. Поведение детей, перенесших разного рода психические травмы, очень трудно оценить с позиций нормального поведения ребенка. Дети, воспитывающиеся вне семьи, отличаются от своих ровесников растущих в семьях.

По данным ученых, обнаружить последствия пережитых травматических, стрессовых и кризисных ситуаций у детей бывает достаточно сложно, так как у них явно проявляются чувства незащищенности, беззащитности, страха, нарушения привязанности. Сложность их обнаружения заключается и в том, что они проявляются зачастую очень нетипично, например, в виде различных болезней, резком повышении температуры, головной боли, соматических симптомах. Ребенок пытается сам изменить свое душевное состояние, например, часто можно наблюдать, что дети грызут ногти, вырывают волосы, суеются, боятся темноты, им постоянно снятся кошмары и т.д. [4, с. 5]

По данным психологических исследований (Д.Аллан, В.Оклендер, И.А.Фурманов, Т.И.Шульга, Л.Я.Олиференко и др.) нарушения поведения и развития у детей, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (личностный, межличностный, социальный, физиологический, психологический, соматический и др.). Это приводит к стойким личностным изменениям не только у детей, непосредственно их переживших, но и у очевидцев, у членов их семей. Эти нарушения влияют на дальнейшую жизнь человека, изменяют его поведение, поступки.

Формы переживаний травматических ситуаций или событий повторяются и внедряются в сознание, постоянно вспоминаются детьми. К ним относятся образы, мысли, представления, повторяющиеся кошмарные сны о событии, действиях или чувствах, соответствующие переживаемым во время травмы, актуализацией негативных переживаний при столкновении со сходными событиями, усугублением физиологических расстройств (спазмы желудка, головная боль, проблемы со сном и т.д.).

Поведение детей характеризуется проявлением раздражительности, вспышками гнева, проявлением агрессии, преувеличенным реагированием на события и взаимоотношения, обидчивостью, провоцированием конфликтов со сверстниками, неумением общаться с ними. [10, с. 165]

Психолог, воспитатель, социальный педагог, работающий с детьми в таких учреждениях должен отдавать себе отчет в том, что все это – лишь часть

общей картины, ее внешнее проявление. Другая часть, намного большая, это – внутренний мир ребенка, который трудно поддается диагнозу, коррекции, но очень сильно влияющий на дальнейшую его жизнь, психическое развитие и становление личности.

По мнению зарубежных психологов причины психологических травм, объясняются с точки зрения четырех понятий: смерти, свободы, изоляции, бессмысленности. На протяжении жизни человека у него вырабатывается психологическая защита в виде базовых иллюзий, таких как, например, чувство собственного бессмертия, простоты устройства мира. Человек не может жить без иллюзий. Они помогают ему верить в будущее, находить силы для достижения поставленных целей, переживать трудности, противостоять им и т.д.

Все иллюзии очень устойчивы, они есть не только у детей, но и у взрослых. При столкновении в любом возрасте с травматической ситуацией у человека возникает переживание, которое показывает нереальность иллюзий и приводит к разрушению уверенности в чем-то. Для детей разрушение иллюзий очень болезненный момент, который трудно подкрепляется положительными жизненными ситуациями.

Переживание психологической травмы открывает и обесценивает усилия ребенка: зачем хорошо учиться, стараться быть хорошим человеком, ходить в школу, если это не дает защищенности, если ты никому не нужен. И далее очень важно, что у ребенка последует за этим открытием. Если он сможет выйти из мира иллюзий в мир опасный, но реальный, будет преодолевать трудности, стоящие перед ним, поверит в себя и свои силы, это означает, что он повзрослел, стал на ступеньку выше в своем развитии как личность. Если он не смог преодолеть трудности, стоящие перед ним, не преодолел барьер иллюзий, то в нем укрепитя убеждение в существовании новых иллюзий и он поверит в них, останется в мире иллюзий и станет жить в придуманном мире, он останется надолго инфантильной личностью.

Дубровина И.В выделяет три сферы, в которых процесс становления личности осуществляется наиболее эффективно: деятельность, которой занимается ребенок, его общение и развитие, становление самосознания.[3, с. 10]

По мнению педагогов наиболее активно социализация протекает в детстве. Для каждого возрастного этапа развития личности можно выделить специфические задачи социализации. Эти задачи можно разделить на естественно- и социально-культурные, социально-психологические.

Естественно-культурные задачи определяются уровнем физического развития, темпами полового созревания и т.д.).

Социально-культурные задачи – познавательные, морально-нравственные, ценностно-смысловые – отличаются спецификой в каждом конкретном социуме (приобщение к культурному уровню, овладение суммой знаний, сформированностью мировоззрения, направленностью личности).

Социально-психологические задачи – это становление самосознания личности, ее самоопределение в актуальной жизни и в перспективе,

самореализация, самоутверждение. На протяжении дошкольного возраста ребенок осознает себя в отношениях с окружающими людьми, научается самостоятельно играть, действовать. В младшем школьном возрасте ребенок находит индивидуально приемлемую и социально одобряемую позицию в новой социальной ситуации – школе. Для подросткового возраста особое значение приобретает позиция среди сверстников, нахождение себя среди сверстников противоположного пола, выбор отношений с группой. Для старшеклассников характерно нахождение себя в семейной, профессиональной и трудовой сферах.

При этом если наиболее существенные задачи социализации остаются на данном возрастном этапе нерешенными, то это приводит к задержке развития личности, делает неполноценным ее развитие. Возможно и скрытое проявление этого явления, когда задача социализации не решена на каком-то возрастном этапе, но внешне это не сказывается на развитии личности в данный период, а через определенный промежуток времени она проявляется, что приводит к немотивированным поступкам и решениям.

В исследованиях социализации показано, что изменчивость общества может превратить прежде сформированную социализацию человека в неудачную. Возможность личности достичь успеха зависит от ее умения адаптироваться к новым условиям. Социализация будет успешной, если человек научится ориентироваться в непредвиденных социальных ситуациях. Выделены такие характеристики личности, обеспечивающие успешную социализацию: способность к изменению своих ценностных ориентаций; умение находить баланс между своими ценностями и внешними требованиями; ориентация не на конкретные требования, а на понимание универсальных моральных норм.

Анализ психолого-педагогической литературы позволяет выделить факторы, затрудняющие социализацию воспитанников таких учреждений:

- особый социальный статус ребенка – он ничей, у него никого нет, никто им не интересуется и он никому не нужен;
- ориентировка на официально принятые нормативы, которые изменить нельзя, но они категоричные и односторонние;
- наличие у большинства воспитанников отклонений в состоянии здоровья и психического развития, зачастую возникающих в силу социально-педагогической запущенности (наиболее часто проявляется задержка психического развития);
- наличие дефицита индивидуального общения с близкими взрослыми;
- ограничение социальной активности ребенка;
- недостаточное включение в разные виды полезной для детей практической деятельности, приводящее к депривации;
- наличие ограничений в сфере реализации усвоенных социальных норм и социального опыта;

- наличие чрезмерно большого опыта в некоторых вопросах, избыточного опыта, не соответствующего возрасту детей и подростков, и в силу этого неадекватно применяющегося;

- принудительный характер общения со сверстниками при отсутствии навыков, необходимость адаптироваться к большому числу сверстников, что приводит к эмоциональному напряжению, состоянию тревоги, усилению агрессии;

- жесткая регламентация организации жизни детей и подростков, ограничение личностного выбора, подавление самостоятельности и инициативности, невозможность проявлять саморегуляцию и внутренний самоконтроль;

- скудный выбор образцов для подражания, усвоения социального поведения, что приводит к затруднениям в усвоении и воспроизведении опыта;

- ограниченность контактов детей, их изолированность, отстраненность от реальной жизни, формирующие иждивенчество и боязнь внешнего мира;

- выработка особой нормативности по отношению к "своим" и "чужим", появление особого чувства "мы".

Все перечисленные причины определяют особенности социализации воспитанников учреждений социальной и психолого-педагогической поддержки, которые наиболее ярко характеризуют выпускников интернатных учреждений. Для выпускников этих учреждений, по данным исследований психологов, педагогов и социальных работников, характерно наличие следующих черт:

- иждивенчество, непонимание материальной стороны жизни, вопросов собственности;

- трудности в общении, отсутствие избирательности общения;

- инфантилизм, замедленное самоопределение, неприятие самого себя как личности, неспособность к сознательному выбору своей судьбы;

- перегруженность отрицательным опытом, негативными ценностями и образцами поведения;

- неуверенность в себе, своем будущем, агрессия по отношению к внешнему миру, особенно в случаях, если государство не выполняет своих обязательств.

Таким образом, процесс и результат социализации являются следствием внутреннего противоречия между степенью идентификации человека с обществом и его обособления в обществе.[8, с. 173]

Личность, адаптированная в обществе и не способная противостоять ему, может рассматриваться как жертва социализации, а неадаптированная личность в обществе может стать жертвой социализации – человеком с девиантным поведением.

Наиболее очевидными жертвами неблагоприятных условий социализации являются воспитанники учреждений социальной и психолого-педагогической поддержки детства, так как среди них наибольшее количество детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Особенностью социализации воспитанников учреждений социальной и психолого-педагогической поддержки детства является замещение главного института социализации – семьи – учреждением, что приводит к деформации процесса социализации детей и подростков.

Краткая характеристика психологического портрета детей, оставшихся без попечения родителей, позволяет сделать вывод о том, что именно категория детей, попадающих в учреждения социальной и психолого-педагогической поддержки детства, должна пройти очень интенсивный путь социализации, так как он позволит им быть готовым к самостоятельной жизни. Не рассчитывая на поддержку родителей, необходимо самому научиться строить свою жизнь, использовать свои внутренние резервы, реализовывать жизненные планы. [5, с.172]

Список литературы

1. Догавлевская А.И. Семейное воспитание приемных детей. – М., 1978.
2. Кравченко А.И. Общая социология: Учеб. пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 479с. С.343..
3. Младший школьник: развитие познавательных способностей: Пособие для учителя / И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, Е.Е. Данилова и др.; Под редакцией И.В. Дубровиной. – М.: Просвещение, 2003. – 208с. С.5.
4. Ожегов С.И. Словарь русского языка / под ред. Н.Ю. Шведовой. – М.: Советская энциклопедия, 1972. – 401с.
5. Основы социальной работы: Учебник/ Отв.ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2004. – 395с. С.172.
6. Сафонова Т.Я. Реабилитация детей в приюте. – М., 1995.
7. Тарле Я.М. Государи Российские. – М.: Цитадель-трейд: Вече, 2006. – 480с., ил.
8. Ушинский К.Д. Собр. соч. – М.; Л., 1948-1952. – Т.8. – С. 23.
9. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»
10. Флэйк-Хобсон К., Робинсон Б. Е. Скин П. Развитие ребенка и его отношений с окружающими: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. М.С. Мацковского. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – 511с.: ил. С.164-

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ И ПРОЦЕССА ПРИНЯТИЯ РОЛИ МАТЕРИ

Локтионова А.В.

Понятие *«роль»* традиционно рассматривается в рамках социальной психологии. Под *ролью* понимается прежде всего *способ поведения* человека, соответствующий *нормам*, принятым для статуса или положения данного человека в обществе, в системе межличностных отношений. Роль, таким образом, является функцией социального положения человека. Изменение места в системе межличностных отношений ставит перед субъектом задачу принятия и овладения новыми ролями.

Описываются различные формы овладения социальными ролями:

Стихийная форма овладения происходит под влиянием бессознательных мотиваций, ожиданий и спонтанного поведения окружающих, глубинных процессов неосознаваемой идентификации. Так формируются в основном «сценарные роли» - глубиннопсихологические личностные утановки. Лучше всего это описано в транзактном анализе (Э. Берн, Харрис и т.д...) , работах психодраматистов и в трудах Хорста Эбенхарта Рихтера . Существует *моделирующее* вхождение в роль: когда овладение ролевым репертуаром происходит на основе имеющихся перед человеком моделей. Лучше всего этот процесс описан в теории социального научения А. Бандуры.

Так же существует *планомерное* обучение роли: когда роль осваивается с помощью планомерного тренинга понимания ее задач и ролевых границ и осознанного принятия роли: тренинг учителя в роли фасилитатора усвоения знаний (Д.Гордон, Дж. Фрайберг), тренинг управленческой роли (А. Новикова).

Именно практические тренинги по овладению социально-психологическими ролями (ссылки) показали, что чем лучше понимание роли, чем выше осознанность роли и ее принятие, тем более эффективным является поведение человека в этой роли и тем меньше стресса испытывает человек, проживая ее и вводя ее в систему своих других социально-психологических ролей.

Материнство как особый социально-психологический феномен попало в фокус интенсивного научного интереса и интенсивных научных исследований в последние 25 лет. То, что прежде было ясно на уровне здравого смысла и общечеловеческой мудрости, а именно, что через мать транслируется сущность нашего бытия человеком, опоры социализации, основные «рабочие модели», которые являются определяющими для последующей социализации, нашло свое подтверждение в многочисленных научных исследованиях.

Уже в ранних сравнительных исследованиях матерей младенцев сделаны выводы. Что физическое и психическое здоровье матерей, их способность вовлекаться в отношения с ребенком являются важными факторами, влияющими на состояние умственное развитие и социальную компетентность младенца и ребенка.

Исследования показывают как простые бытовые повседневные действия, которые каждая женщина само собой разумеющимся образом относит к

репертуару поведения в своей роли матери, определяют структурирование сознания не только отдельного ребенка, но и человеческого сознания как социального общественного феномена.

Благодаря многочисленным исследованиям, самые простые бытовые явления взаимодействия и коммуникации матери с младенцем получили глубинное измерение, исследователи смотрят на них как на форму проявления глубинной сущности развития структур сознания и социального поведения.

Результаты демонстрируют, что прежде, чем пытаться модифицировать отношение к воспитанию и практику воспитания детей, важно оптимизировать широкий круг факторов, связанных с социально-психологической ситуацией женщины-матери и принятием ее материнской роли.

В настоящее время мы проводим исследование, рабочая гипотеза которого состоит в том, что эмоциональное-личностное и поведенческое регулирование матерью деятельности контакта с ребенком зависит от степени раскрытия женщиной для себя, осознания и принятия роли матери.

Этим наше исследование отличается от остальных, где в первую очередь изучалась связь характеристик личности матери со взаимодействием матери и младенца. В этом состоит его новизна и актуальность. Поскольку для изменения личностных характеристик матери требуется длительный, не менее трех лет курс психотерапии, за время которое ребенок уже успевает сформироваться и зафиксироваться в своих способах саморегуляции и в паттернах социальных взаимодействий, необходимы программы, помогающие осознать ролевое наполнение роли матери и создающие возможность принятия новой роли в сензитивный период: когда женщина с любыми личностными характеристиками интенсивно занята освоением материнской роли.

Наличие такого сензитивного периода было интуитивно понятно, однако научно концептуализировано впервые было в работе Д. Стерна «Конstellляции материнства» (1995).

Stern (1995) описал явления, происходящие в большей или меньшей степени в душевной жизни всех женщин, начиная со второй половины беременности, независимо от их личностных характеристик. Stern (1998), будучи по первой профессиональной специализации психоаналитиком, обобщает этот разворачивающийся во времени процесс, который завершается переструктурированием системы социальных связей женщины и созданием «женской поддерживающей матрицы» или «женской поддерживающей системы»: следующим высказыванием: «Эдипов комплекс, который господствовал в душевной жизни женщины до появления ребенка, оттесняется, и в центре происходящего в душевной жизни оказывается именно «материнская конstellляция». (1998, стр.74). Это понятие фиксирует новую складывающуюся установку сознания и психической организации матери,. Ближе всего было бы понятие «материнский комплекс», указывает Стерн, - комплекс именно в том смысле, как его первоначально понимал Фрейд, как организующая психический аппарат структура, но исторически слово комплекс оказалось полностью занято психоанализом под Эдипов комплекс и ассоциируется в первую очередь с ним.

Понятие « материнская констелляция» близко к понятию «роль», указывает Стерн, но само слово «роль» в английском и немецком языках слишком нагружено бытовым содержанием и не являются в чистом виде понятиями научного анализа, поэтому объясняет Стерн (1998) он предпочитает совсем нейтральное «констелляция».

Для Стерна важно, что это не просто перераспределение существующей структуры, но появление новой психической организации, с новой иерархией. Старая психическая структура распускается: «Umorganisation oder Umordnung? Ich meine dass sich eine neue psychische Organisation ergibt» (1998, стр. 75)

Мы покажем, что описанная Стерном «материнская констелляция» является по сути новой межличностной социальной установкой, состоящей из трех компонентов, которая возникает в процессе принятия материнской роли.

Эта материнская констелляция, эта новая межличностная социальная установка и является тем, что сохраняет ребенка в жизни после того, как он появился на свет. С точки зрения Эдипова комплекса, как организующего личность и работу психического аппарата принципа нельзя объяснить материнскую заботу и все, что мать делает для ребенка и вместе с ребенком. Феномен материнства недоступен для психоаналитического толкования и его методов работы подчеркивает в своей монографии Д. Стерн. В сензитивный период становления Матери, женщина нуждается в совершенно особом, некогнитивном подходе. (Stern 1995, 1998)

В соответствии с гипотезой важной задачей исследования являлось :

Провести анализ содержания и задач материнской роли, обозначив круг общенаучных проблем, стоящих за принятием роли матери и взаимовлиянием его с контактом матери с младенцем, делающих наше исследование особенно актуальным, для того, чтобы на этой основе сформировать программу формирующего планомерного тренинга, направленного на принятие роли матери.

1.Ролевого анализ материнской роли.

Осуществление любой социальной роли состоит в понимании существующих ожиданий от этой роли, рамок ответственности и в принятии ответственности за исполнение этих ожиданий.

Провести ролевой анализ – это значит выяснить, чем данная роль отличается от всех других ролей в двух направлениях:

А. В социальном срезе, назовем его горизонтальным, и сюда относится весь набор социально- психологических ролей данного общества, и отличие этой роли от них, ее содержательный и мотивационный функционал.

Б. В биографическом (вертикальном) срезе, то есть чем данная роль отличается от всех других ролей которые были по жизни у данного человека.

Именно когда женщина персонально начинает осваивать социальное содержание материнской роли в ее внутриспсихической организации начинается мощный сдвиг, который отражается и на межличностных связях. Д. Стерн указывает, что часто используемое понятие кризис материнства не отражает той трансформации, которая происходит с женщиной, ведь понятие кризис, указывает на проявление, выход на поверхность, острую фазу какого-то

затяжного конфликта, что является и проявляется в частных случаях, но не ухватывает суть явления материнства. Мы далее предпочтем говорить о сдвиге в системе установок женщины.

Источники ожиданий и требований к матери, влияющие на ее понимание своей роли и ее принятие, структурированные с помощью окна Джо-Хари.

Я -Мать Другие	Я знаю о роли матери	Я не знаю о роли матери
Знают о роли матери	1 Социальные ожидания от женщины с ребенком: «Должна» дать и обеспечить ребенку жизнь, нормативно одобренный образ матери: быть 24 часа в сутки «для ребенка», образцы поведения других матерей – любить своего ребенка, Инструкции передаваемые врачами, на курсах и т.п. - В основном то, что касается безопасности,здоровья, умственного,физического развития и развития социальных навыков.	2 Справлюсь ли я? Ожидания мужа, ожидания и представления о матери у бабушек и дедушек, их фантазии, их воспитательные нормы и требования. Специальные знания специалистов о различных ситуациях. Требования ближайшего окружения к безопасности, исходящие из опыта Исходящие из собственных бессознательных страхов. Можно ли ждать поддержку и где ее находить?
Не знают о роли матери	<i>Мои фантазии о себе в роли матери.</i> <i>Мои представления о ребенке и что он ждет от меня.</i> <i>Мои ожидания от материнства.</i> <i>Мои Страхи матери.</i> <i>Отношения с собственной матерью.</i> <i>Как я ребенком переживала собственную мать. Внутренние решения относительно будущей материнской собственной роли. Как я переживаю своего ребенка, как я к нему отношусь (больше всего негативные или очень интимные чувства).</i>	МЛАДЕНЕЦ Что нужно этому конкретному уникальному младенцу в каждый текущий момент? Как он это переживает? Что «знает» ребенок о своей матери, как он ее переживает. Каковы его уникальные способности, его потенциал? Долгое время – «чистый лист», представления о роли матери ограничивались 1 и 2 квадрантами.

1 Квадрант: «Я- знаю и Другие – знают».

Ответственность за рождение и защиту жизни ребенка - это основное социальное ожидание и социальная ответственность матери. Она очень широко описана и в художественной литературе и представлена на курсах по подготовке беременных. Как правило, это самое «осознанное» содержание материнской роли. Роли, в которых существует такая же ответственность, это медсестры, врачи, полицейские, спасатели, и, может быть, духовные пастыри. У этих профессий похожая ответственность в рабочей роли.

В роли мамы предполагается осуществление этой ответственности 24 часа в сутки. Это отличие от всех существующих в социальном и биографическом разрезе ролей.

В ролевом анализе нам поможет понятие **социальной установки по Узнадзе**, которая близка к понятию роли в социальной психологии, и дополняет ее тем, что выделяет поведенческий, когнитивный и эмоциональный компоненты социальной установки. Когнитивный : что я думаю?, эмоциональный: Как я в связи с эти себя чувствую? И поведенческий: что я делаю? То есть Узнадзе понимает социальную установку как организованную когнитивно-эмоциональную структуру, организующую поведение. Процесс принятия роли больше всего относится к эмоциональному и поведенческому компоненту роли. Мы выделяем таким образом и в процессе принятия роли когнитивный момент: он связан в понимании ожиданий именно от меня в этой роли и в понимании того, за какую часть этих ожиданий я несу ответственность, эмоциональный компонент: мое отношение, и поведенческий : нахождение оптимальных решений и оптимального поведения для ответственного поедения в роли.

Первый сдвиг в осознании своей роли матери и принятии материнской роли - ответственность за рождение и защиту жизни ребенка.

Здесь на пути освоения первого квадранта материнской роли мы видим необходимость освоить содержание третьего квадранта.

3 Квадрант«Я- знаю и Другие – не знают».

Итак –общезвестное должно стать социальной ролью женщины, которую она . принимает. Самым первым перед женщиной встает вопрос:

«Смогу ли я сохранить ребенку жизнь?». Она- единственная инстанция , которая должна обеспечивать ребенку жизнь, должна делать это сама, хотя никогда до этого не делала. Даже если информация об этом существует, ее недостаточно, у нее не было достаточной возможности попробовать.

Стерн указывает, что женщина- мать в отличие от всех других социальных ролей, существующих в обществе стоит перед вопросом : «В достаточной ли я степени компетентное животное?». « Смогу ли я выносить плод и родить ?». Эта социальная роль, которая предполпгает обращение к интуитивному, животному знанию и моделям поведения. Ни одну мать не миновал вопрос «Что я буду делать, если мой ребенок перестанет дышать?».Опасения в роли матери огромны: что если я не удержу ребенка, что если он выскользнет, что если я как-то случайно сделаю ему больно, что если мое молоко не подходит? Неудача в обеспечении жизниребенка переживается тяжелее, чем любая другая неудача в любой другой роли, потому что означает, что я и как животное – неудачна.

Итак главная граница материнской роли определяется ее функцией сохранения жизни, и принятие роли матери должно в первую очередь характеризоваться принятием ответственности за жизнь. Это кажется банальным, но об этом есть очень *мало* исследований : как женщина принимает ответственность за то, что она никогда не делала, как она с этой ответственностью справляется, поскольку знать за что ты принимаешь

ответственность и принять ее – это и есть принятие роли. Даже если мать перепоручает уход за ребенком кому-то и делает 50 или 20 процентов всей работы, окончательная ответственность в полном объеме лежит на ней. 24 часа в сутки 365 дней в году она должна решать вопросы, от которых часто зависит жизнь. Профессионалы работают ограниченное время и их условия работы специальным образом организованы, у них есть система поддержки. Как справляется с этими задачами мать, не имеющая в своем распоряжении особой помощи извне? Как ей принять эту ответственность и сохранять спокойствие и уверенность в том, что она справится с этими задачами?

Здесь тоже возникает своя конструкция страхов, которую внешний наблюдатель, не знакомый изнутри с материнской ролью не знает и понять не может. (3 квадрант). Очень часто матери, если их расспросить признаются: «Я боюсь, что я погублю своего ребенка, или что он у меня умрет. Утонет или упадет, или с ним что-то произойдет». Стерн(1995) спорит с традиционным психоаналитическим ответом, который выражается к примеру так: «Большинство матерей амбивалентны в отношении тех, кого любят. Вы знаете, что ребенок изменил вашу жизнь, он замечательный. Одновременно вы им постоянно заняты, вам не хватает времени для себя, вы на все это время оторваны от карьеры и круга общения». Стерн (1995) говорит, что эта интерпретация в 98 процентах случаев не имеет отношения к реальности, такие интерпретации не являются необходимыми и конструктивными. Конструирование женщиной материнских страхов помогает им быть бдительными, заставляет предвидеть опасности и держать ухо востро в отношении опасного, в том числе и действительно опасного для ребенка. То есть страхи необходимы и имеют позитивную функцию и являются стороной ответственности. Сказать, женщине, что страх - это выражение негативных чувств в отношении ребенка, это не только неправда, это очень деструктивно! (Stern, 1998, стр.79). Конечно есть немногие случаи, когда матери амбивалентны и действительно помышляют о том, как бы избавиться от ребенка, но как раз они не захвачены материнской ролью.

Работая с окном Джо-Хари в социальном тренинге, мы знаем, что конструктивным является расширение зоны известного: тот, кто ведет тренинг должен иметь ответы на вопросы, которые для участниц тренинга лежат в зоне неизвестного.

1. Решающим, как указывают исследователи () является надежда на интуитивный резервуар знаний, животный или материнский инстинкт, «интуитивное родительство», который помогал ее предкам и вероятно поможет и ей. Это область из третьего квадрата, которая в результате тренинга должна превратиться в рабочее и принятое знание о существующей компетентности и доступе к ней.

2. Так же помогающим является привлечение отца, у которого в период беременности жены и появления малыша так же, согласно исследованиям увеличивается чуткость и родительская инициатива.

3. Здесь необходимо перенести в первый квадрат знание о том как работать с материнскими страхами. В связи с общепонятной ответственностью

за жизнь ребенка у матери возникает своя конструкция страхов, которую внешний наблюдатель, не знакомый изнутри с материнской ролью не знает и понять не может. (3 квадрат)., выраженного « Я боюсь, что я погублю своего ребенка, или что он у меня умрет. Утонет или упадет, или с ним что-то произойдет». Традиционная психоаналитическая интерпретация страха: большинство матерей амбивалентны в отношении тех, кого любят. С одной стороны они знают, что ребенок изменил вашу жизнь, он замечательный. Одновременно им постоянно нужно заниматься, не хватает времени для себя, женщина на все это время оторвана от карьеры и круга общения. Женщина испытывает и враждебные чувства к ребенку, которые связаны в ее страхах за жизнь. Стерн говорит, что эта интерпретация в 98 процентах случаев не имеет отношения к реальной, такие интерпретации не являются необходимыми и конструктивными. Конструирование страхов матерью является частью их роли, помогает им быть бдительными, заставляет предвидеть опасности и держать ухо востро в отношении опасного, в том числе и действительно опасного для ребенка. То есть страхи необходимы и имеют позитивную функцию и являются стороной ответственности. Сказать, женщине, что страх - это выражение негативных чувств в отношении ребенка, это не только неправда, это очень деструктивно!(Стерн, стр.79). Конечно есть немногие случаи, когда матери амбивалентны и действительно помышляют о том, как бы избавиться от ребенка, но как раз они не захвачены материнской ролью.

Вернемся к первому квадранту.

Второй сдвиг осознании своей роли матери и принятии материнской роли состоит в ответственности за рост и развитие ребенка.

Это социальный параметр, по которому общество так же имеет определенные ожидания от матери, контролирует взаимодействия матери и ребенка: они регулярно должны происходить измерения и взвешивания, и если числа нужным образом увеличиваются, то вопросов к маме нет. Так же и мама ощущает себя, если ее ребенок здоров и растет- она ощущает себя «вполне»»компетентным животным» D/Stern, стр.78). Матери также полностью осознают эту ответственность, поэтому сторонним наблюдателям они кажутся подвинутыми на проблемах питания, кормления и оценивании внешнего вида ребенка на предмет здоров –не здоров.

3 Квадрант«Я- знаю и Другие – не знают»

Высказывание типа : «Что-то он у тебя худенький», мама переживает как обвинение и легко может среагировать чувством вины Здесь снова необходимо вернуться в 3 квадрат, где стоит задача справляться с материнским чувством вины для принятия роли матери.

Наконец третий сдвиг в ощущении матери, про который другим мало что известно - любовь. Обычно матери, не получая помощи в связи с первыми двумя содержаниями, настолько заняты ими, что в чистом виде для этой третьей задачи остается мало ресурса времени и осознания. Часто сталкиваешься с высказываниями : « Я родила, я их кормлю и забочусь, что еще?». Между тем, как исследователи мы считаем, что для для принятия роли матери необходимо, чтобы женщина могла задавать себе и конструктивно

справляться со своими сомнениями одна или с чьей-то помощью, следующие вопросы:

- Могу ли я любить ребенка так, как это нужно?
- Будет ли мой ребенок любить меня?
- Как я узнаю, что он меня любит?
- Будет ли он «моим» ребенком?

Здесь содержится зона уже совсем иных страхов (3 квадрант): страх «быть недостаточной», уже как человек, как человек-женщина-мама.

Страхи теперь сфокусированы на том, могу ли сделать ребенка счастливым, хорошо с ним играть?

Насколько естественно у меня это получается?

Насколько быстро я его успокаиваю или могу обрадовать?

Женщина сравнивает себя и внимательно наблюдает за другими матерями: Делает ли она что-то чего я не умею?

Она спонтанна со своим ребенком?

Доставляет ей удовольствие быть с ним? Доставляет ли ему удовольствие быть с ней?

Эти вопросы относятся к области часто неоформленных в словах переживаний, ими не делятся с другими, и , вследствие этого, окружающие не знают, какую неуверенность испытывает женщина и как необходима ей поддержка. В этом мать часто опасается, что ей не хватает каких-то человеческих качеств и очень боится, что ее заменят : бабушки или другие фигуры.

Мать хочет не только проживать свою любовь к ребенку, но и хочет, чтобы ребенок ее любил, но эти переживания очень сильно влияют на материнское поведение, заставляя иногда женщину действовать, как кажется, не в интересах ребенка: например, когда она исключает из воспитания бабушку, легко раздражается или пренебрегает эмоциональным общением с ребенком. Часто за этим стоит любовь, которую мать старается не чувствовать или превратить в тотальный контроль.

4 квадрант. «МЛАДЕНЕЦ». «Я- не знаю о себе , как о матери, и другие - не знают обо мне».

Именно когда к младенцу отнеслись как к источнику знания о своей маме и ее роли, произошел прорыв не только в обогащении знаний о материнской роли, но и появилась возможность влиять на ее принятие в очень сложных социальных случаях , например матерей-отказниц, поскольку если три квадранта производят известного рода давление на женщину, то из этого квадранта проистекает смысл требований первых квадрантов и эмоциональная поддержка, без должного внимания к которой и специалисты и даже мамы могут пройти мимо.

Именно специальные исследования младенцев позволили проникнуть ученым в 4 квадрант и заглянуть в ту область знаний о материнстве , о которой другие ничего не знали, а самые чуткие мамы лишь могли интуитивно догадываться (интуитивное материнство). Ребенок обращен к матери своим

телом, эмоциями, он несет огромное количество информации относительно ожиданий относительно нее, какой ей быть, что от нее необходимо каждый конкретный момент и в будущем, но он не знает, что он это несет и он не может это выразить. Так же и мать не знает, ей предстоит это открыть., догадаться. Ей предстоит открыть потребности своего ребенка, определить их, помочь сформироваться деятельности по мотивообразующим факторам. И этот процесс больше всего превращает мать в мать своего ребенка.

Важность и необходимость такого взгляда на мать глазами ребенка, его информативности доказывает, например, исследование Г. Хоук с соавторами. Они исследовали как психологические характеристики матери связаны с ее поведением во время игры с ребенком. К их удивлению, психологические характеристики матери коррелировали с поведением ребенка и с взаимодействием в диаде, поведение ребенка в свободной игре больше указывало на депрессивную симптоматику матери, чем поведение самой матери. Исследователи объяснили это в духе теории привязанности, что поведение ребенка отражает историю взаимоотношений с мамой, а не просто отвечает на текущее поведение матери.

Исследователям удалось начать отвечать на вопросы относительно того, как ребенок переживает маму, что конкретному младенцу нужно от конкретной мамы, чтобы он мог благополучно развиваться. Благодаря этим исследованиям получено экспертное знание, которое до этого не было ни в общедоступном знании, ни в материнском. Да ребенку нужна любовь. Это общеизвестно, но как он переживает ее, что он переживает, когда «любит» свою маму? Когда любовь перестает быть благом? Тут были сделаны самые интересные открытия.

Ребенок с самого начала настроен на отражение эмоциональных состояний близкого взрослого. Именно через них они проживают обращенную к ним любовь и обретают базовое чувство доверия к миру. Усилия многих исследовательских групп: Trewarthen C. 1979; Brazelton T. 1979, 2002; Tronik E. 1979; Dornes 1993, D. Stern 1998, Meltzoff, A. N. 2007; Боулби Дж. Стерн Д. 1998, Мухамедрахимов Р.Ж. 2001), показали, что же младенец ждет от мамы, что ему очень от нее нужно:

- Возможность позитивно «наполниться»
- Mirroring (Fonagy, 1999) : ребенку необходимо разделять самому и чтобы мама разделяла, по своему отражала эмоциональные состояния младенца
- Возможность благодаря ей успокоиться
- Возможность проживать ритм и мелодику, что очень приятно и дает возможность переживать «авторство самости» (Стерн) и строить «внутренние рабочие модели» (Боулби)
- Возможность получать необходимую стимуляцию, чтобы быть бодрым, интересующимся, «живым».
- Возможность вести «персональный» диалог в мире «до речи». Мама для младенца персональна и уникальна с первых часов его жизни! И именно с ней или другим близким он стремится к персональному обмену. В

этом процессе самым главным компонентом материнской роли является ЧУТКОСТЬ. Наконец мать образует особую систему социальных связей.

Понимание ответственности как полномочий.

Как ребенок обречен без матери или близкого заменяющего ее функции, так и мать-одиночка - является социальной катастрофой. В природе матери – одиночки встречаются очень редко. Их потомству больше другого угрожает вымирание. Женщина интуитивно начинает менять социальную систему связей вокруг себя. Ей нужна помощь в решении многих бытовых вопросов, но еще, что более важно, окружение, которое будет ее принимать и ценить, создаст защищенную атмосферу для обретения тех уроков, для решения тех задач, решению которых нельзя научиться по книжкам. Если есть защищенная среда, то она может получить только от более опытных женщин. Муж часто не может для нее этого сделать. Его роль состоит в обеспечении физического пространства для нее и ребенка, в котором они могут себя чувствовать защищенно физически и психически. Стерн назвал этот процесс перестраивания социальных связей женщины женской поддерживающей матрицей или женской поддерживающей системой. Это фундаментальная опора в том, чтобы нести ответственность и соответствовать той, роли которую принимает на себя мать.

В этой системе для юной матери вдруг неожиданно большой интерес начинает вызывать ее собственная мать. Отношения с ней интенсивируются.

Stern (1995) описывает, как в Бостоне, в центре Бразельтона было проведено большое исследование. Опрашивали женщин на втором, третьем и шестом месяцах после рождения ребенка. Вопросы были простыми: кто посещал мать с ребенком, кто бывал в гостях, кто звонил, кому звонила мама,, - одним словом, кто все эти люди с кем в контакте находилась мать, когда она возвращалась домой с ребенком. Супруг не учитывался, он обычно жил дома. 90 процентов всех посещений принадлежала матери матери. На втором месте были сестры, особенно если у них самих имелись дети. Дальше шли другие родственницы матери ребенка, особенно если у них были дети. Далее следовала свекровь: мать отца, но она появлялась существенно реже, чем мать матери. Друзья, которые звонили и приходили в гости, были преимущественно женщинами, мужчины-друзья звонили, спрашивали не нужно ли чего сделать, но как правило никакой поддержки не оказывали. Соотношение женского и мужского участия было 20 к 1. В день в среднем исследователи насчитали от 6 до 10 женских контактов. Таким образом, в ход запускается огромная по системе поддержки по женской линии. Сердцевиной этой системы становятся отношения с собственной матерью.

Mary Main (1989) в университете Бэркли провела интересные исследования: она составила опросник, который назвала «Опросник взрослой привязанности» in .

С помощью этого опросника она исследовала у молодых матерей как в настоящее время женщина относится к поведению собственной матери, когда она сама была еще ребенком. Одна часть этого интервью направлена на то, чтобы выяснить, какая привязанность была у самой женщины к своей маме.

Выяснилось следующее: лучшим описанием того., какой сложится привязанность, когда ее ребенку будет 12 месяцев, является рассказ о том, с чем происходило между ней и ее собственной матерью, когда она была совсем маленькой девочкой. Выяснилась интересная, но важная для практики деталь: абсолютно неважно, что на самом деле тогда происходило между матерью и дочерью, важно то, как дочь об этом рассказывает. Другими словами, что является нарративной историей. Это тоже относится к 3-му квадрату : другие не знают какой у меня нарратив в отношении того, какой я буду мамой, но я это знание (какая у меня была мама, когда я была маленькой девочкой) несу в себе, и оно на меня влияет.

Таким образом, можно сказать, что между той женщиной, которая была до материнства и после существует известный порог, рубеж. Этот порог обозначает: принятие материнской роли меняет почти каждую женщину необратимо, она не может стать прежней. Если женщина осталась какой была, мы должны говорить о картине клинического расстройства, вызванного нарушением принятия материнской роли.

Мы описали, чем роль матери отличается от всех других ролей, которые до этого были у женщины в ее жизни. Для материнской роли нет аналогов в прошедших событиях и в прошлом опыте женщины. Причина этому в простом факте того, что никогда раньше этот человек не был связан с жизнью другого человека, с личной ответственностью за жизнь.

Главной функцией материнской роли является, как следует из нашего анализа, быть надежным объектом привязанности, если прописать поведенческий компонент этой функции это означает:

- Обеспечивать защиту и безопасность (уход, кормление, безопасное защищенное пространство)
- Принимать решения по поводу ребенка
- Взвешивать ситуацию, расставлять приоритеты и принимать решение: «будет так»
- Обеспечивать возможности позитивного «наполнения»
- Разделять эмоциональные состояния Mirroring (Fonagy, 1999)
- Обеспечивать стабилизацию аффекта (успокаивать)
- Обеспечивать развитие (стимулировать, поддерживать)
- Регулировать – координировать собственную активность ребенка,
- Обучать
- Видеть в ребенке персональное личностное начало (я превращаюсь в Я у «Ты» М. Бубер
- Обеспечивать самопознание, формирование идентичности
- Обеспечивать процессы отделения, развития автономной личности
- Быть открытой опыту : анализировать результаты и принимать новые решения
- Создание системы поддерживающих социальных связей

В ходе решения этих задач возникает по сути новая межличностная социальная установка, состоящая из трех компонентов, которая обеспечивает принятие и функционирование материнской роли.

Таблица .Процесс принятия социальной роли.

Когнитивный компонент	Понимание существующих ожидания (требований) от меня в этой роли. Анализ ожиданий, требований: актуальные, важные, оправданные. Осознание их смыслов. Работа с квадрантами 3 и 4. Иерархия, переструктурирование ожиданий, требований. Понимание ответственности . Понимание ответственности как полномочий. Понимание полномочий как ресурса.
Эмоционально-мотивационный компонент	Нахождение внутреннего согласия с ожиданиями, требованиями: . уверенность в себе как «компетентном животном» самоотдача. переход на внутреннюю систему оценок, соотнесенность с «инстинктивным материнством» женщина, желание выполнять, принятие ответственности. Усиление воли путем включения смыслообразующей активности через взгляд на младенца и его понимание- Чуткость, благодаря осуществлению позитивного образа себя и ребенка. Принятие ответственности как полномочий и ресурсноориентированный взгляд на ребенка и на систему межличностных связей.
Поведенческий компонент	Поведенческий компонент в большей степени реализует роль. Организация «поддерживающей материнской системы» по женской линии, центром которой является мать или какая-то другая близкая значимая поддерживающая женщина.

Литература.

1. Beebe, B.; Sorter, D. ; Rustin, J.; Knoblauch, S. (2003) A comparison of
2. Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogue: A Journal of*
3. *Relational Perspectives*, V: 13(6), 777-804.
4. Brazelton T. Die sieben Gruendbeduerfnisse von Kindern Beltz 2002
5. Dornes, M. Der kompetente Säugling. Frankfurt. 1993.
6. Main M., Kaplan, N. Cassidy. Security in Ifancy Childhood and Adulthood: A move to level of representation. In Bratherton J., Waters E. Growing Points in Attachment Theorie and Reseach, 1978.
7. Meltzoff, A. N.. “Like me”: a foundation for social cognition.
8. *Developmental Science*, 10 (1), 2007, с.126-134.
9. Stern D. Aspekte der Mutterschaftkonstellation, in Freud lernt laufen, стр. 73-86. Изд. Brandes & Apsel 1997
10. Onozawa, K, Glover, V, Adams, D, Modi, N and Kumar, R (2001) ‘Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression’, *Journal of Affective Disorders*, vol 63, issues 1-3, pp 201-7
11. D.Stern The Motherhood Constellation Basic Books 1995
12. Trevarthen C. Communication and Cooperation in early Infancy: a description of primal intersubjectivity. Before a speech The beginning of interpersonal Kommunikation Cambridge University red, Margaret Bullowa, 1979, с. 321-349

13. Tronik E. Structure Face to face early communicative interaction University Massachusetts in. Before a speech The beginning of interpersonal Kommunikation Cambridge University red, Margaret Bullowa 1979
14. Минюрова С.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства. // Вопр. психол. 2003. №4.
15. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. Изд-во С.-Петербургского университета, 2001
16. Стерн.Д. Дневник младенца Генезис, 1998.

**ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ТИПАМИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ
ДОМИНАНТЫ
Малаева Ю.Л.**

**Самарская государственная социально-гуманитарная академия, г.Самара,
Россия**

Высокий уровень ежедневного стрессорного воздействия, интенсивный темп жизни, чрезвычайно насыщенная информационная среда, экологическое неблагополучие - всё это негативно отражается на психофизиологическом состоянии беременных женщин, может оказать пагубное, подчас необратимое влияние на генетический потенциал ребенка, а так же затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой. В связи с этим, проблема стресс-преодолевающего поведения приобретает все большую популярность в современной перинатальной психологии.

Вопросы копинг-поведения в психологической литературе достаточно широко освещены, но сведений, касающихся беременных женщин, мало и они имеют не систематизированный характер.

В своей работе мы ставили цель провести диагностику преодолевающего поведения беременных женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты и проследить связь выбора совладающего поведения с типом психологического компонента гестационной доминанты.

На наш взгляд, это важно, так как понимание особенностей стресс-преодолевающего поведения беременных позволит целенаправленно выбрать форму дородовой подготовки с учетом отношений женщины к беременности, для лучшей адаптации женщины и успешного родоразрешения.

Теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями (копинга) возникла в психологии во второй половине XX в. Термин введен американским психологом Абрахамом Маслоу. Понятие «копинг» включает в себя многообразные формы активности человека, оно охватывает все виды взаимодействия субъекта с задачами внешнего или внутреннего характера, с трудностями, которые необходимо решить, избежать, взять под контроль или смягчить [2, с. 213].

Свои исследования мы строили, опираясь на системный подход в психологии, который помогает понять взаимосвязь и взаимообусловленность всех сторон жизни человека, теорию отношений В.Н. Мясищева и «принцип доминантности» А.А. Ухтомского.

Системный подход предполагает, что значимость ситуации для индивида, ее когнитивная оценка и особенности личности будут оказывать влияние на выбор способов преодоления стресса. Преодолевающее поведение, в этом случае, будет рассматриваться как средство, позволяющее человеку как можно лучше адаптироваться к требованиям ситуации.

Представители этого направления считают, что в процессе копинг-поведения личность может использовать самые разные стратегии на различных

этапах преодоления, меняя и совмещая их, оценивая эффективность и постоянно учитывая влияние ситуации [4, с.94].

Согласно теории В.Н. Мясищева каждого человека можно рассматривать как динамическую систему его отношений к окружающему миру и самому себе, стремящегося сохранить себя и находящегося в постоянном развитии. Кроме того, теория отношений В.Н. Мясищева помогает решить проблему диагностики личности, выявив различные отношения человека, представить себе их систему [3, с.61].

В тридцатые годы XX века академик А.А. Ухтомский сформулировал «принцип доминантности». Согласно этому принципу, под влиянием возбуждения, вызванного внешними либо внутренними раздражителями, формируется очаг господствующего возбуждения (доминанта), обеспечивающий деятельность организма в определенном направлении, который способен оказать тормозящее действие на работу других нервных центров, препятствующих этому.

В связи с репродуктивной функцией у женщины происходит формирование материнской доминанты. Материнскую доминанту последовательно составляют гестационная, родовая и лактационная доминанты. Каждая из перечисленных доминант включает физиологический и психологический компонент.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребёнка [3, с.51]. В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, И.В. Добряковым было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Любые негативные воздействия среды могут отрицательно влиять на организм женщины, формирующий материнскую доминанту и приводить к возникновению конкурирующей «стрессовой» субдоминанты. Это чревато нарушениями становления материнской доминанты.

Исходя из нашего понимания проблемы, в диагностический комплекс были включены методики, которые позволяют сделать комплексный анализ совладающего поведения беременных женщин с разными типами ПКГД, без больших временных затрат, использовать творческий потенциал женщин: тест отношений беременных (ТОБ-б) И.В. Добрякова, опросник: «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS)» С. Хофбола в адаптации Н. Водопьяновой, Е.Старченковой, рисуночный тест «Человек под дождем».

Экспериментальную выборку составили беременные женщины в количестве 37 человек. Возрастной ценз - 20-32 лет. Образование: среднее специальное или высшее. Первородящие, состоящие в браке. Исследование проводилось на базе «Отделения планирования семьи перинатального центра» г.Йошкар-Олы.

По результатам наших исследований, с использованием опросника: «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» в адаптации Н. Водопьяновой, Е. Старченковой беременные женщины используют разнообразные модели поведения для преодоления стресса. Однако выяснилось, что предпочтение отдается активному преодолению (ассертивные действия) – 12,2%; используют такие стратегии, как вступление в социальный контакт – 11,8%, поиск социальной поддержки – 12,5%; реже избегание – 8,6%, импульсивные – 10,5%, асоциальные действия – 10%. Это, на наш взгляд, связано с особым состоянием женщины, ожидающей ребенка. Активное преодоление, которое в основном является предпочтением мужчин, в этот период жизни женщины выходит на передний план.

По результатам исследования беременных женщин с помощью теста отношений И.В.Добрякова, женщины были разделены на 4 группы в зависимости от типа ПГДБ: оптимальный тип, гипогестогнозический, эйфорический и тревожный.

Мы зафиксировали зависимость индекса конструктивности стратегий поведения от типа психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин:

1) оптимальный тип ПКГД имеет ИК= 1,4. Это высокая конструктивность поведения;

2) гипогестогнозический тип ПКГД имеет ИК-1,1. Средняя конструктивность поведения;

3) эйфорический тип ПКГД имеет ИК-1,1. Средняя конструктивность поведения;

4) тревожный тип ПКГД имеет ИК-0,9. Нижняя граница средней конструктивности поведения свидетельствует о том, что положение может легко измениться в сторону низкой конструктивности.

Кроме того, выяснилось, что выбор моделей поведения беременными женщинами зависит от отношения женщин к беременности, т.е. от типа ПКГД.

Нами рассчитывалась доля (в %) каждой модели поведения относительно всех 9 субшкал: ассертивные действия, вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки, осторожные действия, импульсивные действия, избегание, манипулятивные действия, асоциальные и агрессивные действия.

1) женщины с оптимальным типом ПКГД чаще используют ассертивные действия – 13,2% и поиск социальной поддержки – 13,5%, реже избегание – 8,8%, агрессивные – 9,4% и асоциальные действия – 9,9%;

2) женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД показали преимущественно: вступление в социальный контакт – 13,3%, импульсивные – 12,8%, агрессивные действия – 12,1%, в меньшей степени поиск социальной поддержки – 9,1%. Предпочтение импульсивных и агрессивных действий, на наш взгляд, связано с тем, что эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени выполнять назначения врачей, так как они заняты работой или учебой, и резкое реагирование на стрессовую ситуацию облегчает им выход из стресса;

3) женщины с эйфорическим типом ПКГД предпочитают вступление в социальный контакт – 13,1%, поиск социальной поддержки – 12,6% и манипулятивные действия – 13,0%, реже осторожные действия – 7,6%;

4) женщины с тревожным типом ПКГД чаще пользуются неконструктивными моделями поведения: осторожные действия – 14,4%, избегание – 14,0%, манипулятивные действия – 10,4%. Повышенный уровень тревоги, на наш взгляд, существенно влияет на выбор таких стратегий преодоления и требует коррекции, желательно в индивидуальном порядке.

Математическая обработка результатов проводилась с помощью программы Excel, с использованием критерия Стьюдента для независимых выборок. Мы задали вероятность допустимой ошибки 0,05. Табличное значение 1,76.

В результате подтвердилось существование статистически достоверных отличий, между средними значениями.

1) При оценке t критерия Стьюдента между средними значениями у оптимального и гипогестогнозического типов выявлено существование статистически достоверных отличий по следующим моделям поведения: поиск социальной поддержки – 4,3; импульсивные действия – 6,6; агрессивные действия – 7,4.

2) При оценке t критерия Стьюдента между средними значениями у оптимального и эйфорического типов по таким моделям как: ассертивные действия – 4,3; осторожные действия – 3,3; манипулятивные действия – 3,2; агрессивные действия – 4,2.

3) При оценке t критерия Стьюдента между средними значениями у оптимального и тревожного типов по таким моделям как: ассертивные действия – 7,8; вступление в социальный контакт – 3,1%; поиск социальной поддержки – 4,3; манипулятивные действия – 2,3; агрессивные действия – 3,4.

При анализе рисуночного теста «Человек под дождем» выявились определенные расхождения между словесной и образной формами выражения преодолевающего поведения. В вербальной форме ведущими по всей выборке являются такие стратегии преодоления стресса, как ассертивные действия, поиск социальной поддержки и вступление в социальный контакт. При образной форме выражения - избегание, не прямые действия выходят на равный уровень с активными стратегиями. Этот момент требует дальнейшего изучения.

В данной статье мы представили исследование преодолевающего поведения беременных женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты беременности.

Мы зафиксировали зависимость индекса конструктивности стратегий поведения и выбор моделей поведения от типа психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин.

Результаты исследования используются в работе с беременными на базе «Отделения планирования семьи перинатального центра» г. Йошкар-Олы.

Учитывая то, что с момента шевеления плода 65% от всей выборки изъявляли желание узнать как можно больше о ресурсах и стратегиях

преодоления трудных жизненных ситуаций, проблема стресс-преодоления является важной для беременных женщин.

В перспективе исследование планируется направить на разработку коррекционной программы для беременных женщин целенаправленно с учетом их психологических особенностей, производить разделение беременных женщин в группы дородовой подготовки согласно их отношению к беременности. С женщинами тревожного и депрессивного типов ПКГД вести индивидуальную подготовку к родам.

Список литературы:

1. Бодров В.А. Информационный стресс. М.: Персе, 2000. 352с.
2. Водопьянова Н.Н. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2011. 272с.
4. Моница Г.Б., Раннала Н.В. Тренинг «Ресурсы стрессоустойчивости». СПб.: Речь, 2009. 250с.
5. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Эксмо, 2010. 368с.
6. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: учеб. для высших учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 512с.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)

Маленова А.Ю.

**Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, г. Омск,
Россия**

Отличительным признаком современного общества является прогрессирующий переход от культуры многодетности к малодетным семьям вплоть до отказа супругами осуществлять родительскую функцию (сознательно бездетные браки). Вместе с тем, для большинства женщин дети представляют главную ценность, значение которой особенно повышается в ситуации невозможности по каким-либо причинам стать матерью. Угроза материнской функции как таковой, заставляет супругов обращаться к различным способам решения проблемы. Одним из современных вариантов помощи в ситуации бездетности, получившим широкое распространение, является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), выступающий завершающим этапом длительной цепочки диагностических и лечебных воздействий.

Традиционно ситуация беременности и рождения ребенка относится к числу нормативных семейных кризисов. Переход от супружества к родительству значительно меняет структуру семьи, привычный уклад жизни, систему отношений членов семьи и ближайшего окружения, характер социальных контактов. Перестройка семейной системы в целом, в связи с появлением нового члена, закономерно сопровождается как позитивными, так и негативными переживаниями. В свою очередь, последние, выступающие естественной реакцией на возникающие трудности, требуют от молодых супругов определенной активности, направленной на преодоление противоречий. В современной психологии такая активность определяется термином «совладающее или копинг-поведение», как индивидуальный способ взаимодействия с трудной или значимой ситуацией с учетом особенностей последней и возможностей человека, с ней столкнувшимся [4]. Порой, ситуации преодоления включают требования, значительно превосходящие возможности личности, требующие выхода за пределы ситуации, обращения к различным внешним, социальным ресурсам. К числу таковых, безусловно, можно отнести и ситуацию бездетности и, как следствие, искусственного оплодотворения. Несмотря на то, что такой способ зачатия достаточно распространен, все же отношение к нему в обществе нельзя назвать однозначным. В связи с неоднородностью мнений на этот счет, одним из направлений перинатальной психологии, на наш взгляд, должно выступать изучение специфики, как самой ситуации, так и отношения к ней населения. Другая сторона этой проблематики охватывает самих женщин, решивших стать матерями с помощью метода искусственного оплодотворения, особенностей их личности и поведения.

Данные направления легли в основу нашего исследования, осуществленного совместно с Л.С. Асташкиной, целью которого выступает изучение особенностей переживания беременности и совладающей активности

женщин в ситуации искусственного оплодотворения с помощью метода ЭКО. В связи со спецификой выборочной совокупности, она была представлена 20 женщинами, проживающими в разных городах России – Омске, Москве, Санкт-Петербурге, Уфе, Казани, Черногорске. Контрольная группа включала 25 женщин в ситуации естественного оплодотворения. Все участницы исследования состоят в официальном браке. Группы были уравнены по образовательному (среднее специальное, незаконченное высшее и высшее) и возрастному (средний возраст женщин 35 лет) критериям.

Основными методами исследования выступили письменный опрос, беседа и психологическое тестирование. Последнее было реализовано с помощью следующего методического инструментария:

- «Тест отношений беременной» Э.Г. Эйдемиллера, И.В. Добрякова, И.М. Никольской;
- «Шкала самооценки тревожности» Ч. Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина;
- «Причины тревожности в ситуации беременности», авторский опросник на основе работ Е. Исаевой, В.И. Брутман, Г.Г. Филипповой, И.Ю. Хамитовой;
- «Анкета оценки копинг-стратегий» C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub в адаптации Л.И. Дементий.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью критериев определения значимости различий - U Манна-Уитни и χ^2 Фишера.

Первой задачей исследования выступало определение уровня информированности и отношения к ситуации искусственного оплодотворения. Благодаря методу ЭКО уже более 30 лет возможно обрести родительское счастье семейным парам с диагнозом «бесплодие». При этом дискуссии, предметом которых является эта процедура, до сих пор отличаются актуальностью, имеют как сторонников метода, так и его противников. Результаты опроса женщин, готовящихся к рождению ребенка, зачатие которого происходило естественно и искусственно, также вскрыли противоречивость отношения к ЭКО и его результату.

Несмотря на распространенность метода ЭКО, лишь 20% женщин в ситуации естественного оплодотворения имеют представление о нем ($\chi^2=4,561$ при $p \leq 0,00$). Все опрошенные, знакомые с методом, определили его как следствие невозможности зачать ребенка естественным путем, связанной с бесплодием. Обращение к методу ЭКО закономерно для женщин, имеющих проблемы со здоровьем на этапе планирования беременности, среди опрошенных они составили 80%, тогда как в ситуации естественного зачатия с аналогичными трудностями столкнулись лишь 20% опрошенных ($\chi^2=4,25$ при $p \leq 0,00$). Главными источниками информации о методе экстракорпорального оплодотворения для женщин обеих групп являлись врачи, Интернет, телевидение и периодическая печать. При этом женщины, принявшие решения об использовании метода ЭКО, закономерно в большей степени осведомлены о его специфике, прибегая к разным способам получения

информации. На вопрос о том, есть у женщин знакомые, воспользовавшиеся методом ЭКО, в эмпирической группе испытуемых положительный ответ фиксировался в 53,3% случаев, тогда как в контрольной группе лишь 10% дали утвердительный ответ (фэмп.=3,28 при $p \leq 0,00$). Также 73,3% женщин в ситуации искусственного оплодотворения общались с матерями ЭКО-детей и самими детьми, в то время, как только 15% женщин в ситуации естественного оплодотворения имели подобный опыт (фэмп.=4,16 при $p \leq 0,00$). Независимо от наличия или отсутствия опыта взаимодействия с матерью ЭКО-ребенка или им самим, 82% опрошенных женщин считают, что не существует никаких различий между детьми «из пробирки» и зачатыми естественным путем (однако около 20% женщин склонны указывать на их существование).

К числу возможных ограничений метода ЭКО женщины отнесли, прежде всего, его высокую финансовую стоимость (10% опрошенных в ситуации естественного и 40% искусственного оплодотворения, фэмп.=2,39 при $p \leq 0,00$), состояние здоровья, в частности наносимый ему гормональный вред (20% и 46,7% опрошенных соответственно, фэмп.=1,9 при $p \leq 0,05$). При этом 10% женщин в ситуации естественного оплодотворения указали на значимость общественного мнения по поводу ЭКО и ребенка, рожденного с помощью этого метода. В свою очередь женщин, прибегнувших к услугам медицинских учреждений с целью искусственного оплодотворения, беспокоит проблема многоплодной беременности как частого следствия ЭКО (13,3% опрошенных). Одновременно с этим, многоплодная беременность может расцениваться и как преимущество метода экстракорпорального оплодотворения, о чем также свидетельствуют ответы 13,3% женщин, оказавшихся в этой ситуации. К другим положительным следствиям метода ЭКО женщинами обеих групп относятся предоставление шанса стать родителями бесплодным супругам, возможность проверки эмбриона на отсутствие генетических заболеваний, точность даты беременности и, как правило, родов. Однако эти и другие преимущества не представляют особую ценность для женщин в ситуации естественного оплодотворения, которые лишь в 30% случаев высказали готовность воспользоваться методом ЭКО при необходимости (фэмп.=2,91 при $p \leq 0,00$).

Таким образом, можно заключить, что метод экстракорпорального оплодотворения широко известен не большому количеству женщин, хотя все же, им интересуются не только те женщины, которые столкнулись с проблемой бесплодия. При этом наличие взаимодействия с семьями, воспользовавшимися методом ЭКО, повышает не только информированность о его специфике, но и толерантность в отношении самих родителей и их детей.

Следующая задача нашего исследования направлена на выявление специфики отношений беременной женщины, в зависимости от способа ее оплодотворения. Полученные результаты свидетельствуют, что независимо от выделенного критерия ответы женщин преимущественно локализируются в области оптимального и эйфорического типов отношений, в меньшей степени выражен тревожный тип отношений, тогда как депрессивный тип этим женщинам не свойственен вовсе (см. Таблицу 1).

Таблица 1

Особенности отношений беременной женщины в ситуации естественного (Е) и искусственного (И) оплодотворения методом ЭКО
(частота встречаемости, %)

Параметры	Тип отношения									
	Оптимальный		Гипогестогнозический		Эйфорический		Тревожный		Депрессивный	
									И	Е
Отношение к себе беременной										
Отношение к беременности	0	2	0	0	0	4	0	4	0	0
Отношение к образу жизни	5	4	0	2	5	0	0	4	0	0
Отношение к родам	5	2	0	8	5	0	0	0	0	0
Отношение к системе «Мать-ребенок»										
Отношение к себе – матери	0	0	0	0	70	0	0	0	0	0
Отношение к ребенку	5	2	0	0	35	0	0	8	0	0
Отношение к грудному вскармливанию	5	0	0	8	45	2	0	0	0	0
Отношение к отношению окружающих										
Отношение к мужу	5	8	0	6	0	6	5	0	0	0
Отношение к близким	5	0	0	2	5	8	0	0	0	0
Отношение к посторонним	0	2	0	4	0	6	0	8	0	0

Однако для женщин в ситуации естественного оплодотворения более характерен оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты, свидетельствующий об ответственном отношении к своей беременности при отсутствии полярных эмоциональных реакций. Большинство женщин этой группы получают удовольствие от своего состояния беременности (фэмп.=2,28 при $p \leq 0,01$), не меняя при этом кардинально свой образ жизни (фэмп.=2,82 при $p \leq 0,00$), с определенной периодичностью посещают врачей и курсы по подготовке к родам, полагая, что без страха смогут контролировать эту ситуацию в будущем (фэмп.=1,18 при $p \leq 0,1$), уверены в своих материнских качествах (фэмп.=2,04 при $p \leq 0,05$), активно общаются с будущим ребенком (фэмп.=1,84 при $p \leq 0,05$) и планируют его естественное вскармливание, окружены вниманием и заботой близких,

спокойно относятся к реакциям на их положение посторонних людей (фэмп.=3,22 при $p \leq 0,00$). Кроме лидирующего оптимального типа отношения, для части женщин группы естественного оплодотворения свойственен также гипогестогнозический тип, заключающийся в слабой причастности к собственной беременности. Эти женщины не считают беременность причиной изменения привычного образа жизни (12% опрошенных, фэмп.=2,35 при $p \leq 0,00$), стараются вытеснить мысли о своем положении, предстоящих родах, грудном вскармливании (8% опрошенных, фэмп.=1,91 при $p \leq 0,05$), не замечают заботы со стороны супруга (16% опрошенных, фэмп.=2,74 при $p \leq 0,00$), близких (12% опрошенных, фэмп.=2,35 при $p \leq 0,00$), игнорируют внимание посторонних людей (4% опрошенных).

Подобные гипогестогнозические реакции абсолютно чужды женщинам с ситуации искусственного оплодотворения (0% опрошенных). Не смотря на представленность в ответах женщин этой группы оптимального типа отношения по всем параметрам, все же лидирующим для них выступает эйфорический тип. Это закономерно, так как данный тип действительно свойственен женщинам длительное время лечившимся от бесплодия [5]. Беременность для них ассоциируется с чувством счастья (фэмп.=2,54 при $p \leq 0,00$), роды – с праздничным событием (фэмп.=4,89 при $p \leq 0,00$). Такие женщины самоуверенно полагают, что станут прекрасными матерями (фэмп.=1,86 при $p \leq 0,05$), так как уже на этапе беременности очень сензитивны к своему ребенку, его чувствам, реакциям, испытывая восторг от этих ощущений и восхищаясь самим их источником (фэмп.=4,22 при $p \leq 0,00$). Восхищение проецируется и на отношения с супругом, который, по мнению женщин, испытывает исключительно высокие чувства, как к женщине, так и к будущему ребенку. Даже в отношениях с окружающими, в том числе посторонними, женщины склонны демонстрировать свое положение, стремясь вызвать положительную реакцию с их стороны (фэмп.=4,03 при $p \leq 0,00$).

При этом 30% женщин в ситуации искусственного оплодотворения испытывают беспокойство по поводу произошедших в их жизни изменений, словно, испугавшись и не доверяя реальности случившегося события, к которому так долго стремились (фэмп.=3,86 при $p \leq 0,00$). Тогда как для женщин в ситуации естественного оплодотворения страх весьма предметен и связан с конкретной ситуацией предстоящих родов, что естественно для первой беременности (20% опрошенных, фэмп.=3,08 при $p \leq 0,00$). Состояние здоровья будущего ребенка также выступает потенциальным стрессором для будущих матерей, как эмпирической, так и контрольной групп (20% и 28% опрошенных соответственно).

Дополнительное обследование женщин с целью выявления причин тревожности в период беременности, позволило расширить исходный список. На основе анализа результатов других исследований, нами было выявлено семь основных сфер жизни супругов, которые в ситуации беременности приобретают особую значимость – физическая, социальная, экономическая, психологическая, супружеская, родительская, мифологическая [1; 3], которые и рассматривались в качестве источников тревожных переживаний в

составленном нами опроснике. Полученные результаты позволяют говорить скорее о сходстве профилей беспокойства беременных женщин независимо от принадлежности к той или иной группе. Так, к числу универсальных причин тревожности женщин в ситуации беременности следует относить повышенную рефлексия к собственному психологическому, эмоциональному и физиологическому состоянию, оценку себя в качестве родителя, изменения в сфере супружеских отношений, материальное положение семьи в будущем. Тогда как грядущие изменения в системе социальных, дружеских контактов, а также суеверия в отношении предстоящего рождения ребенка не воспринимаются женщинами столь тревожно. Однако именно в отношении последнего были обнаружены значимые различия ($U=2,357$ при $p \leq 0,01$), указывающие на то, что в ситуации естественного оплодотворения женщины более чутко прислушиваются к опыту прошлых поколений, веря в приметы и поддерживая суеверия (см. Рис. 1).

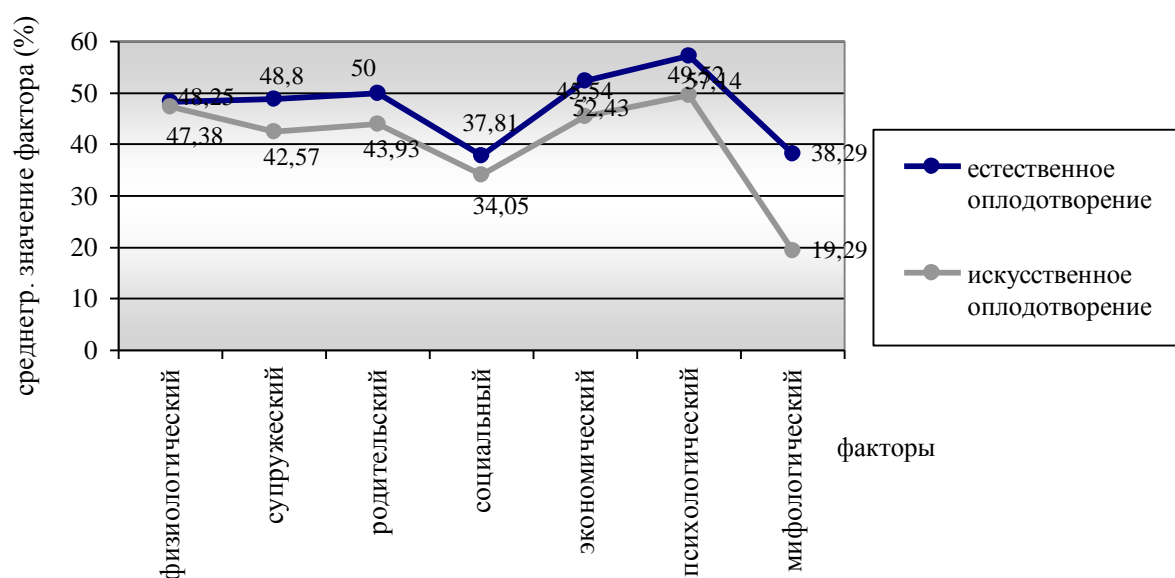


Рис. 1. Факторы возникновения тревожности у женщин в ситуации искусственного (ЭКО) и естественного оплодотворения (среднегрупповые значения).

В целом ситуация беременности вызывает общее беспокойство женщин, являясь достаточно стрессогенной для них: большая часть опрошенных испытывает тревожность в разной степени. При этом подтверждаются данные, полученные нами ранее – более тревожными являются женщины в ситуации естественного оплодотворения (фэмп.=1,35 при $p=0,08$), что можно объяснить отсутствием опыта и страхом перед неизвестностью, с одной стороны, и невозможностью контролировать ситуацию полностью, значительной зависимостью от квалифицированности действий других людей, прежде всего медицинских работников, с другой (см. Рис 2).

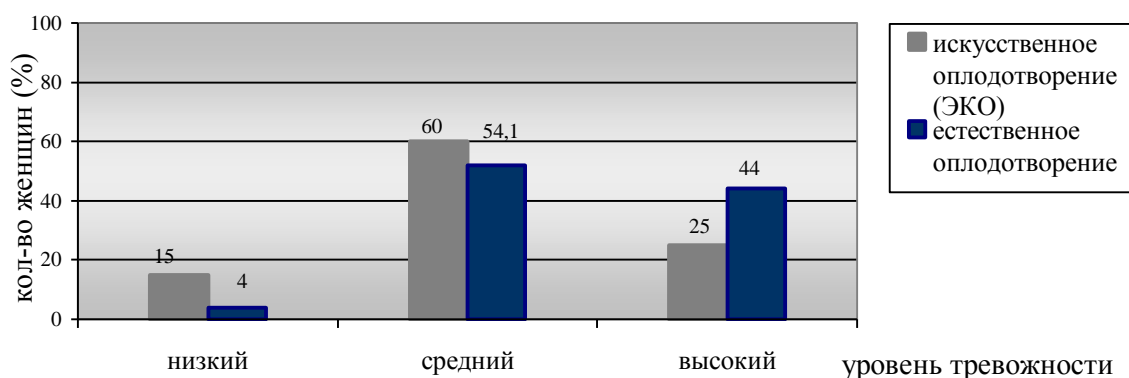


Рис. 2. Уровень тревожности женщин в ситуации естественного и искусственного (ЭКО) оплодотворения (частота встречаемости, %).

В связи с обнаруженными закономерностями женщины в разной ситуации беременности должны обращаться к определенным стратегиям совладания с возникающими трудностями на пути к материнству. За основу нами была взята концепция C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub, в рамках которой выделяется 15 способов преодоления стрессовых ситуаций: 1. Активный копинг (действия, усилия, направленные на удаление или обход источника стресса); 2. Планирование (размышления о том, как противостоять источнику стресса, планирование попыток активного копинга); 3. Поиск активной общественной поддержки (поиск помощи, информации или совета о действиях у окружающих); 4. Поиск эмоциональной общественной поддержки (получение чьего-либо сочувствия или эмоциональной поддержки); 5. Подавление конкурирующей деятельности (подавление внимания к другим видам деятельности для более полной концентрации на источнике стресса); 6. Обращение к религии (более активное участие в религиозной деятельности, обращение к высшим силам); 7. Положительное истолкование и рост (извлечение пользы из ситуации через личный рост или рассмотрение ее в более благоприятном свете); 8. Сдерживание (пассивный копинг путем сдерживания попыток преодоления до того момента, когда они будут полезны); 9. Принятие (признание факта реальности случившейся ситуации); 10. Фокус на эмоциях и их выражение (повышенное осознание эмоциональных переживаний и сопутствующая этому тенденция к выражению этих чувств); 11. Отрицание (непризнание реальности стрессовой ситуации); 12. Ментальное отстранение (психологический уход от цели, достижению которой мешает стрессор); 13. Поведенческое отстранение (отказ, сдерживание попыток достичь цели, в которую вторгается источник стресса); 14. Использование алкоголя и/или наркотиков (стремление выйти за пределы ситуации, временное отвлечение от решения проблемы); 15. Юмор (отношение к ситуации с иронией, снятие напряжения через смех, шутки) [20]. Помимо широкого арсенала копинг-стратегий, преимуществом данной концепции является наличие методического инструментария, раскрывающего как диспозиционный (типичные реакции человека на источники стресса), так и ситуативный аспект копинг-поведения (реакции на конкретную ситуацию, или в определенном промежутке времени)

[6]. Так как согласно авторитетному для нас мнению Л.И. Дементий, используя методический инструментарий, принципиально важно соотнесение его диагностических возможностей и требований того или иного подходов [2], то методика Ч. Карвера и соавторов является адекватной и релевантной для изучения копинга с позиции ситуационного подхода, в нашем случае, на примере беременности.

Единообразие результатов женщин эмпирической и контрольных групп наблюдалось при выделении стратегий «поиск активной общественной поддержки» и «положительное истолкование и рост» в качестве приоритетных способов совладания, и саморазрушающей стратегии «использование алкоголя» в качестве отвергаемой, что закономерно с учетом физиологического положения женщин (см. Таблицу 2).

Таблица 2
Копинг-стратегии женщин в ситуации естественного и искусственного (ЭКО) оплодотворения.

№	Копинг-стратегии	Ситуация беременности			
		Искусственное оплодотворение		Естественное оплодотворение	
		Среднее значение	Станд. отклонение(σ)	Среднее значение	Станд. отклонение(σ)
1	Активный копинг	13,5	2,7	11,3	3,3
2	Планирование	12,85	1,8	11,04	2,9
3	Поиск активной общественной поддержки	13,15	2,2	12,32	2,6
4	Поиск эмоциональной поддержки	11,15	2,2	12,32	2,6
5	Подавление конкурирующей деятельности	11,75	1,9	10,52	2,8
6	Обращение к религии	9,2	2,3	8,6	3,5
7	Положительное истолкование и рост	12,55	1,8	12,12	2,6
8	Сдерживание	9,8	2,5	10,28	2,2
9	Принятие	10,65	1,6	10,88	2,3
10	Фокус на эмоциях и их выражении	10,2	2,4	10,92	2,1
11	Отрицание	7,65	1,7	6,88	2,8
12	Ментальное отстранение	9,75	1,1	9,92	2,7
13	Поведенческое отстранение	5,8	1,8	7,88	2,1
14	Использование алкоголя (наркотиков)	4,2	0	4,12	0,5
15	Юмор	9,85	2,9	7,92	3,1

Однако в число лидирующих реакций на трудности, сопровождающие беременность (средний балл более 12 из 16 возможных) у женщин в ситуации искусственного оплодотворения попадают также активный копинг ($U_{\text{эмп.}}=149,5$ при $p \leq 0,05$) и планирование ($U_{\text{эмп.}}=157$ при $p \leq 0,05$) относимые авторами методики к числу адаптивных в ситуациях, требующих активного

сопротивления источнику стресса. Тогда как женщинами контрольной группы предпочтение отдается стратегии «поиск эмоциональной поддержки», не предполагающей совершение активных действий в отношении стрессора.

Кроме этого, различия были обнаружены в отношении стратегий «поведенческое отстранение» ($U_{\text{эмп.}}=105$ при $p \leq 0,01$) и «юмор» ($U_{\text{эмп.}}=163$ при $p \leq 0,05$), что свидетельствует об отказе женщин с ситуации искусственного оплодотворения сдерживать попытки достижения цели, в которую вторгается источник стресса, в то время, как использование юмора считается ими допустимым способом снятия напряжения.

Таким образом, беременность, как следствие преодоления бесплодия, придает женщине уверенность в собственных силах, раскрывая ее внутренние ресурсы, тогда как при естественной беременности женщины более тяготеют к поиску внешних ресурсов. При этом женщины обеих групп полностью исключают неадаптивные копинг-стратегии, при столкновении с различными стрессовыми ситуациями во время беременности. Рождение ребенка является значимым и ожидаемым событием для женщины, которое формирует положительный эмоциональный фон, возможно, именно поэтому будущие матери не склонны уходить от решения проблемы, погружаться в собственные переживания и неудачи, а готовы к осуществлению активных действий, связанных с преодолением трудностей.

В целом, полученные в рамках исследования результаты позволяют сформулировать следующие выводы:

- Несмотря на распространенность метода ЭКО, представление о нем у населения, в частности у беременных женщин, отличается неоднородностью, фрагментарностью, неточностью;
- В ситуации искусственного оплодотворения (ЭКО) женщины чаще испытывают эйфорическое отношение к своей беременности, себе как матери, одновременно испытывая тревогу в связи с изменением образа жизни. В то время, как женщины в ситуации естественного оплодотворения имеют в целом оптимальный тип переживания беременности, с присутствующим гипогестогнозическим отношением к родам, мужу и близким;
- Ситуация беременности, независимо от способа оплодотворения, выступает нормативным стрессором, закономерно вызывая беспокойство будущих матерей, причины которого преимущественно имеют психологический, экономический и ролевой характер;
- Совладающая активность будущих матерей преимущественно направлена на активное противостояние источнику стресса, при этом женщины, использующие метод ЭКО, в большей степени тяготеют к адаптивным стратегиям поведения, обращаясь к внутренним психологическим ресурсам.

Литература.

1. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов.// Вопросы психологии, № 1, 2002.
2. Дементий Л.И. К проблеме диагностики социального

контекста и стратегий копинг-поведения // Журнал прикладной психологии. №3. 2004. С.20-25

3. *Исаева Е.Л.* Не бойтесь стать мамой: Счастливая беременность и роды. – М.: РИПОЛ классик, 2004. – 192 с.

4. *Нартова-Бочавер С.К.* «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал, Том 18,. №5, 1997. С. 20-30

5. *Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф.* Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006. –360 с.

6. *Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K.* Assessing coping strategies: A theoretically based approach // J. of personality and social psychology. 1989. Vol. 56. №. 2. P. 267–283.

СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОБЫТИЙНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ

Никишина В. Б., Копылова П. В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В структуре семейных отношений феномен зависимости реализуется в эффектах патологических изменений семейных систем (наиболее изучен феномен созависимости). Обобщение материала исследований семей, члены которых имеют зависимость, показывает, что семья, с одной стороны, может выступать, как фактор, обуславливающий возникновение зависимости, а с другой, как условие эффективной реабилитационной и профилактической работы (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 2003).

Система отношений человека определяется типом его установок и дифференцируется на субъект-объектные отношения (отношения к предметному миру) и субъект-субъектные отношения (отношения к другим людям) (Мясищев В.Н., 1979, Сарджвеладзе Н. И., 1989) .

Межличностные отношения в семье носят субъект-субъектный характер и при нормальном функционировании семейной системы характеризуются персонализированностью, эмоциональной вовлеченностью, открытостью, взаимоподдержкой (Дружинин В. Н., 2006).

Состояние зависимости характеризуется преимущественно S-О направленностью социальных установок по отношению к предметному миру, обусловленных патологическим влиянием объекта зависимости (Лисецкий К. С., Литягина Е. В., 2008).

Семейная система, в которой один из членов имеет зависимость, носит дисфункциональный характер, что проявляется в характере и структуре межличностных отношений. Основными дисфункциональными особенностями семейной системы при наличии зависимости у ее членов, являются дистантность, эмоциональное отвержение, манипулирование и др. (Менделевич В. Д, 2007, Лисецкий К. С., Литягина Е. В., 2008).

Рассматривая событийное пространство зависимой личности в сравнении с событийным пространством здоровой личности, мы предполагаем, что роль и место семейных отношений в субъективной реальности людей с состоянием зависимости будет отличным от роли и места семейных отношений в субъективном пространстве здоровых людей.

Объект исследования: событийное пространство зависимой личности.

Предмет исследования: семейные отношения в событийном пространстве зависимой личности.

Исследование осуществлялось на базе Областного наркологического диспансера Курской обл. и психоневрологического диспансера г. Курска, а также на базе Курского Государственного медицинского университета. В исследовании принимали участие мужчины в возрасте от 22 до 46 лет. Экспериментальную группу составили 22 испытуемых с алкоголизмом (пациенты Областного наркологического диспансера Курской обл. и психоневрологического диспансера г. Курска). Контрольная группа

испытуемых (20 человек) была сформирована из студентов очного и заочного форм обучения Курского Государственного медицинского университета, не имеющих склонности к зависимому поведению. При формировании контрольной группы (испытуемые с отсутствием зависимости) для оценки склонности к зависимому поведению использовался метод ассоциативного эксперимента и клиническая беседа.

В качестве диагностического инструмента использовалась методика «Линия жизни». Осуществлялся качественный и количественный анализ событийного пространства испытуемых, по параметрам: общее количество жизненных событий; количество событий S-O характера связанных с предметным миром; количество событий S-S характера связанных с семьей и ее членами; количество отношений S-S характера связанных с другими людьми за исключением членов семьи. Статистическая обработка данных проводилась при помощи методов описательной статистики, а также критерия U Манна-Уитни и корреляционного критерия r_s Спирмена.

По результатам исследования между экспериментальной (испытуемые с алкоголизмом) и контрольной группой (испытуемые без состояния зависимости) не выявлены значимые различия по показателям общее количество жизненных событий, количество событий S-O характера, количество событий S-S характера связанных с другими людьми за исключением членов семьи. Значимые различия с тенденцией повышения в группе испытуемых с отсутствием зависимости выявлены по показателю количество событий S-S характера связанных с семьей ($U=68,00$).

По результатам корреляционного анализа в группе испытуемых с отсутствием зависимости выявлена значимая прямо пропорциональная взаимосвязь между показателем общего количества жизненных событий, и количеством событий S-S характера связанных с семьей ($U=0,98$).

В группе испытуемых с состоянием зависимости выявлена значимая прямо пропорциональная взаимосвязь между показателем общего количества жизненных событий и количеством событий S-O характера связанных с предметным миром ($U=0,77$).

Таким образом, в ходе исследования было установлено, что, по сравнению с людьми, не имеющими зависимости, событийное пространство зависимой личности менее насыщено значимыми событиями, связанными с семьей. Событийное пространство зависимой личности определяется отношениями, связанными с предметами окружающего мира, и ориентированно на патологическое влияние объекта зависимости. Для людей, не имеющих зависимости, свойственно преобладание событий связанных с семьей, что указывает на высокую значимость межличностных отношений с членами семьи в их событийном пространстве. В результатах исследования прослеживается тенденция на дефицитарность внутрисемейных межличностных отношений людей с состоянием зависимости, и в то же время подчеркивают роль межличностных отношений среди членов семьи, как фактора препятствующего формированию зависимости.

Литература.

1. Дружинин В. Н. Психология семьи: 3-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 176 с:
2. Лисецкий К. С., Литягина Е. В. Психология и профилактика наркотической зависимости. — Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2008.
3. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007.
4. Мясищев В. Н. Психология отношений. — Москва: Изд. Московский психолого-социальный институт, 2003.
5. Сарджвеладзе Н. И. *Личность и ее взаимодействие с социальной средой*. Тбилиси: "Мецниереба", 1989 г.
6. Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие для студентов высш. учеб.заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии. Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский.—М.: Академия, 2003 г.

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТНОШЕНИЙ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Ноздрунова Е.Н.

**Институт специальной педагогики и психологии, г. Санкт-Петербург,
Россия**

В последние годы заметно оживление исследовательской активности в области изучения семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья. С одной стороны - это закономерно следует из интереса к проблеме формирования личности таких детей, а так же к потенциалу их социальной интеграции. С другой – это связано с тем, что сегодня увеличивается количество детей с ограниченными возможностями здоровья. И так же сегодня больше осознается роль семьи в процессе абилитации, реабилитации и коррекции, и ее особый вклад в интеграцию и социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья.

Рождение больного ребенка создает многочисленные трудности в процессе его воспитания, обусловленные как объективными факторами, связанными с характеристиками заболевания, так и со своеобразием психологического отношения родителей к ребенку и ко всему, что с ним связано, включая отношение к себе как к матери или отцу (Д.Н. Исаев, 2007).

Целью исследования было изучение отношения к себе и своему ребенку у матерей, воспитывающих детей с нарушенным интеллектуальным развитием. В основу нашего исследования была положена гипотеза, что у матерей воспитывающих детей с нарушенным интеллектуальным развитием характер отношения к детям опосредуется комбинацией различных факторов: пол и возраст ребенка, количество детей в семье и то младшим или старшим является больной ребенок, возраст, образование и занятость матери, является ли семья полной или неполной, и материальное положение семьи.

В качестве испытуемых выступили матери, средний возраст которых 45 лет, воспитывающие детей с умственной отсталостью умеренной степени, в среднем 20-22 лет. Количество исследуемых 68 человек. 33 матери воспитывали мальчиков и 35 девочек. Полных семей было 36, а неполных 32. 34 семьи воспитывают одного ребенка с умственной отсталостью. И 34 семьи воспитывают больного ребенка и минимум еще одного здорового. Из исследуемых матерей высшее образование имеют 31 мать, а среднее 37. Работающих матерей - 37, а неработающих – 31. Все семьи имеют разный уровень доходов.

Исследование проводилось с помощью методики семантический вербальный дифференциал, в варианте Ч. Осгуда (А.Г. Шмелев, 1983). Было исследовано отношение к таким понятиям как «Я сама» «Мой ребенок», «Моя семья», «Болезнь моего ребенка», «Будущее моего ребенка при мне», «Будущее моего ребенка, когда меня и мужа не будет».

Ч. Осгуд, как известно, предполагал, что степень и качество эмоциональных реакций человека на те или иные стимулы определяются

сочетанием так называемых основных семантических факторов, к числу которых он относил такие, как фактор Оценки, Силы и Активности.

При применении методики семантический дифференциал (СД) для исследования самооценки значения фактора Оценки (О) свидетельствуют об уровне самоуважения. Фактор Силы (С) говорит о развитии волевых сторон личности, как они осознаются самим испытуемым. Фактор Активности (А) интерпретируется как свидетельство экстравертированности или интровертированности личности.

При использовании СД для измерения взаимных оценок фактор О интерпретируется как свидетельство уровня привлекательности, симпатии, которым обладает один человек в восприятии другого. Фактор С выявляет отношения доминирования-подчинения, как они воспринимаются субъектом оценки. А фактор А отражается восприятие людьми личностных особенностей друг друга. Значимым отличием считалась разница, превышающая 0.5 балла.

Общие средние результаты по данным понятиям показали, что у матерей и к себе и к детям отношение позитивное. Так же позитивно они воспринимают свою семью. А болезнь ребенка видят очень негативно, их переживания характеризуются большой силой и остротой. Будущее ребенка с ними они видят хорошим. А вот будущее без родителей воспринимают негативно.

У матерей отношение к себе позитивное, они воспринимают себя как сильных и активных людей. Во всех выделенных нами группах это сохраняется, но различные факторы имеют разное влияние.

Собственный возраст практически не влияет на восприятие себя. Но матери самой старшей возрастной группы имеют более высокую самооценку. С возрастом же ребенка заметно уменьшается оценка собственных сил. Возможно, это связано с рядом факторов:

- С тем, что уходят надежды на улучшение состояния ребёнка возникает ощущение бессилие.

- Молодой человек более самостоятелен, чем маленький ребенок, матери меньше могут на него влиять, но самостоятельность эта разная – конструктивная и деструктивная.

- Между родителя и детьми возникает непонимание. Сложно принять сочетание разного уровня поведения – например, недостаточная ответственность, но при этом взрослые интересы.

- Ребенок, а потом и молодой человек, с умственной отсталостью слишком долго был маленьким. У матери появляется патологическая зависимость в отношениях: минимальные попытки молодого человека стать самостоятельной воспринимаются как разрушение созависимых отношений, что также приводит к ощущению бессилия и беспомощности.

Важным фактором оказалось количество детей и их возраст. Так матери воспитывающие одного ребенка с умственной отсталостью и еще одного здорового чувствуют себя сильнее и активнее, чем матери воспитывающие только одного больного ребенка. А если больной ребенок младший это придает им еще больше сил. Наличие здоровых детей в семье явно положительно влияет на матерей, придает большую уверенность, делает более открытыми и

активными.

Возможно, это связано с самореализацией женщин как матерей, воспитывая только умственно отсталого ребенка, это важная потребность ущемлена (Э.Г. Эйдемиллер, 2006). Хотя возможно это говорит лишь о том, что двое детей объективно требуют больше сил и активности.

Но когда мы поделили группу матерей воспитывающих несколько детей на две группы в зависимости от того младший или старший больной ребенок, то получилось, что значение по фактору Силы в семьях, где больной ребенок старший совпадает со значением, где матери воспитывают только одного ребенка. А действительно высокое значение по этому фактору у второй группы – матери, у которых ребенок с умственной отсталостью младший.

Получается, важным моментом является, чтобы при рождении больного ребёнка у матери уже имелся опыт воспитания здорового ребенка – опыт полноценного материнства и с точки зрения удовлетворения потребности самой женщины и с точки зрения оценки её обществом и самой себя. А так же сам опыт воспитания ребенка, и в том числе знание естественных изменений здорового ребенка связанных с его взрослением.

Наше исследование показало, что работающие матери воспринимают себя более активными и оценивают себя заметно выше – и это самая высокая оценка за все исследование. Скорей всего это говорит о профессиональной и общественной самореализации, что и повышает самооценку матерей и, можно сказать, определяет её.

Интересным моментом нам показалось, что материальное положение на уровне прожиточного минимума и даже ниже гармонизирует отношение к себе, а высокий уровень доходов наоборот делает отношение к себе очень неровным – очень низкая оценка, при очень высокой активности.

Больной ребенок мужского пола, делает матерей в собственных глазах более активными. А такие обстоятельства как уровень образования и полная или неполная семья на восприятие себя в нашем исследовании не оказали влияние.

В среднем матери воспринимают своего ребенка позитивно, практически, так же как и себя. Но значение по фактору Силы очень небольшое – 0.3, и оно заметно отличается от значения Активности. С одной стороны это может отражать адекватное отношение – так как дети или даже молодые люди с умственной отсталостью находятся в сильно большем подчинении и зависимости, чем их здоровые сверстники. Но, с другой стороны, - это может говорить о заниженных требованиях к детям, как следствие заниженных представлениях о их способностях. Т.е. если считать что человек в принципе мало что может и должен делать, то любое действие воспринимается как проявление большой активности, и наоборот если мы предполагаем, что определенные действия это нормально, то, в общем-то, и не замечаем и не выделяем их.

Эта тенденции нашла отражения в исследовании всех выделенных групп, особенно в сравнение мам мальчиков и девочек, девочек матери видят фактически слабыми, но при этом очень активными. Возможно, это связано с

тем, что требования к мальчикам, будущим мужчинам, обычно больше, чем к девочкам. Оценка мальчиков более ровная.

Чем старше ребенок, тем менее сильным видят его матери. Матери самой старшей возрастной группы видят своих детей фактически слабыми, хотя их активность оценивают одинокого, независимо от возраста. Такая разница в группах по фактору Силы, возможно, связана с тем, что со временем надежды на сильное улучшение состояния, молодого человека не оправдываются, а на фоне разочарования родители не замечают тех положительных моментов, которые есть.

В сравнение по возрасту самих матерей видно, что чем старше мать, тем более слабым она видит ребенка. Возможно это проекция своего состояния на состояние своего ребенка. Учитывая, что самооценке этого нет – с возрастом матери не считают, что они становятся менее активными, уверенными и сильными, т.е. нуждающимися в помощи.

Материальное положение влияет на отношение к ребенку – и опять лучше всего, если благосостояние на уровне прожиточного минимума.

Отношение к ребенку одинаково независимое от того, сколько детей в семье, младший или старший больной ребенок, работает или не работает мать и какой у нее уровень образования.

В среднем матери воспринимают свою семью позитивно. Что сохраняется во всех выделенных группах. В зависимости от собственного возраста и возраста ребенка матери по-разному видят свои семьи, но есть одна очевидная тенденция - уменьшение значения по фактору Силы.

Очень сильно влияет на восприятие семьи нашими испытуемыми количество детей. Все значение, там, где два ребенка, заметно выше – графики располагаются друг над другом. При этом матери одинаково оценивают свои семьи независимо от того полные они или нет. Получается, что семья во многом ассоциируется именно с детьми.

Итак, наше исследование показало, что матери, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, имеют положительную самооценку, независимо от пола и возраста ребенка, от состава семьи и материального положения. Все матери положительно оценивают своих детей. Понятие болезни ребенка крайне негативно эмоционально окрашено, несмотря на давность постановки диагноза. Представление матерей о себе, о своем ребенке, своей семье, болезни ребенка и о его будущем с родителями или без них, не зависит от того, в полной или неполной семье воспитывается ребенок. Но оно зависит от возраста детей и самой матери.

Мы получили подтверждение выдвинутой нами гипотезы. Характер отношений матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, к себе, к своему ребенку, к различным сторонам этих отношений, зависит не только от самого нарушения – умственная отсталость – но действительно опосредуется комбинацией различных факторов, и в зависимости от этих комбинаций может сильно меняться.

Семья, воспитывающая ребенка с нарушением интеллектуального развития очень нуждается в психологической помощи, особенно матери. И чем

раньше будет оказана эта помощь, тем лучше и для больного ребенка и для семьи в целом. Оказание психологической помощи такой семье затруднено объективно сложной ситуацией, вся тяжесть такой ситуации с годами до конца не уходит, а в части случаев улучшается незначительно. По этому особенно важным становится изучение всего комплекса внутрисемейных отношений. Это нужно не только для того, что бы найти проблемные места в семейных отношениях, требующие психологической коррекции, но и для того, что бы обнаружить сильные стороны такой семьи, те сферы внутренней жизни семьи, на которые можно будет опереться во время психологической работы (Л.С. Выготский, 2006).

Список литературы.

1. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии. – СПб.: Союз, 2006. – 224 с.
2. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2007. – 391 с.
3. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику. – М: Изд-во МГУ, 1983, 157 с.
4. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006, 352 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ

Нуцкова Е.В.

Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва, Россия

Каждый ребенок имеет право жить и воспитываться в семье, и одна из главных задач общества — сохранить для ребенка семью. Это соответствует положениям Семейного кодекса РФ, Конвенции о правах ребенка, а главное — интересам самого ребенка.

В случае, когда родители не справляются самостоятельно со своими обязанностями по воспитанию, содержанию и обучению детей, все усилия специалистов и просто окружающих людей должны быть направлены на помощь и поддержание семьи. При отсутствии родителей (смерть, нахождение в местах лишения свободы и т.п.) детям предпочтительно нахождение в замещающей семье, так как только семья может обеспечить ребенку условия для полноценного психического развития. В связи с этим для всех детей приоритетна семейная форма устройства.

В последние годы в России возросло число детей-сирот, устроенных в семьи. Однако также резко увеличилось и число возвратов детей в детские дома (более 6 тыс. детей). Некоторые из этих детей стали сиротами дважды и трижды, так как приемные родители не справились с их воспитанием.

Таким образом, возникла насущная необходимость профессионального содействия кризисной семьи (в том числе приемной). Замещающая семья живет и развивается по тем же законам, что и любая другая семья, выполняет те же функции. При этом выполнение ее основной функции — воспитания детей — специфично и зачастую не связано с функцией рождения детей. Соответственно, можно говорить о проблемах, возникающих на разных этапах развития приемной семьи как о специфичных.

Воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, в замещающей семье дает возможность добиться более высокого уровня адаптивности ребенка в социуме, чем в условиях государственного учреждения, позволяет создать наиболее комфортную среду для становления и развития его личности. В ином случае, неизбежно нарушение процесса адаптации, который ведет за собой и нарушение процесса функционирования ребенка в обществе.

Замещающая семья берет на себя обязательства по воспитанию ребенка, принятого извне, имеющего свое прошлое, не связанное с данной семьей. Ребенок, принятый в данную семью, изначально не является ее продолжением, а становится им в процессе развития семьи.

Именно поэтому очень важно создать все необходимые условия для адаптации принятого ребенка, развития у него полноценного чувства привязанности к новой семье.

Многие авторы, такие как А. Фрейд и Д. Берлингейм (1942, 1943), Р. Шпиц и К. Вольф (1946), Дж. Боулби (1960, 1961, 1961, 1963) и другие, считают, что дети не могут полноценно развиваться без чувства привязанности

к взрослому, так как от этого зависит их чувство безопасности, их восприятие мира.

Привязанность — это поиск и установление эмоциональной близости с другим человеком. Чувство привязанности сохраняется неопределенное время, даже если люди разделены друг с другом (Боулби Дж., 2003).

Здоровая привязанность помогает развитию у ребенка совести, мышления, способности контролировать эмоциональные вспышки. Такая привязанность дает возможность маленькому человеку испытывать самоуважение, понимать собственные чувства и чувства других людей, а также помогает находить общий язык с другими людьми.

Нарушение привязанности может неблагоприятно сказаться на формировании ребенка, стать причиной задержки его эмоционального, социального, физического и умственного развития.

Чувство привязанности не является врожденным, это приобретенное качество. Именно поэтому оно может и должно быть сформировано у принятого в семью ребенка по отношению к его новым родителям и к другим членам замещающей семьи.

Расстройство привязанности — это выраженное нарушение общения с окружающими. Оно возникает в результате психосоциальной депривации (недостаточности психологического и социального взаимодействия, контактов, опыта и т.д.).

М.И. Лисина (1986) говорит о потребности ребенка в общении со взрослым как одной из основополагающих потребностей, без которой не возможно его нормальное развитие: «В условиях госпитализма дети не проявляют к взрослым ни внимания, ни интереса даже по истечении 2—3 лет жизни. Но стоило педагогу наладить взаимодействие с ребенком, как в течение короткого времени детей удавалось далеко продвинуть по пути развития, сформировать у них активное отношение к людям и окружающему миру».

И.А. Фурманов и Н.В. Фурманова (2004) описали две формы проявления расстройства привязанности, которые можно наблюдать у детей, воспитывающихся в условиях государственных учреждений:

1). Устойчивое нежелание вступать в контакт или поддерживать общение с окружающими, апатия, снижение или отсутствие спонтанности; в более старшем возрасте отсутствие или недостаточность любопытства или общительности;

2). Неразборчивая общительность, например, чрезмерная фамильярность с почти незнакомыми людьми, постоянные просьбы о чем-то и требования повышенного внимания.

Кроме проблем непосредственно самого ребенка, на эффективность его адаптации в приемной семье и на успешное развитие детско-родительских отношений, влияют психологические особенности принимающих семей (Печникова Л.С., Жуйкова Е.Б., 2008). Под психологической адаптацией ребенка к новой семье следует понимать включение его в семейную систему, принятие им предписанных ролей, норм и правил, формирование привязанности к родителям и налаживание эффективных форм общения и

сотрудничества. Психологическая адаптация родителей предполагает принятие продуктивной родительской позиции, формирование адекватного образа ребенка (Карабанова О.А., 2008). Основные проблемы, переживаемые приемными родителями это: повышенный уровень тревоги, чувство социального одиночества, физической перегрузки, недостаточный уровень педагогической компетентности, отсутствие взаимопонимания с приемными детьми (Морозова Е.И., 2002)

Еще одной проблемой на пути успешного становления и развития приемной семьи является слабое развитие в нашей стране традиции обращения к специалистам-психологам, из-за чего приемные дети и родители, имеющие серьезные проблемы, остаются без квалифицированной помощи. Хотя, эффективное содействие приемным семьям может быть оказано только на основе реализации специально разработанной программы сопровождения приемных (замещающих) родителей (Гринберг С.Н., Савельева Е.В., Вараева Н.В., Лобанова М.Ю., 2007).

А.С. Спиваковская (1991) отмечает особые черты, присущие семьям с усыновленными детьми. Они касаются специфики поведения родителей в условиях психологической консультации, они проявляются в трудностях речи, в чрезвычайной осторожности в выборе слов, во всевозможных оговорках, разъяснениях и уточнениях со стороны родителей. Родители очень часто находятся в состоянии крайнего напряжения, тревоги, они склонны к преувеличенной подозрительности, болезненности в отношении с психологом.

В связи с этим необходимо повышение уровня осведомленности родителей о работе психолога-консультанта, о возможностях обращения к различного рода специалистам на первых этапах создания замещающей семьи.

В период принятия решения о создании замещающей семьи необходимо введение обязательного прохождения для будущих усыновителей школы приемных родителей, целью которой является, в первую очередь, профилактика возникновения проблем в детско-родительских отношениях.

Для выявления и описания факторов, влияющих на возникновение проблем и конфликтов в приемных семьях, способов преодоления данных проблем и описания методов эффективной помощи приемным семьям, переживающим проблемы, нами было проведено эмпирическое исследование на базе Автономной Некоммерческой Организации Центра психолого-педагогической поддержки семьи «Нелишние дети».

Цель данной работы — выявление проблем психологического характера, переживаемых на разных стадиях развития приемной семьи, пути их разрешения и предупреждения.

Проблема взаимной адаптации родителей и детей в замещающих семьях рассматривается с позиции усыновителей, имеющих уникальный опыт участия в Центре по сопровождению приемных семей. Ретроспективный отчет родителей о происходящем на всем протяжении совместной жизни с приемным ребенком и анализ настоящей ситуации позволяет заключить о произошедших в жизни замещающей семьи изменениях, о том, как менялись отношения родителей и детей и что этому способствовало. В ходе работы возникает

возможность проследить характер отношений родителей и детей, начиная с первой встречи и заканчивая настоящим моментом. Со слов самих участников процесса, мы можем заключить, какие методы наиболее эффективны при работе с проблемами, возникающими в замещающих семьях. Особый интерес представляет выделение параметров эффективных коррекционных занятий, требований к работе сопровождающих центров. В дальнейшем наше исследование может быть использовано как в теоретических исследованиях, так и на практике. Полученные данные уточнят уже имеющиеся знания о проблемах приемных семей, расширят и дополнят представления о коррекционных занятиях.

Исследование проводилось при помощи разработанного нами структурированного интервью. Структурированное интервью представляется наиболее удачной формой сбора информации у родителей, так как оно заранее позволяет наметить вопросы и темы, которые необходимо обсудить. Поскольку интервью предполагает очное общение, то интервьюер имеет возможность задать дополнительные, уточняющие вопросы, растолковать опрашиваемым цель вопроса. Интервью состоит из открытых вопросов, касающихся совместной жизни приемного ребенка и родителей. Для начала интервью помогает выяснить основные причины обращения в Центр, выявить существовавшие на тот момент проблемы, то, что волновало родителей, прежде всего. Затем следуют вопросы касающиеся возникновения проблем. Родители описывают ситуации проявления переживаемых проблем и анализируют их возможные причины. В конце интервью усыновители рассказывают о тех методах преодоления трудностей, которые, на их взгляд, оказали наиболее благотворное терапевтическое влияние и описывают те проблемы, разрешить которые пока не удалось. Полученные данные обрабатываются с помощью метода качественного анализа документов.

На основе полученных данных нам удалось выявить основные проблемы детей и родителей, возникающие в замещающих семьях. Важность проведения интервью с родителями обуславливается, тем, что родитель в отличие от специалиста имеет возможность наблюдать ребенка почти постоянно в разных условиях и ситуациях. Также родители могут дать оценку коррекционных и развивающих программ, проводимых в центре. На основе ответов родителей можно описать различные методы работы с приемными семьями, с позиции их эффективности. На основе пожеланий и замечаний родителей возможна разработка оптимального комплекса коррекционных занятий.

Дополнительные сведения были получены с помощью анализа медицинской документации и включенного наблюдения.

Результаты, полученные нами в ходе исследования, подтверждают и дополняют сведения других авторов по поводу проблем, возникающих у детей и родителей в приемных семьях.

Нами было выявлено, что желание усыновить ребенка чаще всего у будущих приемных родителей возникает в зрелом возрасте, от 35 до 45 и больше лет. Отчасти, с этим связан характер мотивации усыновления. Родители говорят о чувстве одиночества, которое толкает на мысли об усыновлении, о

нарастающем желании о ком-то заботиться, невозможности завести своего ребенка. Есть семьи, которые либо потеряли своих детей, вследствие несчастного случая, либо у которых дети уже выросли и отделились от родительской семьи.

Нельзя оценивать непосредственно сам мотив на его «опасность» или, наоборот, «желательность». Например, такой мотив как чувство одиночества, с одной стороны, может сопровождаться тем, что будущий усыновитель чувствует в себе возможности и желание воспитывать детей, он готов к преодолению трудностей. Иной вариант, когда будущий родитель хочет чтобы рядом с ним был человек, который будет испытывать по отношению к нему чувство благодарности, при этом, он не имеет представления о проблемах, которые могут его поджидать. Д. В. Морозов в своей книге «Поколение Китеж. Ваш приемный ребенок» так пишет об этой проблеме: «Одно из главных открытий, которое поджидает вас в общении с приемным ребенком, состоит в том, что он вовсе не стремится испытывать благодарность вам за все, что вы для него сделали. Для ребенка, выросшего в детском доме, очевидно другое. Ему необходима гарантия, что страшный опыт детства не повторится. Взрослея, он будет думать прежде всего о собственной безопасности и сытости». Подобная позиция отражает скорее не реальных детей, а романтическое представление о них. Поэтому при анализе характера мотивации необходимо учитывать, что подразумевает потенциальный усыновитель под каждым мотивом, с чем он связан для родителя.

Проблема адекватности когнитивного образа ребенка у усыновителей тесно связана с проблемой мотивов принятия ребенка в семью и с проблемой тайны усыновления. Есть семьи, где родители заранее решают, что никогда не расскажут ребенку о пути его появления в семье, и следовательно, о его биологических родителях. Такие усыновители могут не интересоваться биографией ребенка, его историей, основными событиями в его жизни. Они не имеют представления, из какой семьи ребенок, как он попал в детский дом, что ему пришлось пережить до этого. Из-за этого, в последующем, могут возникать проблемы в отношениях с принятым в семью ребенком, так как родители не понимают причин его, как им кажется, неадекватного поведения, странных привычек и т.д. Недостаточность информации о каком-то явлении ведет к самостоятельному домысливанию и неправильным выводам, что и провоцирует создание неадекватного образа ребенка. В дальнейшем, родители столкнутся с разочарованием, которое провоцируется несоответствием того, что они придумали сами и тем, что есть на самом деле. Разочарование, в свою очередь может перейти в неприятие ребенка и его полное отвержение.

По результатам исследования также можно отметить, что во всех приемных семьях на разных этапах возникают проблемы, касающиеся тайны усыновления. Рассказывать ли детям об их появлении в семье? Каким образом это сделать? Нужно ли удовлетворять их любопытство по поводу родных родителей? Эти и другие вопросы мучают усыновителей. Большинство членов Центра рассказали своим приемным детям об их появлении в семье, причем сделали это достаточно в раннем возрасте (от 3-х до 5-ти лет). Но есть семьи,

где тайна усыновления до сих пор не раскрыта или раскрыта частично. Есть семья, причиной обращения в Центр которой стало неожиданное раскрытие тайны усыновления.

Хотя и лишь в малой части семей, посещающих занятия Центра, остается тайна усыновления, ни одна из семей не поддерживает отношений с биологическими родными усыновленных детей.

Наиболее распространенными выделенными характеристиками родителей-усыновителей являются повышенный уровень тревоги, депрессивность, выраженная эмоциональная перегрузка, состояние растерянности, недостаточный уровень психолого-педагогической компетенции, чувство социального одиночества. Основной первопричиной всех проблем является недостаточный уровень психолого-педагогических знаний и уже названная неадекватность образа ребенка. Для всех родителей характерно сомнение в том, что они приняли правильное решение усыновить ребенка, они не уверены в том, что у них хватит сил и умений для того, чтобы воспитать ребенка, отсюда и повышенный уровень тревожности, и эмоциональные перегрузки. Родители-усыновители, переживающие серьезные проблемы в отношениях со своими детьми, склонны с недоверием относиться к окружающим и предлагаемой им помощи.

Стоит отметить, что решение обратиться к специалистам - психологам принимается нелегко, а тем более, по деликатным вопросам, касающимся приемной семьи. Решение же стать участником групповых занятий принимается еще тяжелее. Большинство родителей говорят о том, что обратились в Центр либо от безвыходности, не веря, что можно разрешить проблемы, либо по рекомендации других участников. Причинами обращения приемных родителей в Центр стали вышеперечисленные проблемы, возникающие в отношениях родителя и ребенка в приемной семье. Первичный запрос родителей звучит как необходимость коррекции непослушания ребенка, истеричности, упрямства, нежелания учиться. И только со временем формируется запрос на терапию самих родителей.

Таким образом, в качестве характерных проблем, возникающих в отношениях приемный родитель (семья) – приемный ребенок, можно назвать отсутствие взаимопонимания, неадекватные требования по отношению к ребенку со стороны родителей, трудности адаптации к новой семейной ситуации, психологическая несовместимость и т.д.

Анализ результатов интервью и медицинской документации выявил, что для детей, принятых в семью, наиболее типичны следующие психологические особенности: повышенная тревожность, страх социальных контактов, депрессивность, импульсивность, агрессивность, психический и психофизический инфантилизм, психосоматические расстройства, учебные трудности (снижение учебной мотивации, нарушение способности к обучению, несформированность или снижение познавательных интересов). Данные особенности могут быть обусловлены как социальной депривацией, госпитализмом, то есть возникать еще до помещения в замещающую семью, так и быть ответом на новые условия жизни. Например, агрессия может

выполнять защитную функцию на стадии адаптации к новой семье или быть уже сформированной характеристикой личности ребенка, которая возникла в неблагоприятных условиях воспитания в государственном учреждении.

Если причиной возникновения проблем еще можно назвать особенности ребенка и ситуации усыновления, то эффективность разрешения проблем и конфликтов полностью зависит от действий родителей.

Также эффективность преодоления проблем зависит от оказываемой помощи, от того, насколько специалисты компетентны в вопросах замещающих семей, насколько результаты их работы совпадают с запросами родителей. По результатам интервью, проведенного с родителями, можно заключить, что важным моментом является возможность создать специалистом располагающей к раскрытию, комфортной обстановки. Обратившиеся родители должны доверять специалистам, быть уверенными в них, так же как и дети.

Родители же не получающие профессиональную помощь сами интуитивно, с помощью метода «проб и ошибок», ориентируясь на собственный житейский опыт и представления о воспитании детей, пытаются решать возникающие трудности. К сожалению, это не всегда приводит к благополучному исходу, а также, прежде чем родитель найдет правильные способы и возможности взаимодействия со своим ребенком, пройдет много времени, упущенного напрасно.

Все родители, посещающие занятия Центра, на вопрос о том, что им дало участие в проекте, отвечают, что они узнали «как надо поступать в той или иной ситуации, получили ответы на волнующие вопросы, узнали о воспитании и обучении детей, об особенностях развития детей различных возрастов» и т.д. Родители говорят о том, что на занятиях они получают ту поддержку, ту помощь, которой им не хватает за стенами Центра. При поступлении в центр теряется чувство уникальности проблем, чувство одиночества и безвыходности.

По ответам родителей и по наблюдению за детьми можно сделать вывод о наибольшей эффективности арт-терапии как метода работы с приемными детьми. Но поскольку, как уже было показано, спектр проблем в группе замещающих семей велик, нельзя говорить о каком-то одном наиболее эффективном методе или форме работы. Важным направлением работы остаются групповые тренинги, на которых прорабатываются взаимоотношения родителя и ребенка. На тренингах используются методы арт-терапии, драматизации, телесно ориентированной терапии. Такие занятия требуют активной включенности в работу родителей, что является важной частью коррекционных занятий. Только когда родители совместно с детьми «проигрывают» различные ситуации из жизни, выполняют творческие задания они «проживают» свои проблемы, чувствуют свои трудности, открывают пути их решения. Как дети, так и родители научаются работать сообща, вместе, в группе с другими детьми и взрослыми.

Лекционные занятия также представляются родителями как эффективные. На этих занятиях, кроме того, что у родителей есть возможность задать вопросы специалистам и получить рекомендации от них, есть еще и

возможность пообщаться между собой, посоветоваться с более опытными усыновителями.

Таким образом, сопровождение приемных семей должно включать работу по трем направлениям:

1. Социально-психологическая подготовка замещающих родителей. В основе лежит повышение уровня психолого-педагогической компетенции. Такая подготовка осуществляется с помощью лекций специалистов.

2. Работа с ребенком. Работа с ребенком включает формирование положительного образа родителя/взрослого и оптимизация самосознания. Осуществляется с помощью арт-терапии, телесно-ориентированной терапии, методов драматизации.

3. Сопровождение принимающих семей. Помощь родителям и детям в успешном взаимодействии в условиях новой семейной ситуации. Этому способствуют групповые занятия различной направленности.

Несмотря на то, что проблема усыновления, в настоящее время, становится все более и более популярной и обсуждаемой: возникает множество телепрограмм, социальной рекламы на ТВ, радио и улицах города, ситуация с сопровождением приемных семей не улучшается. Недостает эмпирических исследований по данной проблеме, нет разработанных единых принципов работы с приемной семьей. Привлечение внимания к этой проблеме поможет изменить существующую ситуацию. Результаты проведенной работы со всей очевидностью показывают, что консультации, которые даются усыновителям на первых этапах, даже самые развернутые, не решают всех проблем приемной семьи и ребенка. Необходимо «вести» семью и ребенка постоянно, наблюдать его, оказывать систематическую коррекционную помощь.

В дальнейшем выработка и внедрение единых принципов работы с приемными семьями, выявление эффективных методик, написание программ коррекции, приведет к уменьшению отказов от приемных детей, а вследствие уменьшит количество и глубину переживаемых проблем. Важным принципом работы с детьми, должен стать принцип комплексной работы с ребенком и его родителями и их социальным окружением.

Список использованной литературы

1. Боулби Дж. Привязанность. - М.: Гардарики УИЦ, 2003. - 447с.
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. - М.: Академический Проект, 2006. - 232с.
3. Гринберг С.Н., Савельева Е.В., Вараева Н.В., Лобанова М.Ю. Приемная семья: психологическое сопровождение и тренинги. – СПб.: Речь, 2007. – 352с.
4. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. – М.:Гардарики, 2008.- 320 с.
5. Комплексная помощь семье с приемным ребенком: Методическое пособие/ Сост. А.М. Щербакова. – М., 2002. – 264с.
6. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986 (<http://www.pedlib.ru>)

7. Морозов Д.В. Поколение Китеж. Ваш приемный ребенок. - М.: РИПОЛ классик, 2008. - 256с.

8. Печникова Л.С., Жуйкова Е.Б. Приемные семьи в пространстве детско-родительских отношений. (<http://transcement.ru>)

9. Спиваковская А.С. Психологическая помощь семьям, взявшим на воспитание детей из государственных учреждений. (<http://innewfamil.ru>)

10. Фрейд А. Введение в детский психоанализ; Норма и патология детского развития; «Я» и механизмы защиты: Сборник. – Мн.: Попурри, 2004. – 448 с.

11. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 319с.

12. Конвенция о правах ребенка. (<http://www.un.org/>)

16. Семейный кодекс РФ. - М.: «Ось-89», 2007. - 178с.

Ресурсы сети Интернет

1. <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite>

2. <http://ru.wikipedia.org/wiki/>

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Пастух И.А., Янцевич Е.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

На сегодняшний день одним из актуальных вопросов является проблема роста числа психосоматических заболеваний у детей и подростков. Среди психосоматических нарушений со стороны органов дыхания в детско-подростковой популяции наиболее часто встречается бронхиальная астма (М.Е. Дрожжев с соавт., 2002). За последние годы заболеваемость бронхиальной астмой в большинстве стран значительно возросла. Распространенность бронхиальной астмы в детской популяции в 2 раза превышает таковую у взрослых (Д.А. Геппе с соавт., 2002). По данным зарубежных авторов М.Е. Gershwin, О.М. Halpern (1994) по причине бронхиальной астмы госпитализируются 72% болеющих детей до 3 лет, 78% в возрасте от 3 до 8 лет, 90% в период с 8 до 14 лет и 94% – старше 14 лет. С увеличением тяжести течения бронхиальной астмы снижаются интенсивность общения ребенка со сверстниками, любознательность и самостоятельность, работоспособность и успеваемость в школе (Р.А. Даирова, О.В. Залеская, 2006). В психосоматической концепции немецкого психотерапевта Г. Аммона (1978) психосоматическое расстройство понимается как проявление аномального личностного развития вследствие неблагоприятных («патогенных») отношений с матерью в периоде раннего детства. С точки зрения Ф. Александера (2001), корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключаются в особенностях ранних отношений матери и больного ребенка. По мнению В.Д. Менделевича, С.С. Соловьевой (2002) большое значение для развития ребенка и снижения вероятности формирования психосоматической патологии в будущем является адекватное отношение матери к своему ребенку с первых лет его жизни. Интересным является вопрос о состоянии привязанности, восприятие ребенком семейной ситуации и отношение матери к ребенку в семьях, где один из детей впервые заболел бронхиальной астмой.

В исследовании приняло участие 48 детей в возрасте 8-10 лет. Основную группу составили 23 (47,92%) детей, с впервые установленным диагнозом бронхиальная астма, находящихся на лечении в аллергологическом отделении детской областной клинической больницы. В контрольную группу вошли 25 (52,08%) здоровых детей, обучающихся в средней образовательной школе. Кроме того, было изучено отношение 23 (47,92%) матерей к своим здоровым и 25 (52,08%) матерей к детям больным бронхиальной астмой. Объектом исследования являются – психологические особенности отношений в диаде мать-ребенок у детей 8-10 лет. Предмет исследования – психологические особенности отношений в диаде-мать ребенок у детей 8-10 лет, страдающих бронхиальной астмой. В качестве гипотезы выступает предположение о том, что нарушения детско-родительских взаимоотношений являются возможными причинами возникновения бронхиальной астмы у детей 8-10 лет.

Задачами исследования являлись: изучение типов привязанности у детей в основной и контрольной группе; исследование восприятие ребенком семейной ситуации в основной и контрольной группе; изучение отношения матери к ребенку в основной и контрольной группе; разработка рекомендаций для коррекции детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей, страдающих бронхиальной астмой. Для статистического анализа результатов использовались статистические критерии U-Манна-Уитни, ϕ^* - угловое преобразование Фишера, пакет прикладных программ Statistica 6.0.

Надежность привязанности ребенка к матери в основной и контрольной группе определялся «Шкалой К. Кернс» (KSS), тип привязанности – проективной методикой, предложенной Н. Каплан. Отношение матери к ребенку оценивалось с помощью «Опросника родительского отношения» (ОРО), разработанного В.В. Столиным и А.Я. Варга, отношение ребенка к матери, восприятие им себя в семье и в целом оценка ребенком семейной ситуации проводилось методикой «Кинетический рисунок семьи» (КРС) предложенного Р. Бэнсом, С. Кауфманом.

Изучение надежности привязанности ребенка к родителям в основной и контрольной группе с помощью шкалы К. Кернс (KSS) позволило выделить две группы детей – с надежной и ненадежной привязанностью. В основной группе обследованных наблюдались все четыре типа привязанности, однако, по сравнению с контрольной группой у 79,26% детей наблюдались варианты ненадежных типов привязанности, такие как дезорганизованный (57,53%), тревожно-избегающий (17,39%) и тревожно-амбивалентный (4,34%). Надежный тип привязанности отмечен у 21,74 % больных. В контрольной же группе отмечался преимущественно надежный тип привязанности (84,0%). У 16,0% больных выявлен дезорганизованный тип привязанности.

Дети с надежным типом привязанности в отсутствии матери убеждены, что в случае необходимости ее всегда можно позвать. По мнению, М. Эйнсворт, это создает ребенку ощущение безопасности. Следовательно, такие дети успешнее проходят процесс социализации. Успешно социализирующийся ребенок отличается большей социальной компетентностью, меньше боится незнакомых предметов и людей. Если новое не страшит ребенка, то, скорее всего, он будет успешно действовать в незнакомой ему ситуации, например, когда впервые пойдет в школу.

У детей с ненадежной привязанностью не сформирована модель матери, как эмоционально доступной фигуры, на которую всегда можно положиться, они не научились использовать маму, как базу безопасности для исследования окружающего мира. В процессе взросления у этих детей нарастает и закрепляется стойкое высокотревожное реагирование, поскольку мать отвечает на их сигналы только при прямом зрительном контакте и выраженных аффективных реакциях ребенка (плач, боль), что потенцирует формирование его болезненности, как единственного аффективного способа привлечь материнское внимание к собственным потребностям. Это наиболее часто проявляется формированием различного рода психосоматических нарушений или усугублением имеющихся соматических или неврологических расстройств.

Анализ результатов опросника родительского отношения (ОРО), позволил определить, как, матери основной и контрольной групп относятся к своим детям. У мам здоровых детей чаще встречаются высокие показатели по шкале «Кооперация» (7,18) и низкие показатели по шкале «Маленький неудачник» (2,71), в основной же группе высокие показатели зафиксированы по шкалам «Принятие-отвержение» (11,87) и «Маленький неудачник» (5,74). Таким, образом, матери здоровых детей, принимает ребенка таким, какой он есть, уважают и признают его индивидуальность, одобряют его интересы, поддерживают планы. Для взаимоотношений матери и ребенка в группе детей, страдающих бронхиальной астмой, характерно проявление со стороны матери по отношению к ребенку в основном только отрицательных чувств: раздражения, злости, досады. Мать считает ребенка неудачником, не верит в его будущее, низко оценивает его способности и нередко своим отношением третирует ребенка.

При оценке отношения ребенка к матери, особенностей восприятия ребенком семейной ситуации, своего места в семье в основной и контрольной группе были получены статистически значимые различия по четырем симптомокомплексам: благоприятная семейная ситуация, конфликтность в семье, чувство неполноценности в семейной ситуации, враждебность в семейной ситуации. Высокие показатели по симптомокомплексу «Благоприятная ситуация» и низкие по симптомокомплексам «Конфликтность в семье» и «Чувство неполноценности в семейной ситуации» ($p \leq 0,01$) чаще встречается в контрольной группе. Благоприятная семейная ситуация способствует открытому выражению чувств и формированию адекватного стиля адаптации к трудностям. В благополучной семейной обстановке члены семьи чувствуют себя уверенно, поддерживают и понимают друг друга. В такой семье редко возникают конфликтные ситуации. Если же они возникают, то члены семьи разрешают их конструктивно. Чувство неполноценности в семейной ситуации и восприятие ее как конфликтной и враждебной более характерно для группы детей, страдающих бронхиальной астмой. Данные симптомокомплексы являются признаками психосоматогенной семьи. Соматизация аффекта, эмоций выступает как стиль семейной адаптации к трудностям, проблемам, как стереотип, как фактор избегания неудач или ухода от ответственности. Использование симптома для извлечения выгоды начинает активно включаться в жизнь ребенка как реакция на любые трудности.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционных мероприятий в диаде мать-ребенок, что позволит предотвратить формирование бронхиальной астмы.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2001.
2. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
3. Современные показатели распространенности бронхиальной астмы среди детей / М.Е. Дрожжев с соавт. // Пульмонология. – 2002. – №1. – С. 42-46.

4. Ammon G. Psychodynamics of the unconscious in the case of psychosomatic illness: methodological preconsiderations // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Басина. В 4-х т. Том 2. Тбилиси: Мецниереба, 1978.

ОПОСРЕДУЮЩАЯ РОЛЬ МАТЕРИ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОТЦА И РЕБЕНКА

Пастухова М.В.

Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина, г. Рязань, Россия

В статье рассматриваются психологические особенности роли матери в контексте взаимодействия отца и ребенка. Описываются характерные черты поведения матери в полной и в неполной семье, влияющие на взаимоотношения ребенка и отца. Данный материал может быть полезен в практической деятельности специалистов, работающих с семьей.

Ключевые слова: мать, отец, ребенок, родители, семья, взаимодействие.

В настоящее время наблюдается стойкая тенденция к кризису социального института семьи, который проявляется, главным образом, в увеличении числа неполных семей, возникающих по причине роста числа разводов среди супружеских пар и в возрастании количества незамужних матерей, а также в появлении определенной категории людей, предпочитающих семье одинокий образ жизни. Все это отражается не только в демографическом спаде, но и отрицательно влияет на развитие и воспитание подрастающего поколения и детско-родительские отношения.

Кроме того, низкая психолого-педагогическая культура родителей, формирование типов неправильного семейного воспитания, несогласованность воспитательных позиций матери и отца, отсутствие гармонии в супружеских отношениях, родительская конфликтность и прочие семейные неблагополучия приводят к самым отрицательным последствиям в личностном развитии, духовно-нравственном воспитании, поведении и нервно-психическом здоровье детей.

Возникновение в последние годы государственных программ, призванных поддержать социальный институт семьи, во-первых, подтверждает значимость данной проблематики, а во-вторых, подчеркивает то, что семья в наши дни нуждается в помощи.

Однако, как справедливо замечает К.Н. Воробьева, хотя в последние годы предпринимаются значительные меры по оказанию помощи семье, это в большей степени связано с решением демографической ситуации, сложившейся в России. На этом фоне не всегда достаточное внимание уделяется сфере первоначального воспитания детей, что ведет к ослаблению воспитательной роли семьи, к серьезным ошибкам в деле воспитания [3].

Все это приобретает особую значимость в связи с наблюдаемым в наши дни кризисом традиционного материнства, на который указывает Л.А. Грицай [6]. Кроме того, по словам Н.А. Зелевской [8], в настоящее время снижается социальная значимость материнства и отцовства.

Данные обстоятельства позволяют говорить о необходимости всестороннего рассмотрения родительских ролей, их влияния на развитие и воспитание ребенка.

Важно подчеркнуть, что согласно взглядам современных исследователей, еще в процессе внутриутробного развития ребенка уже должно начинаться «общение» отца с ним. «Рене ван де Кар первым пришел к выводу о том, что общение с ребенком должно начинаться еще до рождения малыша. Он стал разговаривать с плодом, приветствуя его...» [цит. по: 5, 23]. При этом важно то, что, согласно Ф. Дольто, плод воспринимает лучше низкие звуки, чем высокие, и голос отца благотворно влияет на него [7]. В контексте рассматриваемого нами вопроса можно заметить, что, уже начиная с этого периода, мать выполняет опосредующую роль во взаимодействии отца и ребенка. Так будет и в дальнейшем: Б.И. Кочубей указывает на то, что опосредующим звеном, связывающим социальный статус отца и его влияние на ребенка, является мать [10, 59].

По данным клинических исследований, отец имеет важнейшее значение для развития ребенка с самого его рождения. Он выступает в качестве первой модели при ранней идентификации ребенка с ним, отцы поощряют процесс отделения ребенка от матери, ускоряя тем самым процесс социализации (Л.И. Акатов) [1].

Ф.Л. Ратнер, А.Ю. Юсупова приводят данные, согласно которым чем младше ребенок, тем более он нуждается в матери. Со временем ребенок начинает идентифицировать людей, окружающих его мать, как свою семью. Наряду с матерью отец становится второй по важности персоной. Это происходит потому, что ребенок очень быстро учится определять тонкие различия во взаимоотношениях членов семьи и замечает, что именно отцу мать уделяет особое внимание. В этом кроется корень такого явления, как «естественный авторитет отца» [13, 80].

Согласно Б.И. Кочубею, «время, которое тратит отец на общение с маленьким ребенком, в значительной мере определяется точкой зрения матери на положение отца в семье. У женщин, придерживающихся традиционных, патриархальных взглядов на разделение семейных ролей, мужа мало занимают дети. Женщины, чьи взгляды более свободны, уделяют детям чуть меньше времени, зато их мужа занимают детьми гораздо активнее. Стоит подчеркнуть, что исходные позиции женщин влияют на участие мужчин в воспитании, тогда как исходные точки зрения мужчин по тем же вопросам (как относиться к детям, кто должен ухаживать за ними, должна мать выходить на работу вскоре после рождения ребенка или целиком посвящать себя семье) никак не влияют на будущую активность отцов и матерей...» [10, 62].

«В большинстве семей, по данным американского психолога П. Гирде, появление матери значительно уменьшает активность разговора отца с сыном, причем эта закономерность прослеживается в самых разных возрастах ребенка – от 3 до 16–18 лет. В то же время появление отца в ходе беседы матери с сыном оказывает лишь незначительное влияние на эту беседу, причем влияние положительное: беседа становится более дружественной и доброжелательной <...>. П. Гирде обнаружил, что при появлении матери поведение отца по отношению к мальчику и девочке становится более одинаковым и, наоборот, при появлении отца поведение матери начинает зависеть от пола ребенка <...>».

Эти факты свидетельствуют о том, что участие матери в развитии специфических для пола психологических особенностей мальчиков и девочек тесно связано с косвенным влиянием отца, и, таким образом, в целом в этом процессе роль мужчины является решающей» [цит. по: 10, 61–62].

Согласно Б.И. Кочубею, взаимодействие отца с детьми неотделимо от его отношений с матерью [10, 59]. По мнению данного автора, «и мать, и отец ведут себя с ребенком в присутствии друг друга не так, как наедине. Однако присутствие жены значительно сильнее влияет на поведение отца, чем его присутствие – на поведение матери. Эксперименты показывают, что ухудшение отношений с женой существенно меняет характер беседы отца с ребенком дошкольного и младшего школьного возраста: уменьшается число улыбок, доброжелательных похлопываний и других проявлений добрых чувств, увеличивается раздражительность. Отец начинает грубо отвечать на вопросы ребенка, вмешиваться в его дела, в игры, мешая ему проявлять активность» [10, 61].

По словам М. Земской, отношение матери к отцу также может быть фактором, серьезно благоприятствующим семейным отношениям. Если взаимоотношения между родителями сердечные, то и сын хочет быть таким же, как его отец, а дочь – как ее мать. Исследования показали, что мальчики, поведение которых соответствовало их полу, избирали в играх отцовскую роль, так как имели отцов, о которых матери детей говорили как об очень сердечных людях, с любовью относящихся к своим сыновьям. И наоборот, мальчики, поведение которых не соответствовало полу, избирали в игре материнскую роль. Эти дети имели матерей, критически оценивавших своих мужей [9, 409]. Согласно Т.В. Архиреевой, ребенок не принимает отца в случае, если в семье авторитарная мать, если мать уверена в своей родительской компетентности [2, 75].

Б.И. Кочубей пишет, что основным механизмом влияния матери является формирование у ребенка положительного или отрицательного образа отца [10, 62].

Что касается воспитания детей в неполных семьях, то А.С. Спиваковская выделяет три типа отношений [14], два из которых могут рассматриваться как неправильные.

Согласно А.С. Спиваковской, «первый тип отношений определяется тенденцией матери никогда не упоминать об отце и строить воспитание так, как будто его никогда и не было. Такой стиль можно считать целесообразным лишь в ситуации, когда ребенок действительно не знал отца, и мать приняла решение о рождении и его будущем воспитании самостоятельно. Однако и в такой ситуации <...> следует дать определенные разъяснения ребенку, когда он будет способен их понять <...>. Если же дети знали отца, помнят его, строить воспитание, делая вид, что его просто нет и не было, вряд ли разумно <...>. Второй тип поведения матери характеризуется попытками матери обесценить отца. В этом случае мать старается изгладить из детских воспоминаний даже незначительные положительные впечатления об отце. Мать всеми силами стремится убедить ребенка, что отец был плохим человеком, поэтому семья

стала неполной. Каким бы ни было истинное положение вещей, подобную воспитательную позицию следует считать при всех условиях неблагоприятной» [14, 85].

Третий тип воспитания без отца, по словам А.С. Спиваковской, «наиболее разумный и благоприятный, связан с созданием у детей представления об отце как об обычном человеке, у которого имеются определенные достоинства, но были и недостатки, слабости <...>. Если мать последовательно и сознательно реализует такую позицию в отношениях с ребенком, это позволяет в значительной степени преодолеть основные трудности воспитания, связанные с отсутствием отца» [14, 86].

Также особенности поведения матери (в том числе и ошибочного) в семейном воспитании без отца рассматриваются в работах З. Маровой [4], Л. Пэрну [12], Б.И. Кочубей [10], Ф.С. Махова [11].

Таким образом, как в полной, так и в неполной семье мать оказывает существенное влияние на взаимодействие отца и ребенка. И от той позиции, которую займет мать, во многом зависит, будет ли ребенок любить и уважать отца, станет ли отец для него авторитетом.

Литература

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. – М.: Гу-манит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Архиреева Т.В. Влияние родительского воспитания на самоотношение младшего школьника // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 67 – 77.
3. Воробьева К.Н. Развитие антропологического подхода в педагогике семейного воспитания во второй половине XIX – начале XX вв. [Электронный ресурс]: автореф. дисс... канд. пед. наук.; Московский гуманитар. ун-т. – Москва, 2007. URL: http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/2007/abstract/Vorobieva_KN/ (дата обращения 07.02.2011).
4. Воспитание детей в неполной семье / Под ред. Ершовой Н.М. М., 1980. – 206 с.
5. Ганеева О. Колыбельная до рождения // Труд. 2000. – 4 мая – С. 23.
6. Грицай Л.А. Кризис традиционного материнства в современной России: социально-психологический аспект [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа: ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. – 2010. – № 3. – URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20100309> (дата обращения 07.02.2011).
7. Дольто Ф. На стороне ребенка. – СПб.; М.: Петербург – XX век: Аграф, 1997. – 528 с.
8. Зелевская Н.А. Проблема воспитания детей в семье в русской педагогике второй половины XIX – первой половине XX веков: дис... канд. пед. наук; Рязанский гос. пед. ун-т им. С.А. Есенина. – Рязань, 2003. – 169 с.
9. Земска М. Семья и личность. – М.: Прогресс, 1986. – 133 с.
10. Кочубей Б.И. Мужчина и ребенок. – М.: Знание, 1990. – 79 с.

11. Махов Ф.С. Кого мы растим? М., 1989. – 144 с.
12. Перну Л. Я воспитываю ребенка. М., 1991. – 432 с.
13. Ратнер Ф.Л., Юсупова А.Ю. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. – 175 с.
14. Спиваковская А.С. Как быть родителями: (О психологии родительской любви). – М.: Педагогика, 1986. – 160 с.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО–СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ДЕТЕРМИНАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖАННЫМ ТИПОМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Петраш Е.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Актуальность исследования проблемы социально-психологической адаптации подростков с задержанным типом психического развития (ЗПР) обусловлена несколькими причинами. Во-первых, увеличивается число лиц с отклонениями в развитии (В.М.Волошин, Б.А.Казаковцев, Ю.С.Шевченко, 2001; У.В.Ульенкова, О.В.Лебедева, 2002). Во-вторых, недостаточная эффективность социально-адаптирующей направленности образовательного процесса, которая позволяет лишь частично уменьшить «социальное выпадение» подростков с нарушениями в развитии (Г.В.Грибанова, 1998; Н.В.Костылева, 2005; Е.Г.Дзугкоева, 1999; В.Б.Никишина, 2004). В-третьих, усиление деструктивных тенденций образа жизни семьи и социально-семейных отношений, рассматриваемых в качестве детерминанты социально-психологической адаптации подростков с нарушениями в развитии (Н.В.Костылева, 2005).

Адаптация в самом общем виде определяется как процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды.

В рамках отечественной психологии (социально-психологическом и психолого-педагогическом направлениях) проблематика социально-психологической адаптации представлена в исследованиях В.Ю.Карвалиса (1985), А.Г.Асафовой (1967), В.П.Ермакова (1985), П.В.Горонина (1986), А.А.Налчаджяна (1988), Г.Б.Шаумарова (1990), А.А.Реана (2006), и др.

В понимании отечественных социальных психологов адаптация представляет собой перестройку всей системы поведения личности под влиянием требований, предъявляемых к ней условиями среды (Б.Д.Парыгин, 1986). К.К.Платонов рассматривает адаптацию как пластичное приспособление внутренних изменений к внешним. Деадаптация как нарушение адаптации позволяет лучше увидеть скрытое при хорошей адаптации и считающееся нормой (К.К.Платонов, 1986).

К.К.Платонов (1986) выделяет три вида адаптации и деадаптации, связанных между собой: физиологическую, психологическую и социально-психологическую. Физиологическая адаптация – это свойство организма человека целесообразно перестраивать свои функции в соответствии с требованиями среды. Психологическую адаптацию в чистом виде более четко можно увидеть в случае проявления психологической деадаптации. Примером могут быть явления напряженности – состояния, проявляющегося как отклоняющееся поведение и как синдром физиологических (вегетативных и двигательных) и психических отклонений, вызванных новизной или сложностью условий деятельности. Социально-психологическая адаптация – это адаптация личности к общению с новым социальным окружением. Легкость и полнота этого вида адаптации зависят от особенностей социального

окружения. Но, как показали исследования Г.С.Васильева, в не меньшей, а иногда и в большей степени они зависят от коммуникативных способностей личности как совокупности свойств личности, обеспечивающей эффективность ее взаимодействия с другими личностями и психологическую совместимость в совместной деятельности (К.К.Платонов, 1986).

Адаптация основывается не только на пассивно приспособительных, но и на активно преобразующих связях человека с окружающей средой, представляя собой неразрывные единства тех и других форм связи. При этом адаптация понимается как соответствующий процесс, так и его конечный результат, выраженный в состоянии адаптированности человека к факторам среды (А.А.Свенцицкий).

В процессе функционирования в определенной социальной ситуации ребенок осуществляет активное приспособление к ее конкретным условиям: он принимает, усваивает и реализует нормы, правила той системы отношений, в которой он развивается. В зависимости от внешних условий ребенок может вести себя по-разному по отношению к ним: принимает существующий образ жизни и себя в нем, реализует себя в рамках положительной нормы, относится ко всему как к должному, только приспосабливается к существующим условиям, равнодушно следуя правилам микросреды, использует формы активности и общения негативного характера (В.Б.Никишина, 2004).

Основные типы адаптационного процесса определяются структурой потребностей и мотивов индивида: тип, характеризующийся преобладанием активного воздействия на социальную среду. Данный тип в большей мере присущ подросткам с нормальным типом психического развития. Тип, определяющийся пассивным, конформным принятием целей и ценностных ориентаций социума (А.В.Петровский, М.Г.Ярошевский, 1985). Последний характерен преимущественно подросткам с ЗПР. Это объясняется тем, что проявляемая данной категорией детей активность нецеленаправленна, неупорядочена; направляется в основном внешними стимулами.

Учитывая тот факт, что ЗПР является специфическим видом нарушений психического развития, то и взаимоотношения с окружающими, в том числе и социально-семейные, имеют ряд особенностей, которые и обуславливают специфику социально-психологической адаптации данной категории подростков.

Для детей с нарушениями в развитии характерно неблагоприятное семейное влияние, проявляющееся в деструктивных тенденциях образа жизни семьи и неблагоприятных тенденциях социально-психологических отношений, таких как агрессивность, конфликтность, эмоциональная отчужденность отношений ит.д. (Н.В. Костылева, 2005).

В семьях подростков с ЗПР наблюдается негативное социально-психологическое влияние со стороны родителей. В данном случае речь идет о таких характеристиках, как структура семьи по наличию родителей, уровень материальной обеспеченности семьи, психологический климат в семье, а также такие типы родительского отношения как эмоциональное отвержение,

авторитарная гиперсоциализация и инфантилизация, оказывающие существенное влияние на процесс социально-психологической адаптации.

По данным статистики 94% семей подростков с ЗПР составляют неблагополучные семьи. Неблагоприятный психологический климат конфликтных, проблемных, аморальных семей сказывается на эмоциональной полноценности общения родителей с подростками с ЗПР.

Инфантилизация подростков с ЗПР, приписывание им несостоятельности, неуспешности в сочетании с чрезмерным авторитаризмом, требованиями послушания и контролем их действий с высокой долей вероятности формируют у подростков желание противостоять и противодействовать установкам родителей, что часто приводит к конфликтам, нарастанию непонимания и отчуждения между родителями и подростками с ЗПР. Эти типы отношений. Приводящие к конфликтам внутри семьи и за ее пределами, на фоне особенностей подросткового возраста могут приводить к нарушению социально-психологической адаптации и, как следствие, отклоняющемуся поведению.

Таким образом, негативные последствия эмоционально-отвергающего стиля отношений, инфантилизации и чрезмерной авторитарности для социально-психологической адаптации подростков с ЗПР представляются вполне очевидными, учитывая социально-психологическое неблагополучие семей подростков данной категории (большой процент неполных семей, семей с низким уровнем материального обеспечения, неблагополучным психологическим климатом) (Н.В. Костылева, 2005).

В соответствии с общей концепцией исследования объектом исследования является социально-психологическая адаптация подростков с ЗПР. В качестве предмета выступает роль социально-семейных отношений в детерминации социально-психологической адаптации подростков с ЗПР.

В исследовании были использованы следующие методики и показатели: «Опросник СПА К. Роджерса и Р. Даймонда», Опросник «Подростки о родителях» (ADOR), показатели общей, сравнительной и многомерной статистики (показатели средних тенденций, U-критерий Манна-Уитни, критерий ранговой корреляции Спирмена).

В исследовании принимали участие 2 группы подростков: с нормальным и задержанным типом психического развития (по 50 человек в каждой группе). Исследование проводилось на общеобразовательных школ г. Курска.

Результаты исследования показателей оценки родителей подростками с нормальным и задержанным типом развития представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Значимость различий показателей оценки родителей подростками с нормальным и задержанным типом психического развития

Тип развития	Позитивный интерес		Директивность		Враждебность		Автономность		Непоследовательность		U _{кр}
	e	U _{эмп}	Me	U _{эмп}	Me	U _{эмп}	Me	U _{эмп}	Me	U _{эмп}	
ЗПР	2,5	487,5*	5		6	512,5*	5,5	586*	5	806*	1010

Норма	7		4	61,5 *	4		2,5		5		
-------	---	--	---	-----------	---	--	-----	--	---	--	--

*– значимость различий

У подростков с ЗПР высокие показатели получены по следующим шкалам: по шкале директивности, характеризующей стремление родителей взять на себя ответственность за все поступки подростка, проявлением доминирования в общении с ним, исключая варианты свободного самовыражения подростка; по шкале враждебности, характеризующей проявление агрессивности и чрезмерной строгости в межличностных отношениях, а также стремление реализовать подозрительное поведение и проявить отказ от социальных норм; по шкале автономности, характеризующей отгороженность, невовлеченность в дела подростка; по шкале непоследовательности, характеризующей непредсказуемость реакций родителей на ту или иную ситуацию. Подростки с нормальным типом психического развития характеризуются высокими показателями по шкале позитивного интереса, что отражает психологическое принятие родителями подростками, дружеский способ общения, доверие и положительные эмоциональные контакты.

Рассматривая социально-семейные отношения в качестве детерминанты социально-психологической адаптации подростков с ЗПР, учитывая полученные результаты, можем сделать вывод о негативном влиянии семьи, которое проявляется во враждебности, директивности, автономности и непоследовательности со стороны родителей. Соответственно, дефицитарность детерминационной основы приводит к некоторому искажению адаптационного процесса.

Согласно подходу К.Роджерса и Р.Даймонда, социально-психологическая адаптация включает в себя следующие параметры: адаптивность, принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт, внутренний контроль и доминирование.

При исследовании параметров социально-психологической адаптации подростков с нормальным и задержанным типом психического развития в группе подростков с ЗПР уровень социально-психологической адаптации значимо выше, чем у подростков с нормальным типом психического развития (Рис. 1).

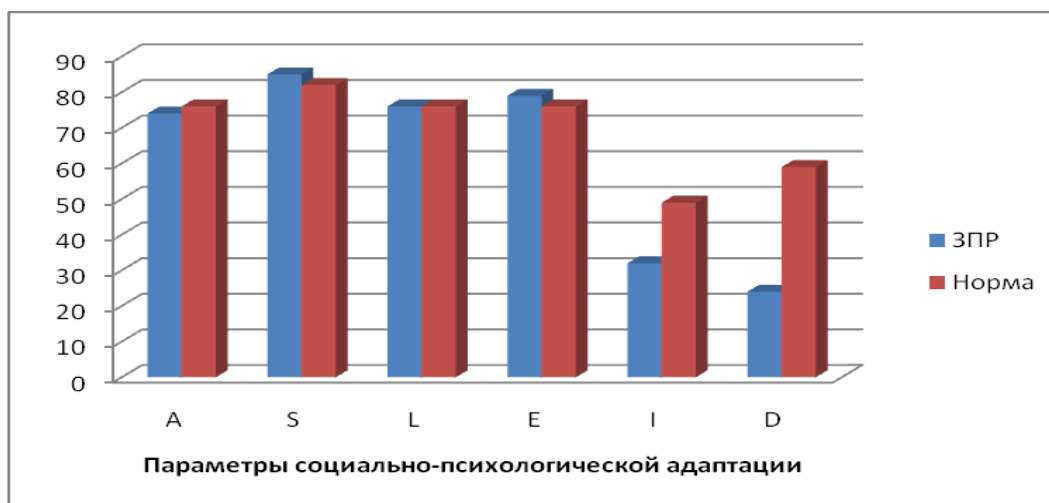


Рис. 1. Показатели уровня выраженности параметров социально-психологической адаптации подростков с нормальным и задержанным типом психического развития.

При оценке значимости различий значимые различия получены по шкалам адаптивности, принятия других, внутреннего контроля и доминирования (Табл. 2). Подростки с ЗПР характеризуются высокими показателями адаптивности (то есть способности к адаптации), низкими показателями принятия других, внутреннего контроля и доминирования по сравнению с подростками с нормальным типом психического развития.

Показатели значимости различий параметров социально-психологической адаптации подростков с нормальным и задержанным типом психического развития.

Таблица 2

Тип развития	A		S		L		E		I		D		U _{кр}
	Me	U _{эм} п	Me	U _{эм} п	Me	U _{эм} п	Me	U _{эм} п	Me	U _{эм} п	Me	U _{эм} п	
ЗПР	74,0	928	85,0	1129,5	76,0	738	79,0	1207,5	32,0	168*	24,0	0*	1010
Норма	76,0	*	82,0		76,0	*	76,0		49,0		59,0		

*—значимость различий

Условные обозначения: А—адаптация, S—принятие себя, L—принятие других, E—эмоциональный комфорт, I—интернальность, D—доминирование

Для оценки связей показателей социально-психологической адаптации подростков с нормальным и задержанным типом развития был проведен корреляционный анализ, в результате которого был выявлен ряд общих и специфических особенностей взаимосвязи показателей социально-психологической адаптации в группах испытуемых.

Общими являются следующие тенденции: 1) невысокая степень интегрированности взаимосвязей параметров социально-психологической адаптации; 2) максимальная выраженность взаимосвязи выявлена между показателями адаптивности и эмоционального комфорта (0,41* при ЗПР и 0,66* при норме развития). Данная связь носит прямо пропорциональный характер,

что соответствует: с увеличением адаптивности повышается эмоциональный комфорт.

Принимая во внимание специфику социально-семейных отношений подростков с ЗПР, обращает на себя внимание тот факт, что выявленное семейное неблагополучие у данной категории подростков не принимается ими как негативное, неблагоприятное. Соответственно с этим обстоятельством соотносится выраженная взаимосвязь показателей адаптивности и эмоционального комфорта. Подростки с ЗПР проявляют высокую адаптивность, не испытывая эмоционального дискомфорта в неблагоприятных социально-семейных условиях.

Взаимосвязь структурных параметров социально-психологической адаптации у подростков с ЗПР имеет в свою очередь ряд специфических особенностей.

Во-первых, положительная значимая связь выявлена между показателями адаптивности и принятия других, то есть социального взаимодействия ($0,67^*$). Чем выше социальное взаимодействие, тем выше приспособительные возможности подростков, то есть их адаптивность.

Во-вторых, отрицательная значимая связь адаптивности и внутреннего контроля ($- 0,86^*$), что свидетельствует о повышении приспособительных возможностей данной категории подростков при снижении внутреннего контроля. Другими словами, у подростков с ЗПР преобладает экстернальный локус контроля, который подразумевает снятие с себя ответственности за все происходящее. Чаще ответственность возлагается на окружающих.

Данные результаты подтверждают положение А.А.Реана (1994) о том, что стремление сохранить самоуважение в условиях негативных оценок поведения подростков со стороны окружающих, может приводить к формированию внешнего локуса контроля.

В-третьих, показатели социального взаимодействия имеют значимую связь с показателями эмоционального комфорта ($0,66^*$) и внутреннего контроля ($- 0,57^*$). Однако в первом случае данная связь является положительной, а во втором – отрицательной. Это свидетельствует о том, что при повышении социального взаимодействия снижается внутренний контроль и повышается эмоциональный комфорт. Данные результаты подтверждают тот факт, что у подростков с ЗПР отмечается повышенная конформность, склонность подчиняться внешним обстоятельствам.

У подростков с нормальным типом психического развития при повышении социального взаимодействия внутренний контроль наоборот повышается. Об этом свидетельствует значимая положительная взаимосвязь между данными параметрами ($0,57^*$). При социальном взаимодействии данная категория подростков руководствуется преимущественно своими внутренними мотивами и побуждениями; они в меньшей степени склонны подчиняться обстоятельствам и окружающим людям. При этом личностные ценности и установки согласуются, сопоставляются с целями и ценностями социального окружения, а не пассивно принимаются, как это свойственно подросткам с ЗПР.

В-четвертых, показатели внутреннего контроля у подростков с ЗПР имеют значимую отрицательную взаимосвязь с показателями доминирования ($-0,46^*$). При снижении внутреннего контроля доминирование повышается, то есть принимается доминирующий стереотип поведения без внутреннего стремления. При нормальном типе психического развития доминирование имеет более значимую связь показателем социального взаимодействия ($-0,41^*$), что указывает на отсутствие стремления в данном случае занять доминирующую позицию во взаимодействии.

Оценив структуру связей показателей социально-психологической адаптации подростков с ЗПР, необходимо отметить, что при высоком уровне социально-психологической адаптации подростков в обеих группах, структура адаптационного процесса при ЗПР имеет свою специфику.

Таким образом, в результате исследования роли социально-семейных отношений в детерминации процесса социально-психологической адаптации подростков с ЗПР, был выявлен ряд следующих тенденций. 1) Негативное влияние социально-семейных отношений в семьях подростков с ЗПР проявляется во враждебности, директивности, автономности и непоследовательности со стороны родителей. 2) Подростки с ЗПР проявляют высокую адаптивность, не испытывая эмоционального дискомфорта в неблагоприятных социально-семейных условиях. 3) У подростков с ЗПР преобладает экстернальный локус контроля, который подразумевает снятие с себя ответственности за все происходящее, что подтверждает положение А.А.Реана (1994) о том, что стремление сохранить самоуважение в условиях негативных оценок поведения подростков со стороны окружающих, может приводить к формированию внешнего локуса контроля.

Список литературы

1. Абраменкова В.В. Социальная психология детства в контексте развития отношений ребенка в мире // *Вопр. психологии*. – 2002. - №1. – с. 3-16.
2. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С.Лебединской. – М., 1982.
3. Винокурова Г.А. Особенности адаптации на начальном этапе обучения в средней школе учащихся с задержкой психического развития // *Психология и практика: Материалы II межрегиональной научно-практической конференции. Сборник научно-методических трудов; Вып. 2* / Под ред. Ю.В.Варданян. – Саранск, 2001. – с. 40-43.
4. Дзугкоева Е.Г. Общение как условие социальной адаптации подростков с задержкой психического развития и без отклонений в развитии // *Дефектология*. – 1999. - №2. – с. 19-27.
5. Костылева Н.В. Социальная дезадаптация старших подростков с задержкой психического развития: факторы риска, организация психологической коррекционно-реабилитационной помощи: Автореф. дис... канд. психол. наук. – Ярославль, 2005. – 25 с.
6. Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на становление патологических черт личности ребенка // *Дефектология*. – 2005.- №1. – с. 42-46.

7. Никишина В.Б. Причинная обусловленность задержки психического развития: социально-психологический анализ / Под ред. В.В.Новикова. – Ярославль, 2000. – 200 с.

8. Никишина В.Б. Системный анализ взаимосвязи генетических и социально-психологических детерминант нарушений психического развития у детей: Монография / В.Б.Никишина. – Курск, М.: Изд-во МГСУ «Союз», 2003. – 239 с.

9. Ярославцева И.В. Депривированный подросток: личностный и психофизиологический потенциал адаптации // Дефектология. – 2002. - № 5. – с. 28-32.

МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ РЕБЕНКА К ОПЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ УДАЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИРОВАННОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ)

Пискунов С.З., Василенко Д.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Для человека любого возраста, социальной принадлежности и национальности страх перед предстоящей операцией является большой психоэмоциональной травмой. В детском возрасте, когда психика характеризуется несформированностью копинговых реакций, эмоциональной неустойчивостью и сензитивностью, такая травма может оставить неизгладимый отпечаток на всю жизнь. Дети после такой травмы, как оперативное вмешательство, испытывают панический страх перед посещением врача, эти реакции могут сохраняться довольно долго и проявляться даже во взрослом возрасте.

В оториноларингологии около 40% пациентов составляют дети в возрасте от 1 до 12 лет. В подавляющем большинстве случаев ЛОР – стационары страны не имеют в штате детских оториноларингологов, так как деления на взрослых и детских врачей эта специальность пока не предполагает. Ребенок, попадая в такой стационар, уже испытывает психологический стресс, так как его окружают взрослые пациенты со своими заболеваниями и страхами.

Среди многообразия детской ЛОР-патологии особого внимания заслуживает патология лимфаденоидного глоточного кольца, а именно гипертрофия глоточной миндалины - аденоиды (аденоидные вегетации) Глоточная миндалина как часть лимфаденоидного глоточного кольца Вальдейера-Пирогова, обладая всеми свойствами иммунокомпетентных органов, выполняет важную защитную и иммунологическую функцию при адаптации организма к факторам внешней среды. При определенных обстоятельствах возникает лимфоцитарно-лимфобластная гиперплазия глоточной миндалины, определяемая как аденоидные вегетации. Данная патология наблюдается чаще у детей в возрасте от 2 до 10 лет (Чистякова В.Р., 2008). Симптомы и лечение этого заболевания весьма травматичны. Течение заболевания сопровождается такими клиническими признаками, которые имеют важное социальное и психологическое значение.

В клинической картине на первый план выходят такие жалобы, как: затруднение носового дыхания, гнусавость, тугоухость (вследствие механической обструкции устья слуховой трубы и последующего развития экссудативного среднего отита), слизистые выделения из носа, ринхопатия (храп) и характерный «аденоидный» тип лица (*habitus adenoideus*) - апатичное выражение и бледность кожи, полуоткрытый рот, сглаженность носогубных складок, небольшой экзофтальм, отвисание нижней челюсти. У детей замедляется рост, формирование речи, они отстают в физическом и психическом развитии. Эти признаки затрудняют общение ребенка со сверстниками и приводят к формированию в детском возрасте комплексов неполноценности. Все это вынуждает родителей к первичному обращению к

врачу-оториноларингологу. Как правило, это происходит в условиях поликлиники, где и диагностируется гипертрофия носоглоточной миндалины (аденоид). Диагностика данного заболевания уже наносит определенную психологическую травму ребенку - речь идет о так называемом «пальцевом исследовании носоглотки». Данная методика является классической и применяется во многих стационарах и поликлиниках страны. Конечно, если кабинеты врача-оториноларинголога оборудованы современным, эндоскопическим оборудованием, то в такой манипуляции нет необходимости, а поскольку это редкость, то пальцевое исследование носоглотки не теряет актуальности и по сей день. Не вдаваясь в подробности манипуляции, стоит сказать, что врач свой указательный палец, минуя ротоглотку, заводит за мягкое небо и, поднимаясь выше, исследует купол носоглотки на предмет наличия там аденоида. Редко когда дети реагируют на данный вид обследования спокойно. Если обнаруживается гипертрофия, то есть все показания к операции - единственно эффективному методу лечения этого заболевания.

Операция в большинстве случаев выполняется в условиях стационара в операционной или стерильной перевязочной. Чаще всего классическая аденотомия выполняется под местным обезболиванием. Операцию выполняют утром натощак. Ребенка фиксируют простыней, сажают на колени помощника, который руками фиксирует грудь и руки ребенка, коленями зажимает его ноги; второй помощник удерживает голову в срединном положении. Хорошая фиксация ребенка предотвращает осложнения во время операции, но само положение ребенка уже порождает огромный стресс - он беспомощен, в чужой обстановке с чужими людьми еще и в больнице. Далее начинается сама операция: для удаления используется аденотом (нож) Бекмана, его заводят в носоглотку и резким движением срезают патологически - измененную миндалину. Сразу после удаления начинается обильное кровотечение - для ребенка это наносит дополнительный стресс, при этом если первый раз ребенок при заведении аденотома в носоглотку спокойно открывает рот, то при повторном заведении ножа и осмотре задней стенки глотки, он не дает этого сделать, плотно стиснув зубы. Врач и его помощники насильно заставляют ребенка открыть рот - что тоже вызывает эмоциональную реакцию у ребенка. Сама операция длится, как правило, недолго - от 5 до 20 минут, затем ребенка передают родителям. Как видно, на каждом этапе до и во время оперативного вмешательства ребенок испытывает мощный психоэмоциональный стресс.

Для сведения стресса к минимуму, важная роль должна отводиться родителям ребенка, которым так же необходимо подсказать, как провести правильную беседу с ребенком и настроить его на предстоящую операцию. Понятно, что у каждого родителя возникает страх перед операцией своего ребенка и важно, чтобы этот дополнительный стресс не передавался еще и ребенку. Как защитная реакция родителей, которым говорят, что у вашего ребенка аденоид, и он нуждается в хирургическом лечении, проявляется недоверие врачу, поиск других врачей и клиник в ожидании услышать, что операцию можно отложить или не делать вовсе. От этого опять же страдает

ребенок, которого родители водят по разным врачам, каждый производит неприятный ребенку осмотр лор-органов. Оттягивание операции не только вредит ребенку в отношении медицинского аспекта заболевания, но и в смысле психологического восприятия болезни самим ребенком.

Проведя исследование в студенческих группах (312 человек) за период 2008-2010 год с помощью опросника, разработанного нами, было установлено, что операцию выполнили 148 студентам, в возрасте от 3 до 12 лет, и все тестируемые студенты прекрасно помнят саму операцию, некоторые даже называли имя врача, проводившего ее. Как правило, они называли среди воспоминаний переживания, связанные с кровотечением и вынужденным положением ребенка (описанного ранее), также несколько студентов (19) описали пальцевое исследование носоглотки до операции как травматичное.

Многие родители практикуют подготовку к операции в виде обмана ребенка: они говорят детям, что ничего делать с ним не будут, просто доктор заглянет в ротик; как правило, такой стиль поведения неблагоприятно влияет на ребенка в послеоперационном периоде, ведь его обманули: вместо «ничего не будет» - много крови и вынужденное скованное положение тела. В такой момент ребенку хочется, чтобы его пожалели и успокоили, а он чувствует себя обманутым, считает, что его родители заодно с врачом. Этот тип подготовки ребенка к операции неприемлем.

Наиболее эффективнее мы считаем тип поведения родителей, когда ребенку в игровой форме дают информацию о его болезни; например, рассказывают, что будут делать с ним в больнице, и что от операции зависит его здоровье, что он сможет после операции, например, ходить в бассейн, то есть ему будут дозволены ранее неприемлемые вещи. Чем-то необходимо заинтересовать ребенка, что он получит после операции, например, долгожданную игрушку. В такие моменты ребенок нуждается в правильном поведении своих родителей; хорошо, чтобы оба родителя находились с ребенком до операции и сразу после нее, чтобы в момент отлучения ребенка в операционную он был твердо уверен, что его ждут мама с папой в палате.

Мы имеем под наблюдением 23 ребенка в возрасте от 3 до 9 лет, которым родители проводили именно такую, с нашей точки зрения, эффективную предоперационную подготовку. У таких детей сама операция протекала быстрее, у них отсутствовали осложнения, связанные с чрезмерным возбужденным поведением ребенка во время операции, и такие дети охотно приходили на повторные осмотры даже к тем врачам, которые непосредственно производили им операцию. Со слов родителей, дети крайне редко в общении упоминали о прошедшей операции.

Существуют методы поднаркозного удаления аденоидов, они менее травматичны, но здесь необходимо помнить, что не во всех стационарах имеются детские анестезиологи. Техника наркоза должна быть максимально профессиональна, так как операция связана с большой кровопотерей и может осложниться аспирацией в дыхательные пути. Если обратиться к статистике, то в ЛОР отделении городской больницы г. Курска произведено 211 аденотомий за 2010 год и только – 5 из них поднаркозных, поэтому с уверенностью можно

сказать, что почти все аденотомии производятся под местным обезболиванием. Соответственно, участие родителей, их модели поведения перед предстоящей аденотомией имеют большую актуальность, что впоследствии отразится на эмоциональном состоянии детей.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, КАК КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ

Погосов А. В., Аносова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

С начала 90-х годов XX века в Российской Федерации отмечен резкий рост числа больных с психическими и поведенческими расстройствами, развивающимися вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ), в том числе, и среди несовершеннолетних (Леонтьева М.В., 2007; Кошкина Е.А., 2009).

О широком распространении наркологической патологии свидетельствуют как социологические исследования, так данные официальной медицинской статистики. Установлено, что рост алкоголизации несовершеннолетних происходит за счет употребления пива (Коновалов С.Г. с соавт., 2000). Согласно эпидемиологическим данным от 2/3 до 3/4 подростков предпочитают пиво. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет его пьют двое из каждых трех. Ряд исследований отражает тенденцию к увеличению частоты проб подростками препаратов конопли, «вхождение» их в молодежную субкультуру, постоянное увеличение групп молодых людей, которые систематически потребляют препараты конопли (Поступной А.Н., 2000).

Распространение алкоголизма и наркомании среди детей и подростков представляет угрозу здоровью населения и экономике Российской Федерации. В связи с этим особую актуальность представляет разработка новых направлений и организационных форм профилактики девиантного поведения подростков, и, в частности, аддиктивного поведения, пивного алкоголизма и гашишной наркомании.

В основу настоящей работы положены результаты клинко-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического исследования 140 подростков в возрасте от 15 до 18 лет в психиатрических и наркологических учреждениях Белгородской области.

Исследование проведено в 3-х группах: основную группу составили 60 подростков с диагнозом пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией. В группы сравнения включены 60 подростков с диагнозом пивной алкоголизм и 20 подростков с диагнозом гашишная наркомания.

Сравнительная оценка клинических проявлений заболевания в основной и контрольной группах выявила клинко-динамические особенности пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, свидетельствующие о поэтапном характере его формирования, полиморфизме клинической картины, взаимовлиянии сочетающихся форм зависимости. Клиническая структура пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, у подростков представлена синдромами измененной реактивности, патологического влечения, абстинентным синдромом и синдромом личностных изменений.

Динамика заболевания характеризуется тремя сменяющими друг друга этапами: зависимости от пива, «экспериментирования» с приемом конопли, сочетанной зависимости от пива и конопли.

Это обуславливает особую актуальность разработки новых направлений и организационных форм профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.

Оптимизация специализированной наркологической помощи подросткам с пивным алкоголизмом, пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, предусматривает использование психообразовательных программ, предложенных для ранней диагностики.

Одним из важных направлений является повышение компетентности родителей и специалистов, работающих с несовершеннолетними. Среди них - педагоги, сотрудники отделений по делам несовершеннолетних, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, врачи-педиатры детских лечебно-профилактических учреждений.

Среди организационных форм работы в рамках психообразовательного подхода – обучающие семинары, круглые столы, дискуссии, беседы, лекции, выступления на тематических родительских собраниях в учебных заведениях.

На основе полученных в ходе исследования результатов были разработаны циклы обучающих семинаров, адаптированных к работе с членами семей подростков. В ходе семинаров освещаются темы, касающиеся био-психо-социо-духовной концепции формирования химических зависимостей, влияния семейного воспитания на приобщение к употреблению психоактивных веществ, организации медицинской, психологической, социальной помощи подросткам, зависимым от алкоголя и наркотиков.

Важное место в работе с родителями и специалистами занимает изучение клинической картины алкоголизма и наркоманий у подростков. В ходе бесед, лекций, обучающих семинаров, дается описание клиники химической зависимости, складывающейся из синдрома изменений личности и синдрома комплекса наркоманической зависимости, объединяющего синдромы измененной реактивности, абстиненции, патологического влечения.

Клиника синдрома измененной реактивности организма у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, состоит из неспецифических и специфических симптомов, отражающих изменение формы потребления, опьянения, толерантности, исчезновение защитных реакций. Динамику формы потребления алкоголя характеризуют симптомы избирательного отношения к пиву разных сортов, предпочтительного употребления пива с высокой крепостью, эпизодического 1-2 кратного приема водки. Клинические особенности изменения формы потребления конопли при сочетанной зависимости проявляются «экспериментированием» с приемом конопли, избирательным отношением к конопле с различной технологией приготовления и употребления. В динамике заболевания на этапе пивного алкоголизма отмечается существенный рост количества потребляемого пива, что вызывает необходимость поиска нового способа достижения эйфоризирующего эффекта в опьянении. Это выступает в качестве причины

перехода подростков к экспериментированию с приемом конопли. Особенности опьянения при сочетанном употреблении пива и конопли являются отсутствием характерных для начальной стадии гашишного опьянения проявлений (тревоги, страха, подозрительности), меньшая выраженность аффективных нарушений (хохот, плач), наличие психосенсорных расстройств, большая тяжесть постинтоксикационного состояния. Клиническая картина синдрома патологического влечения у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, имеет сложную структуру в виде сочетания поведенческих, идеаторных, аффективных, соматовегетативных, астенических и сенсорных симптомов, отражающих влечение к пиву и конопле. В структуре синдрома патологического влечения преобладают поведенческие симптомы, проявляющиеся рядом особенностей, отличающих их от поведенческих симптомов при изолированных пивном алкоголизме и гашишной наркомании. Среди психических нарушений доминируют неспецифические дистимические, дисфорические и эксплозивные эмоциональные симптомы, увеличение частоты которых в динамике заболевания отражает утяжеление клиники абстинентного синдрома. Личностные изменения у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, включают в себя характерологические нарушения, неспецифические симптомы, отражающие отношение к болезни и лечению, специфические симптомы, характеризующие трансформацию интересов, расстройства социальной адаптации.

Специфическими характерологическими нарушениями на этапе сочетанной зависимости являются одновременное присутствие в клинике акцентуаций лабильного, истероидного, неустойчивого и эпилептоидного типов. Симптомы, отражающие отношение подростков к болезни и лечению проявляются уклонением от медицинской помощи, демонстрацией скептического отношения к ней, враждебным отношением к медицинским работникам, прерыванием лечения.

Симптомы специфической трансформации интересов, связанных с употреблением конопли, наблюдающиеся на этапе сочетанной зависимости, характеризуются коллекционированием, поиском новой информации о конопле и своеобразным проведением досуга. Симптомы специфической трансформации интересов позволяют снизить эмоциональное напряжение при невозможности приема ПАВ у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией. У подростков в динамике заболевания пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, наблюдается нарастание симптомов расстройства социальной адаптации, проявляющихся в учебной деятельности, семейных отношениях, утрате увлечений.

Установлены симптомы дезадаптации, типичные для этапа пивного алкоголизма: нарушение дисциплины, провоцирование конфликтов с педагогами, пропуски занятий в учебном заведении, в кружках и секциях. На этапе сочетанной зависимости отмечается дальнейшее усугубление расстройств социальной адаптации: прекращение обучения, конфликты с членами семьи, уходы из дома, постепенная утрата навыков ухода за внешностью и др.

В ходе обучающих семинаров подробно рассматриваются проявления патологического влечения при зависимости от пива и гашиша, включающие поведенческие, аффективные, идеаторные, сомато-вегетативные, сенсорные компоненты. Преобладающими среди них являются многообразные поведенческие симптомы: покупка и коллекционирование одежды, аксессуаров, звуков, мелодий, картинок, ассоциирующихся с приемом алкоголя и наркотика, своеобразное развитие творческих способностей (фотографирование растений конопли, рисование символики наркотика, сочинение стихов и песен о нем), изменение интересов и способов организации досуга (общение с другими потребителями, поиск информации о наркотике и пиве в сети Интернет, обсуждение новых сведений с друзьями и знакомыми, инициирование встреч для приема пива и наркотика, интерес к творчеству музыкантов, не скрывающих приема алкоголя и наркотиков, приобщение к субкультуре растаманов).

Среди эмоциональных симптомов рассматриваются ярко проявляющиеся повышение настроения, активизация жестикуляции, смех, взволнованность при упоминании о пиве и гашише, а также идеаторные симптомы, отражающиеся в мыслях, снах о ПАВ, обсуждении тем, связанных с употреблением пива и гашиша.

Важным для родителей является ознакомление с симптомами измененной реактивности организма подростков к действию пива и наркотика (изменение толерантности в виде ее роста, исчезновение защитных реакций, изменение формы опьянения, изменение формы потребления ПАВ). Яркими проявлениями пивного алкоголизма и гашишной наркомании являются личностные изменения. На фоне употребления ПАВ у подростков усугубляются наблюдавшиеся в преморбиде акцентуированные черты, либо при их отсутствии до заболевания появляются новые, не присущие подросткам ранее: лживость, изворотливость, хвастливость, обидчивость, раздражительность, повышенная конфликтность, а порой агрессивность. По мере усугубления заболевания у подростков отчетливо проявляются делинквентные и криминальные формы поведения.

Описание клиники алкогольной и наркотической зависимости у подростков при работе с родителями обеспечивает раннее выявление потребителей психоактивных веществ. В свою очередь, раннее выявление подростков, употребляющих алкоголь, наркотические и токсические средства позволяет повысить эффективность сочетанной зависимости от алкоголя и конопли у подростков.

Литература:

1. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
2. Коновалов С.Г. Особенности употребления психоактивных веществ учащимися г. Москвы//XIII съезд психиатров России: Материалы съезда. – М., 2000. – С.247.
3. Кошкина Е.А., Проблема злоупотребления наркотиками в современной

- России//Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24-27 ноября, 2009 г., г. Москва). – М., 2009. – С.236
4. Леонтьева, М.В. Особенности распространения употребления алкоголя подростками и молодежью в образовательной среде//Вопросы наркологии. –2007. – №1 – С.31-38.
 5. .Погосов А.В., Филатова Т.А. Мероприятия профилактики зависимости от психоактивных для учащихся общеобразовательных учреждений (медикаментозная и психотерапевтическая коррекция в группе риска): Методические рекомендации. – Курск: КГМУ, 2009. – 16 с.
 6. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.
 7. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 176 с.

ВЛИЯНИЕ ОПЫТА ПЕРЕЖИВАНИЯ СОВМЕСТНЫХ РОДОВ НА СЕМЕЙНУЮ СИСТЕМУ

Пономарева Т.А.

Сыктывкарский государственный университет, Коми республиканский перинатальный центр, г. Сыктывкар, Россия

Родительское отношение к ребёнку многокомпонентно и складывается под воздействием множества различных факторов. Важнейшими можно считать эмоциональное отношение к родам, поддержку матери во время беременности, ответственную позицию отца в пре-, пери- и постнатальный период. Все эти компоненты взаимосвязаны между собой и определяют позицию родителя во взаимодействии с ребёнком, косвенно влияя на сплоченность и стабильность семейной системы в целом.

В данной работе мы рассматриваем значимость участия отца в пре-, пери- и постнатальном периоде и опыта переживания супругами совместных родов с точки зрения их влияния на тип родительского воспитания и семейную адаптацию и сплоченность в дальнейшем.

Цель данного исследования – изучение и анализ влияния опыта переживания совместных родов на семейную систему.

Объект исследования – семейная система в пре-, пери- и постнатальный период.

Предмет – особенности взаимоотношений членов семьи в зависимости от участия отца в пренатальной подготовке и родах.

Гипотезы:

1) Участие отца в подготовке семейной пары к рождению ребёнка будет связано с оптимизацией типа переживания беременности и психоэмоционального состояния беременной;

2) Переживание опыта совместных родов в зависимости от наличия/отсутствия специальной подготовки к ним будет определять преобладающий тип родительского воспитания, сплочённость и адаптацию семьи в постнатальном периоде.

Теоретическое обоснование исследования

В современной психологии считается, что родительство включает в себя материнство и отцовство, но не сводится к их простой совокупности. Отдельные проблемы материнства достаточно разработаны, отцовство же практически мало изучено. В педагогической психологии не разработаны способы целенаправленного формирования осознанного родительства. У человека, в отличие от животных, родительское поведение не следует автоматически вслед за рождением ребёнка. Воспитательная позиция отца в своем формировании отличается от материнской. Эмоциональное отношение матери к ребёнку формируется гораздо раньше, чем происходит факт осознания беременности. Оно формируется в процессе онтогенеза от рождения девочки до зачатия, становится в беременности и при воспитании нового человека [Борисенко Ю.В., Портнова А.Г.]. В отличие от матери, по мнению ряда авторов, наибольшую привязанность к детям отец начинает чувствовать, когда

они уже подросли. Нередко утверждается: лучшее, что может сделать мужчина для своего ребёнка (будущего или рождённого) – это любовь к жене [Банникова С.А.]. В то же время К. Флэйк-Хобсон (1992) считает, что участие отца в процессах рождения и воспитания ребёнка оказывает существенное воздействие на супругов, и на малыша [цит по Овчаровой Р.В.]. По статистическим данным [Barth S.], в 90-е года прошлого столетия в Германии присутствовали при рождении своего ребёнка 90% отцов. Уже в 1971 году на Международном конгрессе психосоматической медицины, прошедшем в Лондоне, доктор медицины Дж. Сасмор представила результаты исследований 45 тыс. родов, в том числе с участием мужей, в доказательство того, что присутствие любимого мужчины оберегает роженицу от чувства страха и одиночества, снимает эмоциональный стресс, укрепляет взаимопонимание пары. Так называемый «инстинкт отцовства» предполагает наличие комплекса врождённых реакций, определяющих поведение отца в направлении заботы о жене и детях и их защиты [Морозов И. А.]. В ожидании ребёнка, при взаимодействии с беременной, в непосредственном общении с новорожденным мужчина может ощутить «отцовский инстинкт», почувствовать себя защитником, продемонстрировать заботу и привязанность. Под продуктивным отцовством понимается «включённость, эмоциональную вовлечённость отца в жизнь и развитие своего ребёнка. Такой отец ведёт себя ответственно по отношению к своему ребёнку, а именно:

- не планирует рождение ребёнка, пока он не готов эмоционально и материально поддерживать ребёнка;
- устанавливает своё юридическое отцовство, если и когда ребёнок рождается;
- активно разделяет с матерью эмоциональные и физические заботы о ребёнке, начиная с беременности;
- активно разделяет с матерью заботы о финансовой поддержке ребёнка, начиная с беременности» [Ткаченко Л.В., Деларю А.В.]

Известно, что семейная система — это открытая система, которая находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система самоорганизуема, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой [Варга А.Я.] Семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьёзных изменений, а значит, семейная система становится уязвимой, её функционирование характеризуется нестабильностью. Появление ребёнка меняет состав семейных подсистем, перестраивает отношения между членами семьи. В нашем исследовании семейной подсистемой (голоном) мы будем считать локальную, дифференцированную совокупность семейных ролей, которые позволяют семье избирательно выполнять определенные функции и обеспечивать жизнедеятельность [Добряков И.В.]. Рождение ребёнка означает появление в семье новой подсистемы, - а именно – детско-родительской, что влечёт за собой реорганизацию супружеской подсистемы. Поэтому нам представляется важным проанализировать, каким образом участие отца в специально организованном

обучении по подготовке к рождению ребёнка, а также в самом процессе родов, влияет на различные семейные подсистемы, характер взаимосвязей между элементами семейной системы, а именно: психоэмоциональное состояние беременной, тип переживания ею беременности и в дальнейшем - на тип родительского воспитания и семейную адаптацию и сплоченность.

В качестве ключевых измерений структуры семьи некоторые авторы называют сплоченность и адаптацию [Варга А.Я.]. Семейная сплочённость – это степень эмоциональной связи между членами семьи: при максимальной степени выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной – автономны и дистанцированы друг от друга. Динамический аспект существования семейной системы в период ожидания и рождения ребенка наиболее ярко представлен в семейной адаптации – характеристике того, насколько гибко или наоборот, ригидно способна семейная система приспосабливаться, изменяться при воздействии стрессоров на неё.

Экспериментальное исследование проводилось на базе Коми Республиканского Перинатального Центра. Специально организованное обучение по подготовке к рождению ребёнка представляло собой прохождение в течение двух месяцев разработанной нами совместно с врачами (акушерами-гинекологами, неонатологами) программы курсов «Чудо рождения». В процессе обучения использовался так называемый бригадный метод работы, когда занятия ведутся несколькими постоянными специалистами: врачом акушером-гинекологом, психологом и акушеркой. Все специалисты предварительно прошли подготовку в области перинатальной психологии. Курсы проводились в малых группах (8-10 человек), в вечернее, удобное для обучающихся время. Курсы включали в себя 13 занятий и являлись платными.

Система работы состояла из нескольких стандартных блоков: первый – «разогрев», второй – формирование доверительных отношений, третий – лекционный, четвёртый – практический, пятый – релаксационный. Психологическая поддержка беременной и супружеской пары реализовалась на нескольких уровнях:

- когнитивном – как повышение информированности об ответственном родительстве, об успешном поведении в родах, коррекция представлений человека о себе как активном участнике родов;
- мотивационном – как повышение активности человека, актуализация потребности в саморазвитии, в родительстве;
- эмоциональном – как изменение текущего состояния клиента и формирование умений саморегуляции;
- поведенческом – как формирование эффективных умений и навыков для повышения операциональной сферы родительства.

Программа курсов включала в себя теоретическую и практическую части. В теоретической части излагались вопросы психологии беременной и плода, физиологии родов, партнёрства в родах, влияния матери и отца на развитие ребёнка, профилактики послеродовой депрессии. Теоретический материал был представлен в лекционной форме, а также в форме дискуссий на заданную

тему. Практическая часть включала в себя упражнения на принятие активной родительской позиции, отработку навыков активного поведения в родах, методов само- и взаимообезболивания в первом периоде родов, практических навыков потуг. Также – отработка навыков общения с плодом с помощью методов телесной терапии, музыкотерапии и арт-терапии; навыков ухода за новорожденным и общения с младенцем. На занятиях активно использовались плакаты, муляжи, видеопрезентации. В ходе курса проводилась групповая экскурсия беременных и супружеских пар в сопровождении акушерки в родильный дом, где им предстояло в дальнейшем родить.

Эмпирическое исследование специфики родительства в зависимости от участия отца в пренатальной подготовке и родах

Задачи эмпирического исследования:

- Исследовать динамику психоэмоционального состояния, показателей тревожности, психологического компонента гестационной доминанты беременных, участвующих в подготовке к родам вместе с отцом ребёнка;
- Проанализировать опыт переживания супружескими парами процесса совместных родов;
- Изучить зависимость преобладающего типа родительского воспитания, уровня сплочённости и адаптации семьи от наличия/отсутствия специальной подготовки к родам и опыта переживания совместных родов.

Характеристики выборки: в данном исследовании в качестве обследуемых выступали:

- **I этап:** 80 беременных женщин в возрасте от 19 до 35 лет со сроком беременности от 23 до 38 недель;
- **II этап:** 40 женщин и 40 мужчин, прошедших подготовку к родам и родивших ребёнка совместно;
- 40 женщин и 40 мужчин, родивших ребёнка совместно без специального обучения;
- 40 женщин, родивших ребёнка самостоятельно, и 40 мужчин - их супругов, прошедших вместе с женой подготовку к родам;
- 40 женщин, родивших ребёнка самостоятельно без специального обучения, и 40 мужчин – их супругов.

Всего в исследовании приняло участие 240 человек. Средний возраст мужчин, принимавших участие в исследовании, - 31,3 года, женщин – 28,8 лет. Образование респондентов в 85% - высшее, 15% - среднее специальное. Супружеский стаж к моменту исследования составлял: в 15% случаев – от 1 года до 3 лет; в 38% случаев – от 3 до 5 лет; в 47% случаев – более 5 лет. Для 70% опрошенных ребёнок, рождённый совместно, был первенцем, для 30% - вторым. Средний возраст детей на момент исследования составлял 2 года.

Методы и методики:

В исследовании были использованы следующие методики:

- тест реактивной и личностной тревожности (Спилбергера Ч.Д. – Ханина Ю.Л.), тест нервно-психического напряжения (метод Тейлор, адаптированный Т.А. Немчиным), тест отношений беременной И.В. Добрякова;

- полустандартизированное интервью об опыте переживания совместных родов с последующим анализом протоколов;

- методика измерения родительских установок и реакций PARY (Е. Шефера и Р. Белла, адаптированный Архиреевой Т.В.)

- шкала семейной адаптации и сплочённости (FACES - 3)

Методы обработки данных: дескриптивная статистика.

Изложение полученных результатов

По результатам исследования, полученным по тесту реактивной и личностной тревожности, тесту нервно-психического напряжения, тесту отношений беременной И.В. Добрякова, мы можем сделать вывод, что наша первая гипотеза подтвердилась.

Участие отца в подготовке семейной пары к рождению ребёнка положительно связано с оптимизацией типа переживания беременности и психоэмоционального состояния беременной. Сравнение выборок по критерию участия отца в предродовой подготовке показало, что между уровнем выраженности оптимального психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у них существуют значимые различия по следующим показателям:

- оптимальный тип ПКГД до прохождения курсов (у беременных – $4,70 \pm 0,29$, у беременных в парах с мужем – $5,35 \pm 0,25$ балла); после прохождения курсов оптимальный тип ПКГД (у беременных – $4,79 \pm 0,28$, у беременных в парах с мужем – $6,87 \pm 0,25$ балла),

- эйфорический тип ПКГД (у беременных – $3,73 \pm 0,29$, у беременных в парах с мужем – $1,94 \pm 0,23$ балла).

Полученные данные свидетельствуют, что у женщин, посещающих курсы совместно с мужьями, определяющим является оптимальный тип ПКГД, который к концу курсов начинает занимать приоритетное значение в структуре ПКГД ($6,87 \pm 0,25$ баллов из 9 возможных). Здесь подтверждается гипотеза о том, что продуктивное отцовство, при котором отец ребёнка активно разделяет с матерью эмоциональные заботы о ребёнке, начиная с беременности, играет важную роль в оптимизации психоэмоционального состояния беременной.

Проследив динамику психоэмоционального состояния беременных в ходе специально организованного обучения по подготовке к родам в каждой исследовательской группе, было обнаружено, что у беременных, самостоятельно участвующих в курсах на достоверном уровне значимости снижается представленность тревожного типа ПКГД (в начале занятий $0,61 \pm 0,16$, после прохождения курса $0,18 \pm 0,09$ баллов), а также уровень ситуативной (с $35,27 \pm 1,55$ до $32,67 \pm 1,35$ баллов), личностной тревожности (с $41,30 \pm 1,31$ до $38,94 \pm 1,94$ баллов) и нервно-психического напряжения (с $43,69 \pm 1,16$ до $41,03 \pm 1,06$ баллов). Было доказано, что посещение курсов дородовой подготовки беременными женщинами способствует оптимизации их психоэмоционального статуса. Хотя, большая выраженность у них

эйфорического типа в структуре ПКГД делает затруднительным прогноз на роды и послеродовое состояние женщины и семьи в целом. Как правило, женщины с выраженным эйфорическим компонентом ПКГД посещают курсы дородовой подготовки, но далеко не ко всем советам беременные прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально.

Изучая динамику показателей у беременных, участвующих в курсах совместно с мужем, мы отмечаем, что:

- на достоверном уровне значимости растёт представленность оптимального типа ПКГД (с $5,35 \pm 0,25$ до $6,87 \pm 0,25$ баллов),
- снижается представленность эйфорического типа ПКГД (с $2,87 \pm 0,26$ до $1,94 \pm 0,23$ баллов) и тревожного типа ПКГД (с $0,35 \pm 0,09$ до $0,03 \pm 0,03$ баллов),
- снижается уровень личностной тревожности (с $38,90 \pm 1,29$ до $35,00 \pm 1,29$ баллов) и нервно-психического напряжения (с $41,90 \pm 1,22$ до $38,81 \pm 1,33$ баллов).

Таким образом, представленная выборка представляет собой группу с повышенной вероятностью благоприятного развития внутрисемейных взаимоотношений.

По результатам анализа протоколов бесед об опыте переживания совместных родов, мы можем сделать вывод о субъективной важности и неоднозначности восприятия парой этого процесса.

Интервью содержало 23 вопроса об опыте переживания совместных родов (мотивов участия, реакции близких и друзей, форм помощи и взаимной поддержки во время родов, влияния этого опыта на супружеские, детско-родительские, сексуальные взаимоотношения, продолжительности грудного вскармливания). По полученным данным, основным мотивом участия отца в родах являлась поддержка жены и ребёнка в родах (45% мужчин и женщин), желание снизить болевые ощущения в родах (25% мужчин и женщин), стремление избежать возможных осложнений, хирургического вмешательства (20% мужчин и женщин). Для 3% отцов основным мотивом была просьба жены, для 3% женщин мотивацией служила установка: «чтобы муж знал, как это нелегко». Таким образом, среди опрошенных доминирует внутренняя положительная мотивация процесса совместных родов, на втором месте - мотивация избегания неудачи. Колебания в принятии решения о совместных родах испытывали 22,5% беременных и 15% будущих пап. Чтобы принять решение о партнерских родах 70% женщин и 40% мужчин изучали литературу и статьи в журналах для родителей и Интернете. Реакция близких и друзей на факт совместных родов среди опрошенных мужчин была: в 37,5% - неоднозначная, в 25% - положительная, в 12,5% - удивление; по 6,25% - интерес, понимание, уважение, безразличие. Среди опрошенных женщин: в 37,5% - положительная, в 18,75% - удивление, в 12,5% - непонимание, по 6,25% - неоднозначная оценка, понимание, интерес, шок, страх. Очевидно, в этом отражается факт того, что общественные представления об опыте совместных родов, социальные стереотипы отцовства являются весьма противоречивыми. По мнению ряда авторов это является следствием переходного периода в истории отцовства, когда общество впервые всерьёз обратило внимание на

важность отца для развития личности ребёнка [Ткаченко Л.В., Деларю А.В.]. Если рассмотреть переживания, чувства и эмоции, возникающие у отцов во время рождения своего ребёнка, то они во многом сходны с материнскими, с одной существенной разницей. 18% опрошенных женщин говорили о переживании боли в родах, 15% мам не смогли ответить на этот вопрос, что свидетельствует о травматичном опыте родов для женщин и срабатывающих механизмах вытеснения сознанием данного опыта. 18% опрошенных женщин испытывали нетерпение, желание поскорей родить здорового малыша, взять его на руки; 25% - любовь, радость, счастье, желание помочь, облегчение; 24% - волнение, смятение, беспокойство.

Переживания отцов можно условно поделить на пять групп:

- Счастливые («счастье», «радость», «уверенность, что всё получится» – 28,3%)
- Стрессовые («стресс», «страх», «шок», «усталость», «нет ответа» – 24%)
- Тревожные («волнение», «беспокойство», «опасение за здоровье ребёнка» – 23,8%)
- Сопричастные («чувство, что жене легче, когда я рядом», «поддержка» -19,1%)
- Торжественные («значимость события» – 4,8%).

Мы видим, что эмоциональный спектр родовых переживаний широк, как у женщин, так и у мужчин. Если женщина погружена в непосредственный процесс родов, то мужчина, включаясь в состояние роженицы и ребёнка, испытывает сильные, эмоционально заряженные переживания, зачастую стрессогенного характера, он в со-бытии, со-участии с мамой и ребёнком. Мужчина вынужден совладать с яркими эмоциями, для этого необходимы конкретные действия. В основном, это словесная поддержка (27,4%), непосредственная тактильная помощь («массировал поясницу», «держал за руку, находясь в изголовье», «вставал с супругой в различные родовые позы, облегчающие процесс» – 39,5%), совместное дыхание («вместе дышал в схватках и тужился» - 6,5%), подавал воду между схватками – 2,2%, пытался рассмешить, отвлечь – 24,2%. Как правило, большинство отцов в родах берут на себя взаимодействие с врачами, акушерками, то есть выполняют коммуникативную и защитную функцию. По мнению 54% отцов и 62% матерей, участвовавших в совместных родах, этот опыт оказал влияние на дальнейшие взаимоотношения с ребёнком. Если бы снова встал вопрос о партнерских родах, согласились родить совместно 93% мужчин и 100% женщин из числа опрошенных.

По результатам исследования, полученным по методике измерения родительских установок и реакций PARY, шкалы семейной адаптации и сплочённости (FACES – 3), мы можем заключить, что наша вторая гипотеза подтвердилась.

Переживание опыта совместных родов в зависимости от наличия/отсутствия специальной подготовки к ним определяет преобладающий

тип родительского воспитания, сплочённость и адаптацию семьи в постнатальном периоде. Это подтверждают данные, касающиеся преобладающего типа воспитания в семьях с разным опытом. В результате было обнаружено, что:

- в семьях, которые участвовали вместе на курсах подготовки к рождению ребёнка и родили малыша совместно, преобладающим типом воспитания является демократический (высокие показатели по шкалам «Предоставление ребёнку возможности высказаться» ($17,46 \pm 0,34$), «Равенство родителей и ребёнка» ($15,31 \pm 0,33$), «Товарищеские отношения между родителями и детьми» - $18,38 \pm 0,36$);

- в семьях родивших ребёнка совместно без обучения навыкам поведения в родах доминирующим типом семейного воспитания является гиперопека (высокие показатели по шкалам «Оберегание ребёнка от трудностей» - $16,50 \pm 0,81$, «Зависимость ребёнка от матери» - $14,75 \pm 0,47$, «Навязчивость родителей» - $14,50 \pm 0,10$, «Подавление агрессивности ребёнка» - $15,50 \pm 0,54$);

- в обычных семьях, где беременность и роды протекали традиционно, без специальной подготовки к ним и самостоятельным родоразрешением женщины, были обнаружены высокие баллы по шкалам «Супружеские конфликты» ($17,25 \pm 0,23$), «Строгость родителей» ($12,75 \pm 0,40$), «Мученичество родителей» ($13,75 \pm 0,17$), «Невнимательность мужа к жене» ($13,75 \pm 0,07$), «Необходимость посторонней помощи в воспитании» ($16,50 \pm 0,23$).

В ходе проведения исследования сплочённости и адаптации семей нас интересовало влияние совместных родов и наличия/отсутствия специальной подготовки к ним на показатели семейной системы в дальнейшем. Сравнительный анализ показал значимые различия между группами по критерию участия в родах: сплоченность в семьях, где дети рождены совместно, выше, чем в других группах ($40,50 \pm 0,23$ – в реальности, $41,25 \pm 0,17$ – в идеальном представлении). Степень эмоциональной связи между членами этих семей высокая, они эмоционально стремятся к близости, сопереживанию, взаимной поддержке. Семейная адаптация как характеристика того, насколько способна семейная система приспосабливаться, изменяться при воздействии стрессоров на неё, в этих семьях характеризуется гибкостью.

В то время как в семьях, где рождение ребёнка протекало традиционно без специальной подготовки к нему и самостоятельным родоразрешением женщины, отмечалась высокая разобщенность ($31,75 \pm 0,34$) между членами семьи, выраженная степень неудовлетворённости имеющимся уровнем сплочённости и возможности адаптации семьи к изменениям ($6,50 \pm 0,95$ и $7,25 \pm 1,33$ соответственно).

Выводы: в проведённом исследовании подтвердилась гипотеза о положительной роли участия отца в процессе подготовки к рождению ребёнка и родах в гармонизации типа переживания беременности и психоэмоционального состояния беременной. Доказано, что переживание опыта совместных родов определяет сплочённость и стабильность семьи в постнатальном периоде. Поставленные задачи были решены, цель эмпирического исследования достигнута.

Список литературы

1. Банникова С.А. Формирование потребности сопровождения родов мужем // Перинатальная психология и психология родительства. 2007. №4. С.56-59.
2. Борисенко Ю.В., Портнова А.Г. Родительство в контексте личностной зрелости // Семейная психология и семейная терапия. 2008. № 4. С. 41-58
3. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия //Журнал практической психологии и психоанализа, 2000, №2.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Речь, 2010.
5. Морозов И. А.«Мужские слезы» и эмоции пограничных состояний // Мужской сборник. Вып. 3. Мужчина в экстремальной ситуации. СПб: Индрик, 2007. С.43–61.
6. Ткаченко Л.В., Деларю А.В. Отношение к партнерским родам беременных женщин// Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН, 2006, №4. С.48-52
7. Овчарова Р.В. Психология родительства. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 319 с.
8. Barth S. Vaterschaft im Wandel // Sozialmagazin.-2000.-Heft 1.-S.14-22.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ЖИЗНИ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ

Посысов Н.Н.

**Институт развития образования Ярославской области, г. Ярославль,
Россия**

Помещение ребенка в приемную семью - событие чрезвычайной важности, вызывающее сильные эмоциональные переживания, как у самого ребенка, так и у членов приемной семьи. Это событие окрашено подчас утрированными эмоциями и различными фантазийными ожиданиями, не всегда опирающимися на реальные знания и факты. Для предотвращения быстрого разочарования, крушения надежд следует осознать, что процесс адаптации приемного ребенка и семьи друг к другу, отличается неравномерностью и может быть осложнен целым рядом факторов.

По результатам наших исследований жизнедеятельности приемных семей можно выделить типы проблем, обусловленных причинами объективного и субъективного характера, затрудняющих адаптацию приемного ребенка:

Проблемы, возникающие при адаптации к семье у приемного ребенка:

1. Отсутствие у ребенка опыта жизни в семье (либо отсутствие опыта жизни в нормальной, социально - эффективной семье). Это находит свое проявление в несформированности следующих навыков и способностей;

- неумение жить совместно (неумение соотносить и согласовывать свои и чужие желания, потребности, цели и эмоциональные состояния);
- неумение выстраивать правильную дифференцированную коммуникацию с членами расширенной семьи разного пола, возраста, статуса, выполняющих различные семейные роли. (В сознании ребенка отсутствует ясное и четкое представление о том, какие ролевые функции выполняют в семье мать, отец, дедушка, бабушка, братья и сестры по отношению друг к другу);
- неумение выделять и понимать семейные правила, неумение подчиняться семейным правилам (отсутствие способности контролировать свое поведение с учетом целей семьи в целом);

2. Воздействие на личность ребенка опыта проживания в интернатном учреждении. Условия жизни в учреждениях интернатного типа не предполагают выделения личного пространства для автономной, частной жизни. Попадая в семью ребенок сталкивается с необходимостью выделять, понимать, учитывать и уважать внутрисемейные границы различного вида :

а) границы собственности (отсутствует понимание «что мое, а что не мое», какими вещами в семье можно пользоваться без спросу, а какими - только с личного разрешения их хозяина);

б) границы коммуникации (отсутствует понимание того, в чей разговор и на какую тему можно вмешиваться ребенку, в чей разговор и на какую тему вмешиваться не принято)

в) эмоциональные границы (отсутствует умение различать ситуации, в которых следует оставить члена семьи в покое, если ему необходимо побыть

одному, от ситуаций, в которых следует оказать эмоциональную поддержку и помощь).

Проблемы, возникающие при адаптации приемного ребенка к семье у приемных родителей (чем они обусловлены).

1. *(Ложные ожидания). Психологическая неподготовленность приемных родителей к реальному взаимодействию с приемным ребенком*

Это связано с наличием у кандидатов в приемные родители целого ряда фантазий, нереалистичных псевдо-оптимистических ожиданий относительно того, как будет разворачиваться жизнь в семье после прихода в нее приемного ребенка. Столкновение ожиданий с реальными поведенческими проявлениями ребенка приводит к возникновению глубокого внутриличностного конфликта у приемных родителей, проявляющегося в тотальных чувствах обиды, горечи, агрессии.

2. *Появление неконструктивных переживаний. (Недостаточная информированность приемных родителей о психологических особенностях и развитии ребенка, пережившего материнскую депривацию).*

Нестабильность эмоциональных отношений со стороны ребенка (для таких детей характерно колебание психологического фона контакта со взрослыми от чрезмерного эмоционального «прилипания» до эмоционального отчуждения и озлобленности) вызывает у приемных родителей ощущение усталости и разочарования. Ребенок может переносить на приемных родителей чувства гнева, обиды, злости, испытываемые по отношению к биологическим родителям. Это связано с несформированностью у ребенка-сироты отношений привязанности. Поскольку на протяжении всей его детской жизни взрослые постоянно сменяли друг друга, ребенок лишался возможности устанавливать эмоционально-теплые доверительные отношения со значимым взрослым.

Приемные родители могут испытывать чувство вины и стыда из-за осознания того, что их чувства к родным детям являются более нежными и теплыми.

Проблемы, возникающие у приемной семьи как системы в целом

1. *Нарушение стабильности жизни и семейного функционирования.* Это связано со следующими фактами:

- с необходимостью учитывать возможность включения в систему внешних связей семьи кровных родственников и биологических родителей приемного ребенка;
- с объективной перестройкой системы внутрисемейных отношений, ролей и семейных границ (так, например, приемные дети могут начать пытаться «вытаскивать из семейного гнезда» кровных детей, а кровные дети в свою очередь могут образовывать альянсы и коалиции, объединившись против приемных и одного из родителей и т.п.)

2. *Возникновение конфликтов нового типа, неизвестных семье прежде.*

Это может быть связано с проявлением кризиса власти, неэффективностью прежней системы контроля, априорно рассчитанной на способность детей к принятию ответственности и внутренней регуляции поведения. Появление в семье нескольких приемных детей, имеющих

проблемы с внутренним контролем, сопротивляющихся дисциплине, может спровоцировать разрушение привычных стереотипов взаимодействия между родительской и детской субсистемами. Родители могут встать перед необходимостью ужесточить систему контроля над поведением ребенка.

Деятельность специалистов, занимающихся обеспечением адаптации ребенка в приемной семье, должна выстраиваться в соответствии с принципами непрерывности, системности и цикличности, поэтапно, последовательно и в соответствии с динамикой функционирования приемной семьи. На каждом этапе формулируются специфические задачи адаптации, для решения которых предлагается использование адекватных методов и технологий воздействия. Следует подчеркнуть, что одним из направлений деятельности по психолого-педагогическому сопровождению является диагностика уровня адаптированности ребенка в приемной семье, предполагающая отслеживание динамики процесса адаптации по базовым показателям. Для определения уровня адаптации по каждому показателю мы предлагаем использовать следующие базовые показатели адаптации ребенка в приемной семье:

1. *Принятие и усвоение семейных правил, традиций*
2. *Включенность в социально-бытовую жизнь семьи*
3. *Включенность в систему внутрисемейных отношений*
4. *Позиция по отношению к системе воспитательных воздействий*
5. *Психологическое благополучие*

Ребенок попадая в приемную семью, строит отношения не только со взрослым, который занимается его воспитанием, но и со всей семьей в целом, т.е. имеет дело уже с системными процессами. Распространенной ошибкой в процессе социального и психологического сопровождения является выдвигание на первый план матери или приемных родителей, т.е. преимущественная концентрация на детско-родительских отношениях при игнорировании роли семьи как системы, характеризующейся определенной структурой, паттернами взаимодействия, имеющей свою историю и идеологию, т.е. ценности, традиции, ритуалы. Ребенку необходимо адаптироваться к особенностям функционирования семейной системы как целого (в противном случае он будет отвергнут).

В процессе адаптации семья пытается изменить ребенка, приспособить его к требованиям системы. Но и она в свою очередь не в состоянии избежать изменений, несмотря на сопротивление им, и должна переструктурироваться (как на уровне структуры, так и на уровне выработки нового репертуара стратегий функционирования) или отвергнуть ребенка.

В процессе интеграции ребенок становится частью семейной системы, и тогда мы можем сделать заключение о его адаптации, либо он остается внешним элементом и в результате – дезадаптируется. Семьи обладают определенными психологическими условиями, которые могут как способствовать как адаптации ребенка, так и вытеснять его из системы. Поэтому представляется целесообразным рассматривать именно системную парадигму в качестве основного методологического подхода к подбору и психологическому сопровождению патронатной семьи.

Специфической особенностью приемной семьи, является то, что в структуру ее жизненного пространства включаются прямо и косвенно еще и дополнительные подсистемы. Полная структура приемной семьи, как субъекта психолого-педагогического сопровождения выглядит следующим образом:

- супружеская подсистема,
- детская подсистема,
- родительская подсистема,
- прародительская подсистема,
- биологическая семья приемного ребенка.

Семья как система обладает следующими признаками: целостностью, структурностью, иерархичностью, наличием связей. Изменения в подсистемах семьи вызывают изменения в связях, в самой семейной системе. Кроме того, система имеет свойство сохранять равновесие, поэтому любое изменение в семейной системе вызывает сопротивление изменениям.

Таким образом, ребенок, попадая в приемную семью, строит отношения не только со взрослым, который занимается его воспитанием, но и со всей семьей в целом.. Распространенной ошибкой в процессе социального и психологического сопровождения является выдвигание на первый план матери или приемных родителей, т.е. преимущественная концентрация на детско-родительских отношениях при игнорировании роли семьи как системы, характеризующейся определенной структурой, паттернами взаимодействия, имеющей свою историю и идеологию, т.е. ценности, традиции, ритуалы. Ребенку необходимо адаптироваться к особенностям функционирования семейной системы как целого (в противном случае он будет отвергнут).

Литература

1. Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. // Психологический журнал. 1994. - № 1.
2. Байбородова Л.В., Жедунова Л.Г., Посысов О.Н. и др. Преодоление трудностей социализации детей сирот. // Учебное пособие. Ярославль, 1997.
3. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. - СПб., 2001.
4. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: (формы, механизмы, стратегии). – Ереван. – 1988.
5. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот (Профессионально-замещающая семья)М., 2006
6. Посысов О.Н. Детская субкультура, как пространство формирования и регулирования поведения. Ярославль, 2003
7. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства (2-издание) «Питер». 2005

ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Пушина В.В.

**Волжский государственный инженерно-педагогический университет,
г. Нижний Новгород, Россия**

Семья является одной из важнейших жизненных ценностей личности человека. Затрудненное материальное положение, снижение значимости нравственных ценностей, неверность супругов, неподготовленность их к браку, злоупотребление психоактивными веществами нередко приводит семью к распаду, в результате чего дети лишаются любви и тепла от одного или обоих родителей, часто их воспитанием занимаются бабушки и дедушки. Иногда подростки оказываются в окружении криминальных групп, демонстрируют аддиктивное и агрессивное поведение.

В данных ситуациях перед психологами стоят важные задачи психологического исследования семейных проблем и оказания психологической помощи членам семьи. Эти требования во время психологического консультирования в полной мере можно выполнить с помощью рисуночной проективной методики «Семейная социограмма».

Классический вариант семейной социограммы [Эйдемиллер Э.Г.] позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в реальной семье на этапе консультирования, отследить динамику изменений в процессе прохождения психотерапии.

Использование новых вариантов проективной рисуночной методики «Семейная социограмма» [Никольская И.М., Пушина В.В.] позволяет одновременно решить задачи как психодиагностики, так и психологического консультирования семьи. И.М. Никольская в процессе семейной диагностики предлагает членам семьи нарисовать последовательно несколько вариантов семейной социограммы на разных этапах жизненного цикла семьи, в условиях отсутствия или присутствия определенных членов семьи и других лиц, создать образ идеальной семьи, социограммы с точки зрения другого члена семьи, родительскую семью. Данное применение методики дает возможность исследовать семью с учетом различных структурно-функциональных изменений, нормативных и ненормативных кризисов, определить желательные тенденции ее развития.

Сравнение и совместный анализ полученных семейных социограмм позволяет специалисту и клиенту увидеть проблему с разных сторон, что способствует постановке семейного диагноза, лучшему осознанию трудной ситуации и нахождению вариантов выхода из нее.

Для психологического исследования семьи В.В. Пушина использует проективную графическую методику «Семейная социограмма» как в классическом, так и модифицированном ею варианте «Семейная социограмма в вариантах реальной и идеальной семьи» [Пушина В.В., Никольская И.М.]. Разработанные автором 14 критерий оценки социограмм в вариантах реальной и идеальной семьи, позволяют изучить личность пациентов в семейном

окружении: уровень самооценки и притязаний, принятие-непринятие своего «Я», о наличие внутриличностного конфликта, симбиотической связи, эгоцентрических установок, трудностей самовыражения в отношениях с близкими людьми, неудовлетворенных потребностей; определить иерархию власти в семье, дистанцию между членами семьи, патологизирующие семейные роли, семейные подсистемы и границы между ними, выявить межличностные семейные конфликты.

Рассмотрим пример использования социогаммы в вариантах реальной и идеальной семьи в процессе психодиагностики и психологического консультирования одновременно.

На консультацию к медицинскому психологу пришли мать и ее сын Степан М., 15 лет. Повод для обращения – конфликтные отношения в семье. Подросток стоит на учете у психиатра-нарколога с диагнозом: «Употребление алкогольных напитков с пагубными последствиями». Последние три месяца Степан вел трезвый образ жизни, однако пропускал занятия в школе, грозился уйти из дома.

Семья Степана полная, состоит из матери, отца и его младшего брата Михаила. Во время консультации подростку и его матери было предложено нарисовать несколько социогамм.

Первая инструкция для изображения реальной семьи была стандартной: «Нарисуйте в этом круге себя и членов своей семьи в форме кружочков и надпишите их». После того как первый рисунок был выполнен членами семьи, им предоставлен еще один бланк с нарисованным кругом и предложено нарисовать идеальную семью – ту в которой хотели бы жить. Инструкция: «Перед вами на листе еще один круг. Нарисуйте в нем воображаемую идеальную семью – ту, в которой вы хотели бы жить. Желаемых членов идеальной семьи и самого себя также рисуйте в форме кружочков и надпишите их именами».

На социогамме реальной семьи Степан младшего брата не изобразил, что позволяло выдвинуть гипотезу о наличии у него негативных чувств к Михаилу, отсутствии с ним эмоционального контакта. Круг матери сын нарисовал самым большим по размеру, что позволяло предположить ее большую значимость для него. Кружок отца сын расположил выше других членов семьи, что указывало на его доминирование.

В идеальном варианте Степан в социогамме расположил только себя. Это могло говорить о завышенной самооценке, эгоцентрической направленности личности и конфликтных отношениях в семье.

Социогамма матери Степана в варианте реальной семьи показывала, что все члены семьи для нее равно значимы – они были нарисованы кружками одинакового размера. По мнению матери, власть в семье принадлежит мужу – его круг был помещен выше других. Мать старается поддерживать со всеми членами семьи одинаково близкие отношения. По-видимому, она осознает дисфункциональность семейных подсистем (в одной – дети с матерью, в другой – супруг) и желает их гармонизировать, выделяя супружескую и детскую подсистемы в идеальном варианте социогаммы.

По словам матери, Степан в настоящее время алкогольных напитков не употребляет, но грозит уйти из дома, если отец опять «поднимет на него руку», будет «несправедлив». Причиной данного конфликта она считает неправильное отношение отца. Отец завышает требования и наказания к Степану, не применяя данных действий к младшему сыну. Этим он, по ее мнению, вызывает у Степана обиду, чувство ревности к младшему брату, провоцирует конфликты между ними.

Мнение матери подтвердил Степан: «Осенью я ходил в секцию по каратэ. Мне там нравилось заниматься, но папа запретил».

На вопрос психолога: «По какой причине папа запретил посещать секцию?» – Степан ответил: «Занятия в секции до 19 часов, а отец мне приказывает в это время уже быть дома. Раньше я уходил чуть раньше до окончания занятий, но потом тренер сказал быть до конца, и я стал опаздывать домой». Мать подтвердила его слова, добавив, однако что сын после занятий иногда приходил домой прокуренный. Отец еще и поэтому запретил ходить на секцию.

Степан привел еще пример: «Димке отец вчера разрешил гулять до девяти вечера, а я должен быть дома в семь. Как я мог быть в это время дома, когда у меня только в семь вечера заканчивались занятия» (плачет).

Для разрешения семейного конфликта психолог предложила встречу и консультирование всех членов семьи. От этого предложения Степан отказался: «Если пойдет отец, я не пойду». Тогда было принято решение, что на следующую консультацию придет мать Степана вместе с мужем.

Для определения картины семейного взаимодействия с точки зрения отца ему было предложено также нарисовать социогамму в вариантах реальной и идеальной семьи. На рисунке реальной семьи отец изобразил круг Степана самым маленьким по величине по сравнению с другими кружками и дальше всех от своего круга. Это подтверждало гипотезу о наличии эмоционального отвержения сына и конфликтных отношениях с ним. Наиболее значимым и близким членом семьи для отца был младший сын Дима. Отец стремился властвовать в семье – он поместил свой круг выше кружков других членов семьи.

В идеале отец желал улучшить взаимоотношения в семье, но у него не было правильного представления о семейных подсистемах. На социогамме идеальной семьи он выделил подсистему: жена – дети и отдельно поместил себя, опять подчеркивая желание занимать в семье доминирующую позицию.

Отец прокомментировал ситуацию так: «Жена не справляется с воспитанием старшего сына. Сейчас я стал строго наказывать его, контролировать, чтобы домой вовремя приходил. Считаю свои действия правильными, в семье отец должен давать указания, а остальные их обязаны выполнять. Раньше жена не слушалась, воспитывала по-своему и вот – результат». На вопрос: «Являются ли требования-запреты одинаковыми для обоих детей в семье?» – ответил: «Дима, младший, хорошо себя ведет, к нему претензий нет, а Степан курит, выпивает, для него есть ограничения».

Подробный анализ и обсуждение рисунков всех членов семьи позволил родителям увидеть и осознать факторы, лежащие в основе нарушения взаимоотношений в семье. На консультации им были даны рекомендации по согласованному воспитанию детей, необходимости разработки семейного договора по обязанностям-санкциям сыновей, определении правил в семье, равноправного взаимодействия мужа и жены.

Следующий этап психологического консультирования, на котором присутствовали все члены семьи, касался обсуждения договора-соглашения о правилах в семье. Он прошел в атмосфере взаимного доверия и понимания.

Рассмотренный случай использования в психологическом консультировании семейной социогаммы в вариантах в реальной и идеальной семьи наглядно иллюстрирует, что эта графическая проективная методика дает возможность быстро и четко воссоздать картину неосознаваемых аспектов нарушения внутрисемейных взаимоотношений, а также определить потребности членов семьи в их изменении либо сохранении. На данной основе начать выдвигать и проверять гипотезы о том, насколько клиенты удовлетворены характером взаимоотношений, своей значимостью и значимостью других членов семьи, какие личностные и семейные ресурсы они считают возможными использовать для восстановления гармонии в семье.

Применение методики «Семейная социогамма» позволяет провести экспресс-диагностику семейных взаимоотношений в настоящем времени (вариант реальной семьи), заглянуть в прошлое (варианты семьи на разных этапах развития), затем в будущее (вариант идеальной желаемой семьи). Сформулировать и проверить гипотезы, наметить психотерапевтические мишени и после оказания соответствующей психологической и лечебной помощи отследить изменения семейных взаимоотношений (повторное изображение членами семьи семейных социогамм) в динамике психологического консультирования.

Методика семейных социогамм имеет место использования «при проведении судебно-психологической экспертизы в гражданском судопроизводстве, при решении вопроса о праве на воспитание детей» [Горьковая И.А.].

Графическая проективная методика «Семейная социогамма» и ее новые варианты нашли широкое применение в клинической и психологической практике, обучении специалистов, работающих с семьями, студентов соответствующих вузов.

Литература

1. Горьковая И.А. Проективная графическая методика «Семейная социогамма»: визуализация представлений о реальной и виртуальной семье. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2.

2. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социогамма в психологическом консультировании. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010.

3. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2010.
4. Пушина В.В., Никольская И.М. Семейная социограмма (в вариантах реальной и идеальной семьи): Учебное пособие. – Н.Новгород: ВГИПУ, 2008.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2008.

ТРУДНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ В СООТНОШЕНИИ С МИФАМИ И ЦЕННОСТЯМИ СЕМЬИ

Рыцарева Т.В.

Институт психологии РАН, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Статистики различных областей исследований показывают, что с каждым годом ухудшается психическое здоровье детей, отмечается увеличение числа детей с девиантным поведением, которому сопутствуют агрессивность, тревожность, неадекватная самооценка и пр. Известно, что родительская семья оказывает определяющее влияние на становление личности ребенка. Зарубежными и отечественными учеными проведено много исследований, направленных на изучение механизмов формирования детской личности в аспекте семьи (М.Боуэн, А.Я. Варга, А.В. Черников, П. Пэпп, В.Сатир, П.Вацлавик и др.). В основе внимания исследователей, как правило, лежит познание причин уже сформировавшегося симптоматического поведения ребенка (семейное неблагополучие, педагогическая запущенность и т.д.). Тем не менее, исследований, отвечающих на вопрос: «Почему симптоматическое поведение ребенка приняло именно такую форму, а не другую?», почти не было найдено. Наблюдая за работой опытных терапевтов, можно заметить, что они с легкостью, полагаясь на опыт, делают заключения о том, почему симптоматическое поведение проявилось именно в наблюдаемой форме.

Зная и умея распознавать такой механизм, психологи и психотерапевты могли бы более эффективно проводить диагностическую, а за тем коррекционную работу, уделяя внимание именно той сфере жизни семьи, которая является определяющей в формировании симптоматического поведения. В связи с этим особенную актуальность приобретает исследование семейных механизмов и их влияния на формирование определенного типа симптома.

Данное исследование направлено на расширение знаний, необходимых каждому родителю, в область ответственности которого входит воспитание ребенка и создание условий для его развития, в том числе психологического.

Объектом исследования стали семьи, обратившиеся за помощью к психологу по поводу нарушенного поведения подростка (трудности в социальной адаптации).

Предмет исследования: семейные мифы и ценностные ориентации семьи как факторы, определяющие форму симптоматического поведения подростка в семейной системе.

Целью нашего исследования является выявление, изучение и анализ семейных мифов, ценностных ориентаций семьи как факторов, определяющих форму симптоматического поведения подростка в семье.

Общая гипотеза исследования строится на предположении, что форма симптоматического поведения подростка определяется такими факторами как:

1) ценностные ориентации семьи; 2) семейные мифы.

Общая гипотеза исследования конкретизируется в частных гипотезах:

- Семейные мифы и ценностные ориентации семьи определяют форму симптоматического поведения подростка в системе семьи;
- Основным условием формирования формы симптома является трансляция родителей о значимости какой-либо ценности семьи и требований к ребенку её достижения.

МЕТОДИКА

Эмпирические задачи:

- Выявление семейных мифов и сценариев с использованием методов генограммы и анализа стенограмм психологических консультаций, проводимых с испытуемыми семьями; выявление ценностных ориентаций семей.
- Сравнение и анализ результатов, полученных в 3 группы, разделенных по критерию симптоматического поведения подростка (запроса).

Метод геносоциограммы был разработан Анри Колломбом в 1977 году. Геносоциограмма является комментированным представлением генеалогического древа (генограммы) и представляет изображенную графически родословную и информацией о членах трех или более поколений: фамилии, имена, даты рождения, браки, разводы, болезни, смерти, т.д. На ней с помощью различных социометрических стрелок выделяют различные типы отношений субъекта со своим окружением (близкие, дистантные, конфликтные, амбивалентные) и связи между различными членами семьи: сожительство, соприсутствие, диады, треугольники и т.д.

Метод часто используется в психотерапии и психологическом консультировании, начиная с работ М.Бозна и А.А.Шутценбергер, так как показывает семейную историю графически, что позволяет быстро охватить сложные семейные паттерны, а также является источником гипотез о проблемах.

При помощи геносоциограммы определялись семейные мифы семьи, которые выявляются через паттерн функционирования. Семейные мифы – свод негласных семейных правил, ценностей (идеология семьи). Выявление семейных мифов позволило определить те ценности, которые передавались из поколения в поколение. Геносоциограммы собирались во время психотерапевтической работы с семьей и были представлены в 3-4 поколениях.

Методика исследования ценностных ориентаций (Ш. Шварц) представляет собой тест личности, направленный на изучение ценностно-мотивационной сферы человека. Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности.

Эта методика была взята за основу с целью выявить систему ценностных ориентаций личности и семьи в целом.

Обработка данных *стенограмм психологических консультаций* проводилась при помощи контент-анализа, который представляет собой формализованный метод изучения текстовой информации, заключающийся в переводе изучаемой информации в количественные показатели и ее

статистической обработки. Контент-анализ включает в себя выделение смысловых единиц текста и единиц счета, процедуру подсчета данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ценности были объединены в группы (типы) согласно теории Шварца. Таких типов он выделил десять: власть, достижение, гедонизм, стимуляция, самостоятельность, универсализм, доброта, традиция конформность, безопасность. По каждому из 10 типов высчитывался средний бал на личностном уровне ценностей и на уровне поведения. Далее типы ценностей ранжировались от наиболее значимых к менее значимым. Итого, на данном этапе обработки была получена структура ценностей каждого испытуемого на личностном уровне. Семьи по критерию симптоматического поведения были поделены на 3 группы: 1) жалобы на неуспеваемость в школе; 2) жалобы на непослушание; 3) жалобы на плохое поведение (нарушение социальных норм). В каждой группе - десять семей. Обработав полученные результаты с помощью метода ранговой корреляции Спирмена, были получены общие иерархии ценностей для каждой семьи и трех групп в целом. Результаты представлены на рисунке 1. Наименьший балл показывает наибольшую значимость.

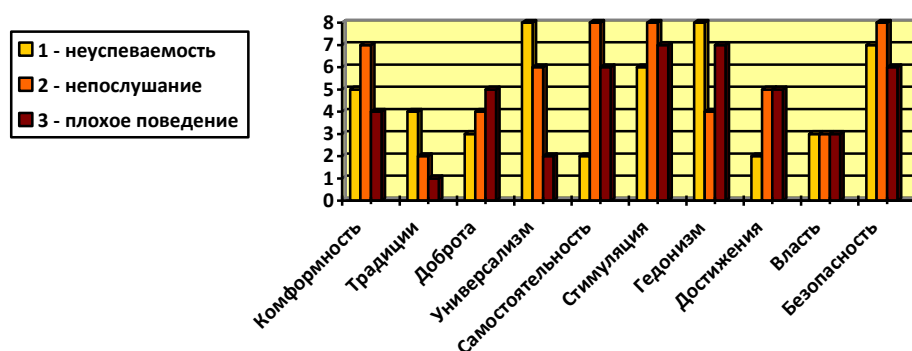


Рис. 1 «Сравнение системы ценностных ориентаций в трех группах семей на уровне убеждений»

В первой группе наивысшими ценностями являются достижения (личный успех в соответствии с социальными стандартами), самостоятельность (мысли и действия), а также власть (социальный статус) и доброта (сохранение и повышение благополучия близких людей).

Во второй группе на первом месте стоят ценности традиций, то есть уважения и ответственность за идеи и обычаи. Также значимы: власть, доброта и гедонизм.

Наиболее важными для третьей группы оказались ценности традиций (как и во второй группе), универсализма и власти.

Был проведен анализ соответствия ценностных ориентаций внутри семьи. Из 30 семей взаимосвязь ценностных ориентаций на личностном уровне, то есть уровне убеждений, наблюдается между мамой и ребёнком в 22 случаях, между папой и ребёнком в 8, между женой и мужем в 17 случаях. Зависимость системы ценностей между ребёнком и обоими родителями зафиксирована в 13 случаях. Стоит заметить, что нет ни одной семьи, где бы у ребенка не было взаимосвязи (схожести) с ценностными ориентациями хотя бы одного из

родителей. Если ценностные ориентации у родителей и детей схожи, мы в праве делать выводы об их межпоколенной передаче и трансляции ценностей, о том, что ценностные ориентации родителей или одного из них оказывают непосредственное влияние на формирование системы ценностей у ребёнка.

Во время консультативной работы с каждой семьей создавался отчет, включавший в себя запрос семьи, генограмму, историю семьи, гипотезы и цели работы.

Полученные в ходе психологической работы стенограммы были подвернуты процедуре контент-анализа с целью выявления семейных мифов. Анализ проводился в каждой из групп.

Семейные легенды (мифы) представляют собой совокупность, убеждений, разделяемых всеми членами семьи. Эти убеждения касаются их взаимоотношений и обычно не подвергаются сомнениям со стороны тех, кто в них вовлечен, несмотря на наличие искажений, которые они могут в себе содержать (Андреева, 2005).

С позиции системного подхода семейные мифы рассматриваются как элемент семейной структуры, который наряду с семейными правилами, семейными ролями, семейными ритуалами и семейными тайнами регламентируют поведение членов семьи, задают норму семейного поведения (А.Я.Варга, М.С.Палаццоли, В.Сатир). В отечественной семейной психологии, в значительной степени сформировавшейся на идеях культурно-исторической концепции Л.С.Выготского, наряду с понятием семейный миф, широко используются близкие по своей феноменологии понятия семейная культурная концепция (Е.Е. Сапогова), образ семьи (Т.М.Мишина), наивные семейные теории (Э.Г.Эйдмиллер, В.В.Юстицкий).

Пользуясь определениями разных авторов, были выведены критерии, по которым определялся семейный миф, они представлены в таблице 4.

Таблица 1 «Критерии определения семейных мифов»

Мифы	Критерии
Мы-люди	Высказывания о ценности развития и совершенствования себя, о ценности образования и карьерного роста. Высказывания с общим смыслом о том, что для того, чтобы стать кем-то, надо много учиться.
Мы-герои	Рассказы и истории о том, как люди боролись и преодолевали трудности, добиваясь высоких результатов.
Мы-дружная семья	Характеристики собственной семьи как бесконфликтной, высказывания о большой ценности мира в семье. Фразы с общим смыслом, что нужно держаться вместе.

Был проведен частотный анализ встречаемости высказываний в каждой их трех групп.

В первой группе миф «Мы – люди» выявлен в 9 семей из 10, и в 1 семье определен миф «Мы – герои». Этот миф (Мы-люди) особенно ярко проявляется в тех семьях, где есть высокая ценность образования, созидательного труда. Идея мифа состоит в том, что человеческое существо должно совершать в

течение всей жизни определенные действия для того, чтобы подтверждать свое специфическое человеческое качество. Получение двух, а то и трех высших образований - обычное дело в семье «людей». (Варга, 2009).

Во второй группе (симптом – непослушание) выявлено: в 6 семьях миф «мы-дружная семья», в 3 семьях миф «мы-люди», в одной – «мы-герои». «Мы-дружная семья» - это миф широко распространен в российской культурной среде. В дружной семье не может быть открытых конфликтов, и уж тем более при детях. Сор из избы не выносится никогда. Отношения не выясняются, все конфликты замазываются. Принято чувствовать только любовь, нежность, умиление, жалость и благодарность. Остальные чувства - обида, гнев, разочарование и прочее - игнорируются или вытесняются. Проблемы начинаются в тех случаях, когда кто-то из семьи оказывается неспособным игнорировать свои нормальные и неизбежные отрицательные чувства к родственникам. Он и становится идентифицированным пациентом. Тревожно-депрессивные расстройства, агрессивное поведение - типичные проблемы "дружной семьи" (Варга, 2009).

В третьей группе представлены мифы «Мы-люди» - 6 семей, «Мы-герои» - 4 семьи. Как правило, в семьях героев хранятся рассказы о героических поступках предков: там встречаются старые большевики, партизаны, люди, пережившие голод, подвергавшиеся репрессиям, вырастившие детей в тяжелых условиях и т.п., иначе говоря, люди, преодолевшие серьезные препятствия и добившиеся результатов. Миф о героях задает определенный стандарт чувствования и миропонимания. В семье "героев" часто встречаются хронические не леченные заболевания - "герои" не ходят по врачам. В их жизни много трудностей и проблем. У "героев" всегда высокий стандарт достижений, они принципиальные и непримиримые люди (Варга, 2009). В обоих мифах этой группы важно соответствие семейным нормам и представлениям. Похоже, именно поэтому такие мифы характерны для третьей группы, в которой симптоматическое поведение – нарушение социальных норм. Полученные результаты свидетельствуют о том, что симптоматическое поведение ребенка лежит в области семейного мифа, то есть наивысших семейных ценностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из результатов исследования видно, что для первой группы семей характерны такие ценности как достижения и самостоятельность, а также миф «Мы-люди», главная идея которого в развитии. Симптом – школьная неуспеваемость входит в ценностную сферу семей из первой группы.

Второй группе с симптомом «непослушание» характерны ценности традиций и обычаев, власть и социальный статус, а также миф «Мы-дружная семья». Симптом «непослушание» противоречит принятым ценностям в семьях второй группы.

Для третьей группы (симптом плохое поведение-нарушение социальных норм) наиболее важны ценности традиций, власти и универсализма, а также мифы «Мы-люди» и «Мы-герои». То есть ценности в этой группе в достижении, образовании, традициях. Плохое поведение как симптом

затрагивает все сферы ценностных ориентаций семей третьей группы. Данные методик подтверждают друг друга.

Помимо этого, в представленных семьях присутствует гипертрансляция родителей значимости какой-либо ценности семьи и требований к ребенку её достижения. Это позволяет делать вывод, что чем больше родители транслируют значимость какой-либо ценности, тем вероятнее, что симптоматическое поведение ребенка будет лежать в этой области (влияние проекции родителей). Гипотеза подтверждена. Дальнейшее исследование может быть направлено на расширение выборки, рассмотрение запросов другого характера, и неохваченных семейных мифов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я. Семейные мифы в практике системной семейной психотерапии // Журнал практического психолога № 1-2, М.: 2001
2. Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Журнал практического психолога № 2, М.: 2009
3. Выготский Л.С. Проблема возраста // Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т.; Т.4. - М.: Педагогика, 1984
4. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. М.: «Когито-Центр», 2005.
5. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. Изд-во «Класс», М.: 2005
6. Шутценбергер А.А. Синдром предков. Изд-во «Психотерапия» М.: 2007
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Изд-во «Питер», 2003
8. Bowen, M. (1978). Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson.
9. Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Pratta G., Paradox and counterparadox. – NY: Jason Aranson, 1978

ОСОБЕННОСТИ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРЕХОДЕ К ПРЕДМЕТНОМУ ОБУЧЕНИЮ

Салова М.Н., Жданова Л.А.

Ивановская государственная медицинская академия Росздрава

Согласно современным взглядам, одним из серьезных факторов, определяющих высокий рост нарушений здоровья, является рост числа перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС), на фоне которых развиваются многие заболевания [1, 2, 3, 5, 7].

Выделяют критические периоды (3, 6-7 и 10-11 лет), когда наиболее ярко проявляется клиническая картина последствий ПП ЦНС вследствие снижения функциональных резервов организма при предъявлении к нему повышенных требований. При этом особого внимания заслуживает возраст, совпадающий с переходом к предметному обучению [3, 6, 7]. Возрастающая учебная нагрузка, привыкание к требованиям разных учителей и кабинетной системе обучения приводят к психоэмоциональному напряжению, что способствует развитию нейровегетативной дисфункции и повышению уровней заболеваемости школьников, особенно на фоне имеющихся последствий ПП ЦНС. Кроме того, переход к предметному обучению совпадает у учащихся с началом подросткового периода, когда наиболее ярко проявляются вегетативные расстройства [2, 4, 5, 7].

В настоящее время приоритетными в лечении и реабилитации последствий ПП ЦНС являются немедикаментозные методы. Лекарственная терапия рекомендуется лишь при недостаточной эффективности психолого-педагогической коррекции, а также в комплексе с когнитивно-поведенческими тренингами. Это актуально в связи с тем, что нарушения семейного воспитания могут быть причиной ухудшения состояния здоровья ребенка и даже определять недостаточную эффективность медикаментозного лечения [3, 4].

Цель исследования - изучить особенности эмоциональной сферы детей, перенесших ПП ЦНС, и их семейного воспитания, при переходе к предметному обучению.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 152 детей 9-11 лет. Были сформированы три группы детей: I – дети, имеющие последствия легких перинатальных поражений ЦНС гипоксически-ишемического генеза - 89 человек, II – дети, стойко компенсировавшие ПП ЦНС, – 30 человек, III группу составили здоровые дети, не имеющие в анамнезе ПП ЦНС и неврологической симптоматики на момент обследования – 33 человека.

Для выявления эмоционально-поведенческих особенностей у детей мы исследовали уровень и характер тревожности с помощью теста Филиппса; для выявления личностных характеристик ребенка использовался проективный тест Коха «Дерево»; определение социального статуса проведено методом социометрии; изучение самооценки – по тесту «Я и школьные знания» (А.

Прихожан). Выявление типов нарушения семейного воспитания осуществлено с помощью опросника анализа семейного воспитания (Эйдемиллер Э.Г., 1996).

Полученные результаты. Оценка уровня и характера тревожности, связанной со школой, по тесту Филипса у половины детей с последствиями ПП ЦНС выявила повышенный (41,57%) и высокий (4,49%) уровень тревожности в отличие от детей групп сравнения, для которых характерен нормальный уровень. Балльные значения факторов тревожности существенно не отличались у детей II и III групп, кроме фактора страха самовыражения, который был достоверно повышен у детей с ПП ЦНС в анамнезе (II группа - $1,73 \pm 0,11$, III группа - $1,24 \pm 0,11$, $p_{II-III} < 0,05$).

У детей с последствиями ПП ЦНС достоверно выше были такие факторы, как общая тревожность в школе (I группа - $11,25 \pm 0,47$, II группа - $5,23 \pm 0,43$, $p < 0,001$), страх самовыражения ($3,42 \pm 0,17$ и $1,73 \pm 0,11$ соответственно, $p < 0,001$), проверки знаний ($4,08 \pm 0,14$ и $2,80 \pm 0,22$ соответственно, $p < 0,001$), страх не соответствовать ожиданиям окружающих ($2,96 \pm 0,14$ и $1,3 \pm 0,12$ соответственно, $p < 0,001$), а также низкая физиологическая сопротивляемость стрессу ($1,85 \pm 0,13$ и $0,4 \pm 0,14$ соответственно, $p < 0,001$).

Оценка личностных характеристик детей с помощью рисуночного теста Коха показала, что у детей с последствиями ПП ЦНС, по сравнению с детьми групп сравнения, выявлен достоверно больший уровень экстраверсии, импульсивности, агрессивности, нейротизма, склонности к пониженному настроению, ранимости, более низкий уровень дисциплинированности (таблица 1). Высокий уровень экстраверсии свидетельствует не только об открытости и готовности к социальным контактам, но и высоком уровне притязаний, склонности к конфликтам, вероятно, поэтому эти дети в коллективе сверстников часто являлись изолированными и непринятыми.

Таблица 1
Личностные характеристики детей в возрасте 10 лет ($M \pm m$)

Личностные характеристики	I группа (N-89)	II группа (N-30)	III группа (N-33)
Экстраверсия	$18,7 \pm 1,25^{*,**}$	$13,8 \pm 1,83$	$12,64 \pm 2,02$
Интроверсия	$14,03 \pm 1,15$	$11,9 \pm 1,73$	$10,82 \pm 1,62$
Агрессивность	$18,31 \pm 1,23^{**}$	$14,63 \pm 1,74$	$11,12 \pm 1,4$
Импульсивность	$19,61 \pm 1,21^{*,**}$	$15,23 \pm 1,7$	$13,0 \pm 1,43$
Сниженное настроение	$14,31 \pm 0,91^{*,**}$	$10,67 \pm 1,05$	$8,82 \pm 1,18$
Пассивность	$11,93 \pm 0,75$	$14,23 \pm 1,8$	$13,36 \pm 0,89$
Дисциплинированность	$7,2 \pm 0,67^{**}$	$9,5 \pm 1,3$	$10,33 \pm 0,69$
Нейротизм	$22,87 \pm 1,16^{*,**}$	$16,63 \pm 1,64$	$14,24 \pm 0,6$
Следы психотравм (ранимость)	$26,01 \pm 1,3^{*,**}$	$18,43 \pm 1,25$	$15,09 \pm 1,1$

Примечание: * - достоверность различий со II группой, ** - достоверность различий с III группой

Высокие значения импульсивности и агрессивности отражались на поведении детей в коллективе: вследствие высокого уровня импульсивности дети не могли длительно удерживать внимание, были неусидчивы, часто

нарушали дисциплину; из-за высокой агрессивности дети часто вступали в конфликты со сверстниками. Низкий уровень дисциплинированности связан с дефицитом воспитания, деликатности, неумением соблюдать правила поведения. У детей с последствиями ПП ЦНС эти характеристики были связаны с высоким уровнем нейротизма, отражающим раздражительность, вспыльчивость, нетерпеливость, слабость самоконтроля. Несмотря на высокие показатели, отражающие повышенную возбудимость нервной системы у детей с последствиями ПП ЦНС по сравнению с детьми II и III групп, установлены достоверно более высокие показатели склонности к пониженному настроению, что свидетельствовало о подавленности, неуверенности в себе, усталости, угнетенности, низком уровне настроения. У детей I группы выявлен высокий уровень следов психотравм, что говорит о внутренней ранимости, чувстве ущербности, отражает предшествующий негативный опыт, межличностные конфликты.

При изучении самооценки детей мы установили, что у всех детей III группы и у 90% детей II группы она была адекватная, в отличие от пациентов I группы, где каждый четвертый ребенок имел низкую самооценку.

Социометрический статус, судя по коэффициенту частоты выбора, был достоверно ниже у детей с последствиями ПП ЦНС ($2,58 \pm 0,21$, $3,74 \pm 0,14$ и $3,86 \pm 0,15$ соответственно, $p_{I-II, I-III} < 0,05$). В 4 классе неблагоприятный социальный статус («непринятые» и «изолированные») среди детей с последствиями ПП ЦНС выявлялся значительно чаще, чем во II и III группах ($42,7\%$, $6,67\%$ и $3,03\%$ соответственно, $p_{I-II, I-III} < 0,001$), лишь в I группе были «изолированные» дети. При переходе к предметному обучению социальный статус у детей с последствиями ПП ЦНС значительно ухудшился, почти в 2 раза сократилось число «предпочитаемых» (с $49,44\%$ до $29,21\%$, $p < 0,05$).

Таким образом, неблагоприятный социальный статус к окончанию начальной школы отмечен более чем у половины детей с последствиями ПП ЦНС. При переходе в 5 класс, когда происходило обновление социальной группы, адаптация к предметному обучению, наблюдалось его значительное снижение. Если во II и III группах существенных изменений не отмечено, то в I группе дети демонстрировали неспособность социальной адаптации даже к небольшим изменениям.

Следовательно, высокий уровень тревожности, низкая самооценка, склонность к конфликтам, низкая дисциплинированность, неблагоприятный социальный статус являются важными социально значимыми проблемами детей с последствиями ПП ЦНС.

Известно, что микросоциальные условия жизни ребенка могут как нивелировать нежелательные черты его характера, личностные и поведенческие особенности, так и являться почвой для развития социально опасных нарушений личности. Не случайно, основой реабилитационных программ для детей с последствиями ПП ЦНС является семейное консультирование по вопросам правильного, адекватного воспитания.

Проанализировав семейное воспитание обследованных детей, мы установили, что самый благоприятный демократический стиль семейного

воспитания достоверно чаще встречались у детей без последствий ПП ЦНС (23,6%, 43,33% и 45,45% соответственно, $p_{I-II, I-III} < 0,05$).

Большинство детей I группы также воспитывались в условиях гиперпротекции, среди детей II и III группы это явление встречалось в 1,5 раза реже (72,93%, 53,34% и 48,48% соответственно, $p_{I-II, I-III} < 0,05$). Этот стиль воспитания можно охарактеризовать как чрезмерную родительскую заботу. В таких семьях родители не позволяют никому вмешиваться в их отношения с детьми, однако в своем стремлении чрезмерно усердствуют. В результате воспитания по типу гиперпротекции дети становятся неуверенными в себе, пассивными, подчиняемыми и зависимыми, в связи с этим, плохо приспосабливаются к новым социальным условиям, у них развиваются эмоциональные расстройства, школьные страхи.

Эти дети в коллективе сверстников чаще становятся «непринятыми» и «изолированными», так как у них мало тренируются качества, необходимые для успешной коммуникативности: партнерство, ответственность и самостоятельность, способность с юмором относиться к конфликтам. При доминирующей гиперпротекции дети не способны демонстрировать уверенность, решительность, настойчивость, ответственность, необходимые для лидерства и спонтанности поведения.

Воспитание в условиях повышенной моральной ответственности отмечено в 13,48% семей детей I группы и в единичных случаях среди детей без последствий ПП ЦНС. Оно характеризуется тем, что ребенку внушается мысль, что он обязательно должен оправдать многочисленные честолобивые надежды родителей. Это стимулирует развитие тревожно-мнительных черт характера.

Личностные проблемы родителей усугубляют нарушения семейного воспитания и негативно сказываются на развитии ребенка. Воспитательская неуверенность является одной из наиболее часто встречающихся родительских проблем: она в 2 раза чаще встречается у детей с последствиями ПП ЦНС, чем у детей II группы, и в 3 раза чаще, чем у детей III группы (41,57%, 20,0% и 9,09% соответственно, $p_{I-II, I-III} < 0,05$). Это - резкая смена стилей, приемов воспитания, разрыв между словом и делом, что формирует упрямство, отсутствие четких правил поведения, уверенности в себе.

Такие родительские проблемы, как непоследовательность и несогласованность воспитания, также в 3 раза чаще выявлялись у детей с последствиями ПП ЦНС (24,72%, 6,67% и 6,06% соответственно, $p_{I-II, I-III} < 0,05$). В воспитании доминировал один из взрослых, зачастую в семье были конфликтные отношения и несочетаемость установок родителей. Противоречивость отношений родителей являлась выраженным психогенным фактором, способствующим возникновению внутреннего конфликта у детей.

Следующими по частоте встречаемости личностными проблемами родителей являлось расширение сферы родительских чувств (15,73%, 23,33% и 18,18% соответственно) и фобии утраты ребенка (10,11%, 10,0% и 3,03% соответственно). Такое отношение часто встречалось в семьях, где был один «поздний» ребенок, или были случаи смерти других детей, возраст матери или

состояние ее здоровья не позволял ей иметь еще детей. Эти варианты нарушений выявлялись с одинаковой частотой во всех группах.

Проецирование родителем на ребенка своих личностных проблем, неотреагированных чувств — приписывание детям того, что присуще ему самому, также относится к типичным ошибкам, способствующим психическому неблагополучию ребенка. Эти нарушения воспитания также в 3 раза чаще выявлялись в группе детей с последствиями ПП ЦНС (22,47%, 3,33% и 3,03% соответственно, $p_{I-II}, I-III < 0,05$). Предпочтение мужских качеств преобладало в семьях, где мальчика воспитывала одна мама или влияние отца было минимальным. Этот вариант воспитания выявлялся лишь у детей с последствиями ПП ЦНС (13,48%).

Чрезмерность запретов встречалась в каждой десятой семье детей с последствиями ПП ЦНС. Она характеризовалась тем, что в воспитании была усилена критика ребенка, отсутствовали похвалы и поощрения. Ребенок представлялся не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний, за что родители досадовали на своих детей, не доверяли им, старались оградить от трудностей жизни и строго контролировали. Как правило, чрезмерность запретов сопутствовала доминирующей гиперпротекции.

Выводы. Следовательно, в группе детей с последствиями ПП ЦНС чаще встречались не только нарушения семейного воспитания, но и личностные проблемы родителей, отрицательно влияющие на развитие детей. Кроме этого, дети I группы оказывались более чувствительными к педагогической несостоятельности родителей, в отличие от детей II и III групп, у которых аналогичные семейные проблемы не вызывали социальной дезадаптации.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточном использовании приоритетных в реабилитации таких детей психолого-педагогических воздействий в семье. Поэтому в программе сопровождения детей с последствиями ПП ЦНС следует уделять большее внимание вопросам семейного воспитания, направленного на обучение ребенка навыкам адекватности эмоциональных проявлений, снятию напряжения, саморегуляции, повышению коммуникативных навыков. Полученные данные следует учитывать при составлении дифференцированных программ медико-социального сопровождения в процессе реабилитации детей с последствиями ПП ЦНС.

Список литературы.

1. Баранов А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации как фактор национальной безопасности. Пути решения существующих проблем // Справочник педиатра. — 2006. — № 3. — С. 9—14.
2. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в современной педиатрии // Вопр. современной педиатрии. — 2007. — № 3. — С. 6—8.
3. Брызгунов И. П., Сюткина Е. В., Митиш М. Д. Перинатальная энцефалопатия как фактор риска развития психосоматических функциональных заболеваний у детей // Материалы VIII конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии». — М., 2003. — С. 48.

4. Жданова, Л. А. Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей в учреждениях здравоохранения и образования / Л. А. Жданова, Т. В. Русова, А. В. Шишова, И. Е. Бобошко, Г. Н. Нуждина. — Иваново : ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. — 2003. — 217 с.
5. Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Состояние здоровья школьников и роль школ, содействующих его укреплению // Школа здоровья. — 2008. — № 3. — С. 4—13.
6. Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Рапопорт И. К. Изменение показателей заболеваемости школьников в процессе завершения общего образования // Материалы I Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. — М., 2008. — С. 94—95.
7. Рапопорт И. К. Динамика функциональных отклонений у учащихся в процессе обучения в начальной школе // Сборник материалов XVI съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — М., 2009. — С. 326.

РОЛЬ ОТЦА В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬЕ (результаты социологического опроса)

Светлакова В.П.

Омский государственный педагогический университет, г. Омск, Россия

На каждом новом этапе развития общества, когда происходит переоценка ценностей, возрастает интерес к проблемам создания и функционирования семьи. В наших семьях часто бывает так, что после рождения ребенка главными лицами в семье становятся младенец и его мать. Традиционная роль отца, остававшаяся неизменной на протяжении многих поколений, в настоящее время претерпевает серьезные изменения. Сегодня отец утрачивает полномочия "представителя закона", его роль становится туманной. В настоящее время, в силу сложных социально-экономических условий, отец в семье чаще является источником финансовой поддержки. В связи с этим все больше и больше отцов передают свои воспитательные функции жене, другим членам семьи.

Постепенно в обществе произошли перемены от иерархической модели организации общества к горизонтальной, что привело к неизбежной путанице ролей и потере ориентиров в семье. Именно в семье ребенок учится, осваивает родительские роли и функции. Для более успешного осуществления этого процесса ребенок должен научиться воспринимать социальные роли своих родителей. Психологические исследования показывают – при сравнении детей выросших с отцами и без них обнаружено, что дети, выросшие без отцов, часто имеют пониженный уровень притязаний, повышенный уровень тревожности. Отсутствие отца отрицательно сказывается на учебе и самоуважении детей.

С целью выявления роли отца в современной семье специалистами отделения статистики, анализа и прогноза БУ Омской области "Центр социальной помощи семье и детям (с социальной гостиницей)" в июне - августе 2010 года проведен социологический опрос. В опросе приняли участие 490 человек. Выборочную совокупность составили отцы в возрасте от 18 до 39 лет, имеющие одного ребенка и более.

По возрасту все опрошенные разделены на пять групп. В первую группу вошли отцы в возрасте до 20 лет, во вторую – 21-24 лет, в третью группу 25-29 лет, четвертую 30-34 лет, пятая группа 35-39 лет.

В рамках данной статьи изложены некоторые результаты проведенного исследования.

Почти у половины опрошенных отцов первый ребенок родился в возрасте 20 – 24 года. Такой ранний возраст отцовства можно объяснить особенностями выборки (в основном это сельские жители). Полученные данные подтверждаются данными, проведенного в 2006 году исследования "Репродуктивное поведение и репродуктивные установки населения Омской области". Для 41% юношей, проживающих в районах области, оптимальным возрастом вступления в брак является возраст 21-23 года, поэтому рождение первого ребенка для данной выборки приходится на этот возраст. У 30,6 % опрошенных первый ребенок родился в период 25 – 29 лет, и только у каждого десятого первый ребенок родился в период до 20 лет или после 30 лет.

Значительная доля респондентов, имеет одного ребенка (53,9 %), двоих детей имеет 38,0 % опрошенных респондентов, а троих и более 8,1 % от общего числа опрошенных. В возрастном разрезе, данные опроса показали, что количество детей напрямую зависит от возраста респондентов. Если большинство мужчин в возрасте 18-20 лет и 21-24 года имеют по одному ребенку (86,2 % и 74,1 % соответственно), то в возрасте 35-39 лет большинство мужчин имеют уже двух (56,1 %) и трех (18,3 %) детей. Только у 8,1 % опрошенных респондентов три и более детей. В рамках данного исследования также было выявлено мнение респондентов отцов о рождении в будущем детей. Как показали результаты исследования, планирование рождения еще одного ребенка зависит от возраста испытуемых. Так 44,9 % опрошенных в возрасте 18-20 лет планируют рождение еще одного ребенка, а в группе 35-39 – летних таковых только 11 % (против 31 % общей выборки).

Роль отца в воспитании ребенка - сегодня весьма актуальный вопрос. Специалисты отмечают, что довольно сложно вырастить полноценную личность, будь то мальчик или девочка, без мужского влияния. Никто не отрицает возможность добиться успеха в области воспитания без отца, но, как показывает жизнь, это большая редкость. Ведь от обоих родителей зависит, каким вырастет их ребенок. При любых обстоятельствах мужчина должен оставаться папой. Как показали результаты опроса, большинство современных отцов играли и гуляли с детьми в возрасте до 1 года (76,9 % и 72,9 % респондентов). Можно отметить, что такой ответ встречается чаще у самых молодых отцов (в возрасте 18-20 лет). Значительная часть участников опроса помогали в кормлении, купании ребенка, а также сопровождали ребёнка на медицинское обследование (так ответили по 62,2 % респондентов в общем процентном соотношении). Почти каждый второй отец вставал к ребенку по ночам и менял пеленки и подгузники (так ответили 48,4 % и 47,1 % участников опроса соответственно), причём участники опроса в возрасте 30-34 лет указывали такие варианты ответа чаще, чем респонденты других возрастных категорий. Почти каждый третий участник опроса указал, что стирал и утюжил пеленки (32,4 % ответов в общем процентном соотношении). Такое поведение характерно более для респондентов в возрасте от 25 до 39 лет, чем для респондентов в возрасте 21-24 лет (см. Рис. 1)

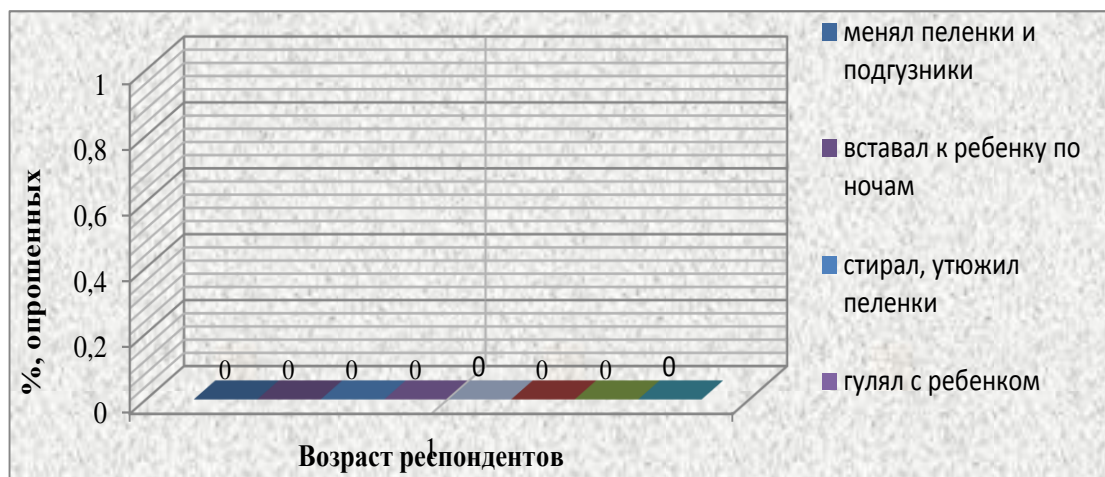


Рис. 1. Распределение ответов респондентов на вопрос: "Какое участие Вы принимали в воспитании ребенка до 1 года? (отметьте все подходящие варианты)"(%).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что практически все современные отцы (99 % в общем процентном соотношении), за редким исключением, принимают непосредственное участие в воспитании детей до 1 года, причём чаще всего играют и гуляют с ними.

В рамках социологического исследования важным представлялось узнать, какое участие респонденты принимали в жизни образовательного учреждения, которое посещал ребенок. У 73 % опрошенных отцов ребенок посещал или посещает детский сад (можно предположить, что мама – работающая). При этом на вопрос: "Какое участие вы принимали (принимаете) в жизни учреждений образования (детского сада, школы), которые посещает (посещал) Ваш ребёнок?", большинство участников опроса указали, что оказывали помощь в благоустройстве группы (класса, детской площадки). Каждый третий отец ответил, что "посещаю праздничные мероприятия, открытые занятия и родительские собрания. Более четверти опрошенных отцов «помогают ребенку с выполнением домашнего задания» (26,5 %), но только 6,7 % респондентов ответили, что "входят в состав родительского комитета". Ответы «не принимали "никакого" участия в жизни учебного заведения, которое посещает их ребенок, этим должна заниматься мама» выбрали только 1,2 % опрошенных

Интересным представлялось узнать, какие проблемы возникают у респондентов - отцов в общении с ребенком. Анализ полученных данных выявил, что у более половины участников никаких проблем в общении с ребенком не возникает (55,2 %). Причем больше таких ответов среди респондентов 18- 20 лет (75,9), которые еще не успели столкнуться с подобными проблемами в силу своего возраста детей. Но более половины опрошенных возрастной группы 35-39 лет отметили, что «иногда» подобного рода проблемы возникают, что также объяснимо, поскольку это, вероятно, дети – подростки. Возникают проблемы в общении с ребенком только у 6,8 % опрошенных.

Как показывают многочисленные исследования, роль отца в воспитательном процессе обычно ограничивается функцией наказания. Фигура отца ассоциируется с властью, причем с властью как источником насилия. Анализ ответов на вопросы: "Наказываете ли вы своего ребёнка?" и "Какие формы наказания Вы применяете в воспитании ребёнка? (можно отметить несколько вариантов)" выявил, что 73,7 % опрошенных отцов, что наказывают своего ребенка, каждый четвертый ответил отрицательно на данный вопрос (25,5%) и только 0,8 % затруднились с ответом. Среди форм наказания ребенка доминируют ответы – "повышенным тоном делаю замечание ребенку" (62,2 %) и "ставлю в угол" (23,4 %), "кричу/ругаю" как форму наказания выбрали 12,4 % респондентов, и только 2,8 % опрошенных ответили - "наказываю физически".

Важным представлялось выявить мнение респондентов о привлечении детей к помощи в домашнем хозяйстве и каким образом это можно стимулировать. Было получено, что большая часть респондентов (58 %) считают, что важнейшим стимулом для привлечения детей к домашнему труду будет разговор с ними. Таковых ответов больше среди респондентов более старших возрастных групп. Респонденты в возрасте 18 – 20 лет считают, что главное это «не обременять детей домашними заботами, но если они проявляют помощь - хвалю» (44,8 %). По мере «взросления» респондентов число таковых уменьшается. Лишь 5% опрошенных респондентов считают, стимулирование детей в помощи в домашнем хозяйстве не нужным. Также меньшая часть респондентов ответили, что: "ребенок еще маленький" и домашние заботы предстоят только впереди (5,9 %).

Папа не просто кормилец - он человек, открывающий ребенку мир, помогающий ему расти умелым, уверенным в себе. И в связи с этим представлялось важным выявить, какое понятие у современных мужчин ассоциируется с отцовством. Большинство опрошиваемых, отцовство ассоциируют с понятием "ответственность" (почти 70 %), среди выделенных групп чувство ответственности наиболее выражено в возрастной группе 30-34 года, а наименее 21-24 года. На втором месте по ассоциации идет понятие "семья" (62 %), на третьем "воспитание" (58 %). Причем эта ассоциация наиболее выражена в возрастной группе 35-39 - летних. Меньше всего ассоциируется у опрошиваемых с отцовством понятие "образование" (20,6 %). Причем, чем моложе респондент, тем данная ассоциация менее значима (10 % для самой молодой и 27 % для самой возрастной). "Материальное обеспечение" ассоциируется с отцовством у 49 % опрошенных (чем моложе респонденты, тем больше таковых). Больших различий не обнаружено в ассоциациях понятий "ребенок" и "дети" (32 % и 36 % соответственно). Но если анализировать по группам, то почти для каждого второго возрастной группы 35-39 лет семья ассоциируется с понятием "дети" (возможно, в данной возрастной группе не по одному ребенку), а для 59 % 18-20 летних семья ассоциируется с понятием "ребенок". Это можно объяснить тем, что респонденты данной группы имеют одного ребенка и в будущем не планируют иметь больше детей (см. Рис. 2).

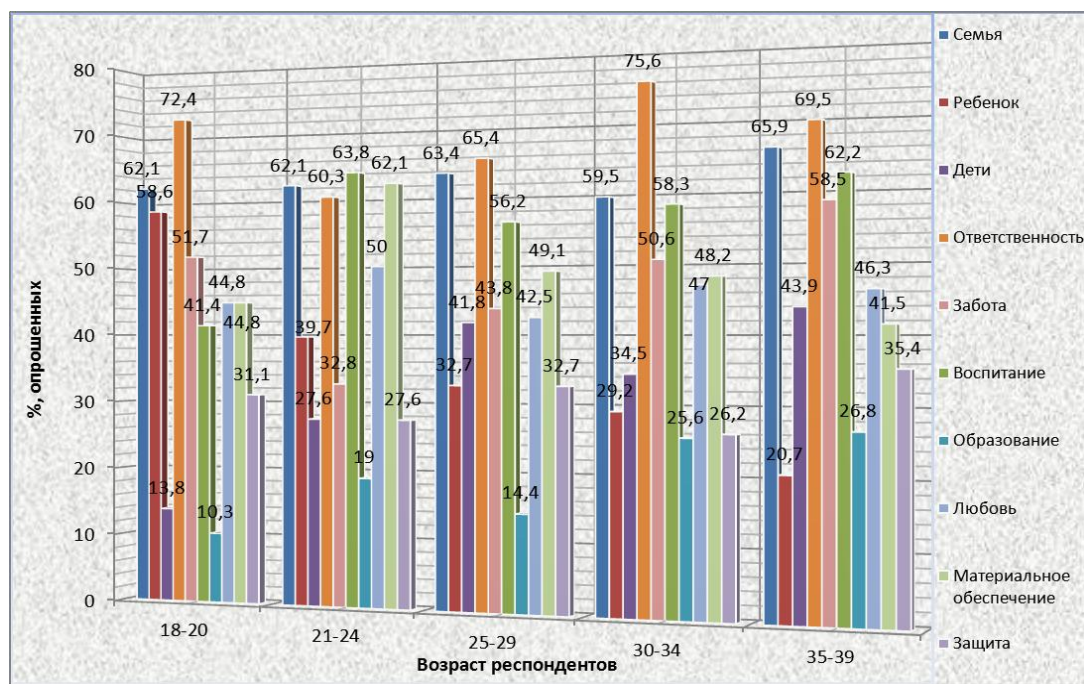


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: "Какие из ниже перечисленных понятий у современных мужчин наиболее ассоциируется с отцовством?" (%)

На вопрос о ранжировании характеристик по значимости, которые соответствуют "идеальному отцу", было выявлено, что на первое место опрошиваемые поставили "любящий", на второе – "внимательный" и на третье – "справедливый". На последнем месте по значимости оказались такие характеристики, как "умный", "состоятельный" и "эрудированный" (соответственно 14, 15 и 16 место). Эти данные подтверждают результаты, полученные ранее при анализе ответов на вопрос "какие качества ассоциируются с отцовством". Такое качество как "примерный семьянин", заняло в общем списке качеств лишь шестое место. То есть, можно сделать вывод, что для респондентов более значимыми являются общепринятые ценности при воспитании детей, а не качества, присущие роли мужа. Такую характеристику, как "не пьющий", респонденты поставили на восьмое место. Но наблюдаются при ответе на данный вопрос различия по возрасту респондентов. Так, данную характеристику более молодая аудитория оценила как более значимую, по сравнению с 30-39 - летними (5,6 место и 10,8 место соответственно).

Для выявления характеристик, присущих «ответственному отцу», опрошиваемым было предложено продолжить предложение "Ответственное отцовство для меня, в первую очередь, - это..." Для большинства респондентов «ответственное отцовство» – это, прежде всего, "забота о ребёнке, его защита, оказание помощи, внимания, понимания, а также проявление любви, отзывчивости, доброты и терпения" (56,1% от общего количества участников опроса). Можно отметить, что респонденты в возрасте 18-19 лет указывали данный вариант ответа чаще (75,9 % от общего количества ответов в данной возрастной категории), чем участники опроса других возрастных категорий. Респонденты в возрасте 21-24 лет, наоборот, выбирали данный вариант ответа

реже, чем респонденты остальных возрастных категорий (32,8 % от общего количества ответов респондентов в возрасте 21-24 лет). Количественное соотношение данного ответа у респондентов в возрасте 25-29 лет, 30-34 лет и 35-39 лет примерно одинаково (53,7 % - у 35-39 летних и 59,5 % у 30-34 летних). На втором месте по популярности ответов "ответственность за воспитание детей, воспитание достойного человека, быть образцом для подражания, подготовка детей к самостоятельной жизни" (35,1 %). Можно отметить, что у респондентов в возрасте 25-29 лет и 30-34 лет данный вариант ответа встречается чаще, чем у респондентов остальных возрастных категорий (41,2 % и 38,7 % ответов соответственно). Количественная доля таких ответов у участников опроса в возрасте 21-24 года и 35-39 лет примерно одинакова и составляет 29,3 % и 28,1 % соответственно. Наименьшее количество таких ответов встречается у респондентов в возрасте 18-20 лет (13,8 % от общего количества ответов в данной возрастной категории). На третьем месте "Материальное обеспечение семьи" (17,6 % от общего количества участников опроса). Были выявлены различия в зависимости от возраста опрашиваемых. Так, респонденты в возрасте 21-24 лет указывали данный вариант ответа чаще (27,6 % от общего количества ответов в данной возрастной категории), чем участники опроса других возрастных категорий. Это подтверждается ранее полученными данными о материальной зависимости данной возрастной группы. Среди респондентов в возрасте 30-34 года только каждый пятый отметил данный вариант ответа (20,2 %), а среди 35-39 летних таковых всего 12,4%. На четвертом месте у опрошенных по ответственному отцовству категория "благополучная семья (любовь, счастье, понимание, будущее, смысл жизни)" (11,4 % от общего количества ответов участников опроса). Причем наблюдается различия в зависимости от возраста опрашиваемых. Данная категория ответов более присуща молодой возрастной группе опрашиваемых (31,0 % для 18-20 летних и 25,9 % для 21-24 лет соответственно).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что наблюдаются различия в определении «ответственное отцовство» в зависимости от возраста опрашиваемых. Так, для молодых отцов в возрасте 18-20 лет понятие *ответственного отцовства* связано, во-первых, с заботой о ребенке, его защитой, оказанием помощи, внимания, понимания, а также проявлением любви, отзывчивости, доброты и терпения; а во-вторых, с благополучием семьи (любовью, счастьем, пониманием, будущим, смыслом жизни). Для современных отцов в возрасте от 21 до 39 лет понятие *ответственного отцовства*, также связано с заботой о ребенке, его защитой, оказанием помощи, внимания, понимания, а также проявлением любви, отзывчивости, доброты и терпения, но еще и с ответственностью за воспитание детей, воспитание достойных людей.

Отец и мать реализуют различные функции воспитания. В ходе исследования важным представлялось узнать, какие перемены в жизни отца произошли с появлением в семье ребенка. На вопрос "После того, как я стал отцом, моя жизнь была...": ", было получено, что более "ответственной" (83 %), (что подтверждается данными предыдущего вопроса), а также "радостной и

счастливой" - отметили 35 % опрошенных. Причем то, что "более ответственной", отметили больше респондентов в группе 25-29 лет (86 %) и 18-20 летних, а меньше всего в группе респондентов 21-24 года. Прослеживается, что именно в этой группе менее всего сформировано отцовство. А то, что жизнь стала «проблемной», отметили 14 % опрошенных, большинство таковых в младших возрастных группах – 18-20 – летние и 21-24 летние (21 % и 16 % соответственно), а меньше всего в группе 35-39 лет (12 %). Можно предположить, что чувство отцовства начинает формироваться после 25 лет. На это указывает и тот факт, что именно респонденты данной группы указали на то, что после рождения детей, их жизнь стала более насыщенной (32 % против 28 % общей выборки). То есть, существует психологическая связь между форсированностью отцовского чувства и уровнем зрелости личности родителя. Вот почему гораздо чаще отцовство в полной мере переживается отцами поздних детей. Основная психологическая трудность "незрелых" отцов (что, впрочем, свойственно и молодым матерям) заключается в неумении извлекать удовольствие, радость от общения с ребенком. Зрелость отцовских чувств выражается в любящем, принимающем стиле воспитания, ориентированном на ребенка. Таким отцам свойственно опекать ребенка, заботиться о нем. Отцовство со всей силой захватывает их именно в первые годы жизни ребенка. Характеризуя любовь к ребенку зрелых отцов, можно сказать, что они испытывают потребность в том, чтобы научить ребенка, передать ему свой опыт, сделать ребенка своим наследником – в высшем культурном смысле, то есть передать в будущее все лучшее, чем владеет сам. Эти отцы более эффективны во взаимодействии с детьми раннего и дошкольного возраста. В соприкосновении с ребенком созревают истинно мужские черты - потребность и способность защищать, принимать на себя ответственность, внутренняя энергия и сила.

При ответе на вопрос "Кто, на Ваш взгляд, должен заниматься воспитанием детей?" большинство респондентов указали, что "оба родителя в равной степени" (71,4%). Причём такой ответ у участников опроса в возрасте от 30 до 39 лет встречается чаще, чем у респондентов младшего возраста (72,6 % ответов у респондентов в возрасте 30-34 лет и 78 % - в возрасте 35-39 лет). На втором месте по популярности ответов на поставленный вопрос, является ответ "вместе с родителями бабушки и дедушки" (13,7 % в общем процентном соотношении), причём данный ответ встречается чаще у самых молодых отцов – в возрасте 18-20 лет (почти у каждого четвертого респондента данной возрастной категории). На третьем месте – ответ "в первую очередь мать" (13,1 % в общем процентном соотношении). В большей степени данный вариант ответа встречается чаще у молодых отцов в возрасте от 18 до 29 лет, и в меньшей – у респондентов более старшего возраста (от 30 до 39 лет).

Таким образом, исходя из проведенного социологического опроса, можно сделать следующие наиболее важные *выводы*:

- Большинство опрошиваемых, отцовство ассоциируют с понятием "ответственность", причем среди выделенных групп чувство ответственности наиболее выражено в возрастной группе 30-34 года, а наименее 21-24 года. На

втором месте по ассоциации идет понятие "семья" (62 %), на третьем "воспитание" (58 %). Меньше всего ассоциируется у опрашиваемых с отцовством понятие "образование" (20,6 %). "Материальное обеспечение" ассоциируется с отцовством у половины опрошенных.

- Для большинства респондентов «ответственное отцовство» – это, прежде всего, "забота о ребёнке, его защита, оказание помощи, внимания, понимания, а также проявление любви, отзывчивости, доброты и терпения". На втором месте по популярности ответов это - "ответственность за воспитание детей, воспитание достойного человека, быть образцом для подражания, подготовка детей к самостоятельной жизни".

- "Идеальный отец" для опрашиваемых это, прежде всего, "любящий", "внимательный" и "справедливый". На последнем месте по значимости оказались такие характеристики, как "умный", "состоятельный" и "эрудированный". Можно сделать вывод, что для респондентов более значимыми являются общепринятые ценности при воспитании детей, а не качества, присущие роли мужа.

- Основными обязанностями современных отцов в семье являются «материальное обеспечение» и «воспитание детей». Каждый четвёртый участник опроса к числу своих основных обязанностей в семье отнёс «оказание помощи жене по дому». Причём, можно отметить, что у респондентов в возрасте 30-34 лет такой ответ встречается чаще, чем у опрошенных других возрастных категорий.

Данное исследование может послужить началом развития новых форм работы с семьей и помочь работникам социальных служб более квалифицированно подходить к проблеме современного отцовства.

СЕКСУАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА КАК МАРКЕР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МОЛОДЕЖИ

Силина Л.В., Харахоррдина Ю.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) в нашей стране неуклонно возрастает, что влечет за собой и высокую встречаемость среди молодежи. Рост заболеваемости на данном этапе развития исследователи связывают не только и не столько с медицинскими аспектами. Изменения в половом поведении, практике применения противозачаточных средств, международный туризм, изменения возрастной структуры населения, меняющееся отношение к сексу вносят значительный вклад в рост заболеваемости ИППП.

В развитых странах Европы и Америки ситуация в целом более благоприятная. Причиной являются очевидно широко проводимые мероприятия по раннему сексуальному просвещению, социальные программы модификации поведения, стимулированное использование средств индивидуальной защиты, доступность информации об ИППП.

Сами инфекции, их осложнения, резистентность к терапии оказывают значительное влияние психологический статус пациентов и, как следствие, на их социальные функции.

Цель исследования: оценить уровень сексуальной культуры среди лиц молодого возраста.

Задачи исследования

1. Провести анонимное анкетирование по вопросам профилактики ИППП среди обучающихся.
2. Осуществить анализ полученных данных с выявлением «слабых звеньев» в сексуальном воспитании молодежи.
3. Разработать мероприятия по улучшению профилактики ИППП.

Материалы и методы исследования

Объект исследования – студенты 4 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов; лица молодого возраста, обратившиеся за специализированной медицинской помощью в КОККВД.

Предмет исследования – уровень сексуальной культуры молодежи

Метод исследования – статистический.

Нами была разработана анкета-опросник, с помощью которой анонимно были опрошены 80 респондентов обоего пола в возрасте 20-22 лет

Результаты исследования

Время начала половой жизни у студентов-медиков и у пациентов, обратившихся в КОККВД по поводу ИППП представлен на рис. 1.

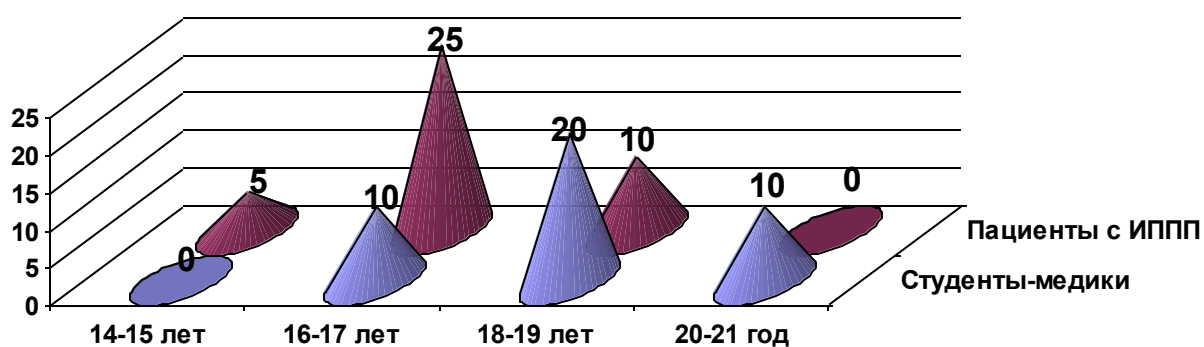


Рис. 1. Время начала половой жизни.

Количество половых партнеров у студентов-медиков и пациентов, обратившихся в КОККВД представлено на рис. 2.

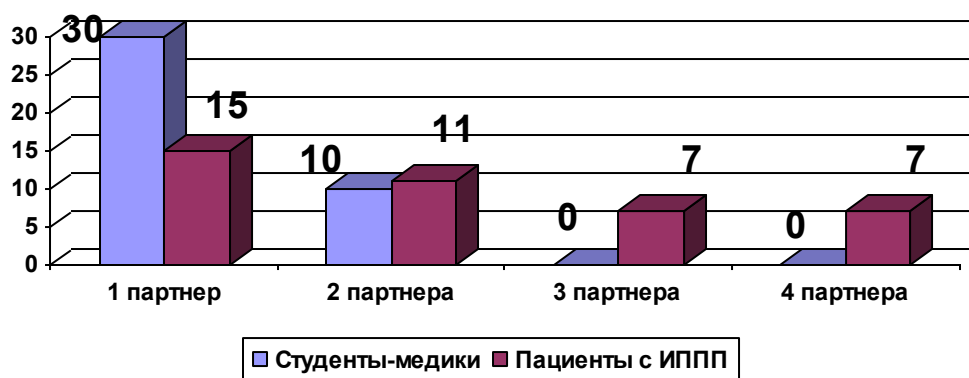


Рис. 2. Количество половых партнеров

Постоянство половых партнеров у студентов-медиков и пациентов, обратившихся в КОККВД, отражено на рис. 3.

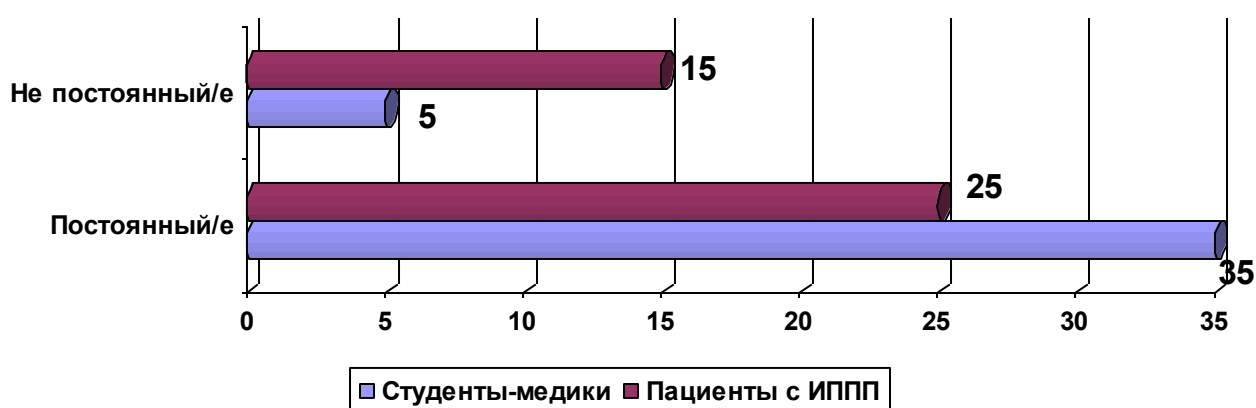


Рис. 3. Постоянство половых партнеров

Наличие в анамнезе ИППП у студентов-медиков и пациентов, обратившихся в КОККВД, представлено на рис. 4.

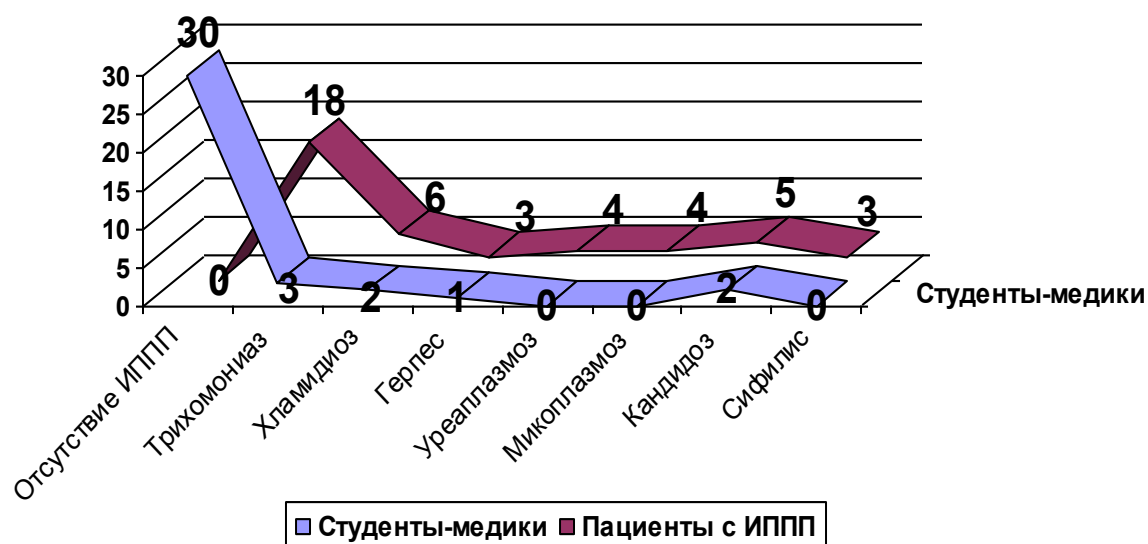


Рис. 4. Наличие в анамнезе ИППП

Место лечения ИППП, выявленных в анамнезе у студентов-медиков и пациентов, обратившихся в КОККВД представлено на рис. 5.

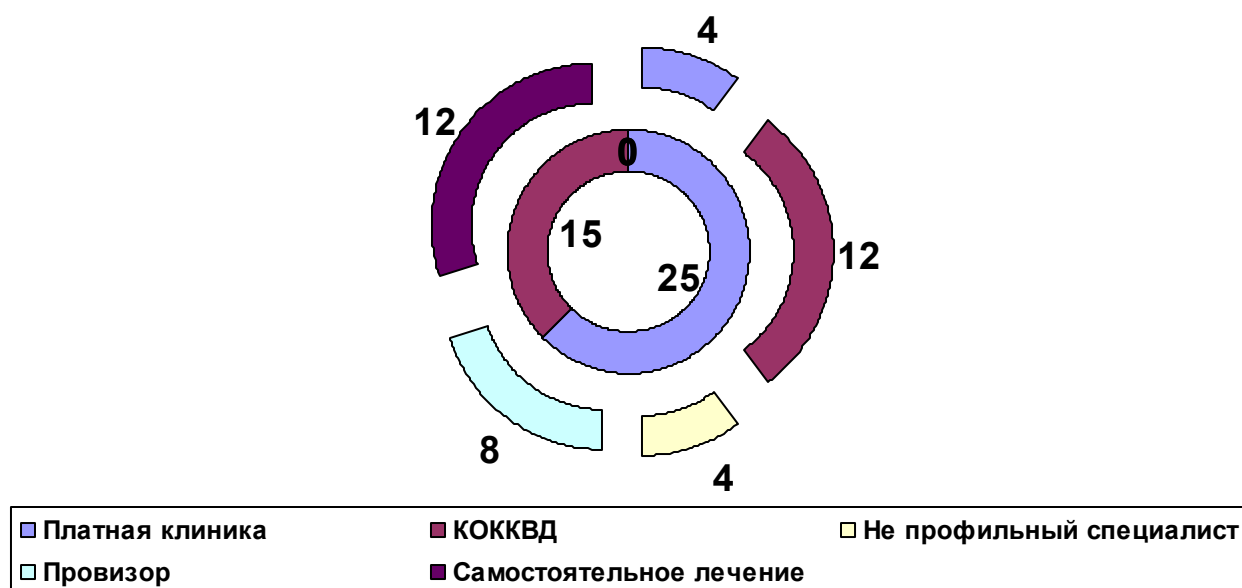


Рис. 5. Место лечения ИППП.

Выявленные в ходе опроса источники информации о лечении и профилактике ИППП у студентов-медиков и пациентов с ИППП отражены на рис. 6.

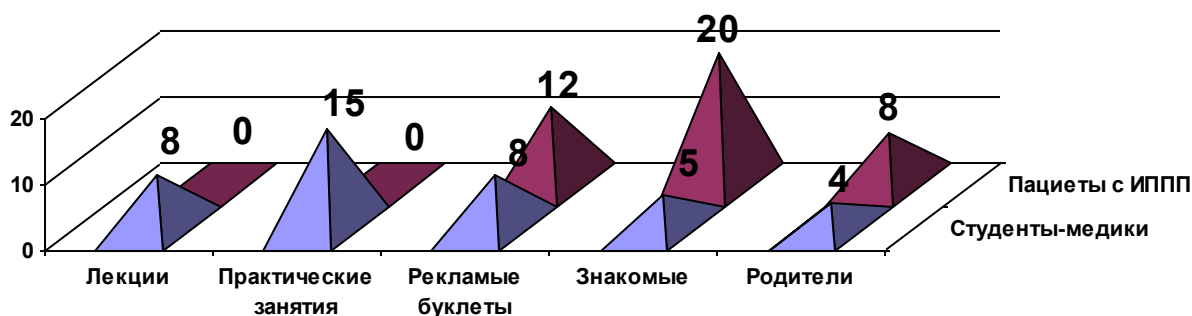


Рис. 6. Источники информации о лечении и профилактике ИППП

Заключение

Среди 40 лиц молодого возраста, обратившихся за специализированной медицинской помощью в КОККВД преобладающее большинство (25 человек) составили лица, начавшие половую жизнь в возрасте 16-17 лет; 15 человек имели одного полового партнера; 11 – 2 партнера; 7 – 3 партнера; 5 – 4 партнера и 2 человека – 5 половых партнеров; постоянные половые партнеры были у 25 студентов.

10 пациентов использовали презервативы, 10 – антисептики и 10 – прочие средства защиты; прерванный половой акт практикуют 5 человек, столько же используют вагинальные контрацептивы. Все опрошенные имели ИППП в анамнезе. Причем сифилис наблюдался в 3 случаях, трихомониаз – в 18, герпес – в 11 случаях, в 6 - хламидиоз, в 6 –микоплазмоз и в 5 случае – уреоплазмоз. Причем в большинстве случаев наблюдались микробные ассоциации.

Самостоятельно лечились 30%, столько же проходили лечение в КОККВД. Консультировались в аптеках – 20%, проходили лечение у специалистов другого профиля – 10%.

Наиболее часто (в 50% случаев) информацию студенты получали от знакомых; 30% - из рекламных объявлений; в 20% случаев от родителей.

Среди 40 студентов медиков преобладающее большинство (20 человек) составили лица, начавшие половую жизнь в возрасте 18-19 лет; 30 человек имели одного полового партнера; постоянные половые партнеры были у 35 студентов.

20 студентов использовали оральные контрацептивы, 10 –вагинальные; 5 человек – антисептики и 5 – презервативы. ИППП в анамнезе были выявлены у 10 человек, причем в 5 случаях был зарегистрирован герпес, в 2 - хламидиоз, в 2 –микоплазмоз и в 1 случае – уреоплазмоз.

60% проходили лечение в платных клиниках, 40% - в КОККВД.

Наиболее часто (в 60% случаев) информацию студенты получали на лекциях и практических занятиях; в 20% - из рекламных объявлений; в 10% случаев от знакомых и в 10% случаев от родителей.

Выводы:

1. Среди респондентов отмечена высокая заболеваемость ИППП, преимущественно в виде микробных ассоциаций.

2. Выявленная осведомленность молодого населения, не имеющего отношения к медицине, в плане ИППП может быть оценена как слабая.

3. Культура полового воспитания имеет заметные отличия у студентов и лиц, обратившихся в КОККВД.

Практические рекомендации

1. Организация выступлений в средних и старших классах школ, средних и средне-специальных учебных заведениях.

2. Освещение в СМИ вопросов полового воспитания, культуры половых отношений, средств защиты и профилактики ИППП.

3. Ознакомление молодежи с основными клиническими проявлениями ИППП и мероприятиями проводимыми при их выявлении.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ - СИРОТ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Свистунова Е.В., Кобликова Л.В.

Московский Городской педагогический университет, г. Москва, Россия

В настоящее время можно констатировать факт, что по своему развитию дети, воспитывающиеся в учреждениях закрытого типа, резко отличаются от детей, воспитывающихся в семье. Темп развития у детей сирот замедлен и задержан по всем возрастным показателям, у них упрощены эмоциональные проявления, познавательная активность и предличностные образования, которые лежат в основе развития личности ребенка.

Условия воспитания детей в домах ребенка сохраняют мягкие формы госпитализма, что ведет к задержке возрастной динамики формирования личности. В семье ребенок чувствует, слышит, видит не только как надо жить, и что надо знать, но и какова жизнь в действительности, как люди ведут себя на самом деле, их отношения друг к другу, оценки, суждения, переживания и размышления. Это оказывает на становление самопознания и идентичности решающее влияние. [3,5,8].

Специфика самопознания и полоролевой идентичности - важная линия становления внутреннего мира человека. Процессы этого направления занимают важное место в формировании личности и мировоззрения ребенка и определяют самоорганизацию и самовоспитание. Становление личностных образований у детей - сирот в условиях эмоциональной депривации, на сегодняшний день является актуальным вопросом. [2,4,6]

Период раннего и дошкольного возраста является одним из ключевых в жизни ребенка, определяет будущее и психологическое развитие в социуме. Это важный этап развития ребенка младшего дошкольного возраста, который является многоступенчатым и многолетним. Адекватная идентификация собственного «Я», своего пола и возраста, оказывает позитивное влияние на формирование характера ребенка, на личностные особенности и межличностные отношения с детьми и взрослыми. Основные новообразования младшего дошкольного возраста: отличие себя от других людей, узнавание себя в зеркальном отражении, на фотографии, обобщение знаний о себе, ослабление привязанности к взрослому, формирование понятия «Я», «Мой», определение границ собственного тела, эмоциональная сфера ребенка и адекватное отношение к похвале и порицанию.

Целью нашего исследования было изучение специфики психического развития детей младшего дошкольного возраста, лишенных попечения родителей.

Результаты исследования.

Экспериментальное исследование проходило в период с сентября 2006г. по сентябрь 2010г. В исследовании принимали участие 60 детей Дома ребенка №12 ЮЗАО и Дома ребенка №8 СВАО, и 60 детей детского сада №924 СВАО г. Москвы.

На первом этапе нашей работы был проведен анализ по картам нервно – психического развития детей, проживающих в Доме ребенка и посещающих детский сад. Из проведенного анализа было выявлено, что 90% детей, проживающих в закрытом учреждении, имеют дизгармоничное развитие из них 50% детей имеют 5 группу развития и ниже. Дети, посещающие детский сад, имеют 5 группу развития всего в 5% случаев.

Качественный анализ позволил сделать вывод, что первичной причиной задержки психического развития является клиническая патология. Вторичной причиной является воздействие депривационных и биологических факторов определяющих психическое развитие детей сирот, а также соматовегетативные нарушения, эмоциональные впечатления детей и социальные условия жизни.

На втором этапе нашего исследования была проведена непрямая экспресс – диагностика уровня психического развития младших дошкольников по наблюдениям близких и воспитателей. В основу методики положено представление о психическом развитии как закономерном переходе от одних психических новообразований к другим, логика которого кроется во взаимоотношениях ребенка с миром. В методике представлено 12 шкал, позволяющих определить уровень психического развития ребенка. Особенность данных шкал состоит в том, что в них заложен нормативный показатель для каждой из возрастных групп дошкольного возраста.[9] По результатам опроса воспитателей были получены данные, на основании которых мы могли сделать вывод, что 90% детей, проживающих в Доме ребенка, имеют задержку психического развития. Интерпретация полученных результатов помогла выявить, что 48% этих детей имеют низкий уровень психического развития, симптомы социально-эмоциональной депривации и относятся к группе риска. Дети из детского сада имеют в 12% случаев задержку психического развития и в 4% - низкий уровень психического развития и депривационных нарушений.

На третьем этапе нашего исследования была проведена методика исследования детского самосознания, которая позволяет определить отношение ребенка к собственному полу, представлению о самом себе, «образ Я». В этот образ входят осознание физических, интеллектуальных, моральных качеств ребенка, его идентификация, ощущение собственной целостности и непрерывности во времени. Это принятие собственного имени, пола и собственного «Я». Формирование половозрастной идентификации связано с развитием самосознания ребенка. В норме первичная половая идентификация формируется у детей в возрасте от полутора до трех лет. В этот период дети учатся правильно относить себя к определенному полу, определять пол своих сверстников, различать мужчин и женщин. В раннем возрасте ребенок начинает интересоваться своим прошлым и настоящим.[1]

В результате исследования было выявлено, что дети с проблемами в развитии и поведении, дети с грубой задержкой психического развития, недостаточно адекватно воспринимают и идентифицируют себя, свой собственный пол. Дети с ортопедическими нарушениями относят себя к противоположному полу. При обследовании адекватная идентификация

половозрастного статуса составила 78% у мальчиков из детского сада и 50% у мальчиков из Дома ребенка, 81% у девочек из детского сада и 50% у девочек из Дома ребенка. Нарушение этого процесса оказывает негативное влияние на осознание своей возрастной роли, ориентации во времени и пространстве, на формирование личности. Полученные результаты позволили сделать вывод, что необходимы специальные усилия по формированию самосознания у детей дошкольного возраста в условиях Дома ребенка.

Одним из методических приемов, использованных нами, было изучение восприятия ребенком своего зеркального отражения и отношения к нему. Восприятие зеркального образа традиционно связывается с изучением самосознания. Впервые Ч. Дарвин (1877) указывал на узнавание себя ребенком в зеркале как показатель развития представления о себе. Гезелл А. применял пробы с зеркалом при диагностике психического развития ребенка (1928). Похожий эксперимент проводили американские психологи М.Льюис и Дж. Брукс-Ганн, эксперимент проходил с детьми и их собственными изображениями. Когда ребенок видит собственное изображение, оно вызывает у него повышенный интерес. Узнавание в зеркале предшествует овладению языком, словом, посредством которых ребенок обозначает себя и других. Это жизненный опыт ребенка и структурное единство. Нами поведена модификация методики «Восприятие себя, как субъекта деятельности в зеркальном отражении» [7] на определение восприятия ребенком зеркального отражения и отношения к себе, эмоционального состояния ребенка во время проведения эксперимента.

Узнавание себя в зеркальном отражении, способность идентифицировать собственную личность, способность категоризировать узнаваемые образы, является важным накоплением жизненного опыта и переходом на новую ступень развития.

Полученные результаты позволили сделать следующий вывод: дети из дома ребенка неадекватно воспринимают собственное отражение в зеркале. Только 53% детей из Дома ребенка с помощью взрослых обращают внимание на собственное отражение, тогда как 88% детей из детского сада реагируют на собственное отражение адекватно. На зеркальное отражение окружающей обстановки реагировало 20% из детей - сирот и 40% из детского сада. Реакция детей на само зеркало была соответственно 10% и 26% от общего числа детей.

Во время проведения методики дети из Дома ребенка вели себя неадекватно, скованно. Они, глядя в зеркало, видят всех и все, кроме себя. При настойчивом обращении экспериментатора к ребенку и повторном вопросе, они идентифицируют себя неадекватно.

Заключение.

В реальной жизни все стороны психики влияют друг на друга. Особенности памяти и уровень мышления определяют некоторые качества личности.[3] Полученные данные позволяют установить взаимосвязь между отдельными особенностями и психическим развитием ребенка (познавательные способности связаны с развитием самосознания и личностных качеств ребенка).

Учитывая результаты диагностики уровня нервно – психического развития у детей, проживающих в учреждениях закрытого типа, нами составлена психокоррекционная программа для работы с детьми, включающая методики по развитию восприятия собственной принадлежности, отнесению себя к определенному полу, адекватному отношению к сверстникам и взрослым.

Программа содержит несколько направлений:

- *Развитие эмоционально-волевой сферы ребенка.* Задачи, которые решаются на этом этапе: научить ребенка распознавать эмоции, выделять эмоциональные состояния и адекватно на них реагировать, развивать эмпатическое отношение к сверстникам. В методику входят: развивающие игры «Азбука настроений» (Н.Л.Белопольская); «Довольна ли мама» (Н.Л.Белопольская); «Схематическое изображение в рисунках» (Е.Н.Лебеденко); «Эмоции» - «Радость» - «Злость» - «Страх» - «Спокойствие» (С.В.Крюкова); «Пуантилизм» - пальчиковая живопись. Методика исследования эмоционального состояния (Э.Т.Дорофеева).

- *Развитие адекватной самооценки у детей.* Задачами этого этапа было развитие социальной осведомленности; коррекция межличностных отношений со сверстниками. Рекомендуемые методики: «Лесенка (В.Г.Щур); «Кораблик»; «Смешные человечки»; «Я и мои друзья» (модифицированы автором).

- *Формирование полоролевой и возрастной идентичности, формирование адекватного осознания собственного «Я» и отношения к себе.* Задачи этого этапа: развитие первичной половой идентичности; адекватное ощущение целостности и непрерывности во времени; представление ребенка о «Я» в настоящем, «Я» в прошедшем, «Я» в будущем; представление о «Я» привлекательном, «Я» непривлекательном. Рекомендуемые методики: «Развитие полоролевой идентификации и самосознания ребенка» (Н.Л.Белопольская). «Изучение гендерных полоролевых установок у детей дошкольного возраста» модификация опросника-интервью (В.Е.Каган). «Половые и возрастные представления и предпочтения» дидактическая игра для детей. «Восприятие себя, как субъекта деятельности в зеркальном отражении» (М.И.Лисина). «Восприятие себя, как субъекта образа «Я» на фотографии»; «Двойной рисунок человека» (Е.В.Свистунова).

Предложенная программа поможет воспитать целостную личность, способную осознать социальные и нравственные нормы, свои психологические и физиологические особенности, поможет установить оптимальные отношения с людьми своего и противоположного пола.

Помимо работы с детьми, необходима работа в этом направлении с персоналом детских учреждений, с родителями и усыновителями детей - сирот. В основе ее лежат психолого-педагогические, психологические и морально-этические принципы, знания возрастных анатомо-физиологических особенностей детей и правил личной гигиены, знания возрастной периодизации и кризисных периодов детского дошкольного возраста.

Комплексный подход к развитию ребенка поможет сформировать полоролевою идентичность, адекватное самосознание, целостный образ Я, что является фундаментом дальнейшего развития личности.

Литература:

1. Белопольская Н.Л.. Психологический инструментарий. Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания». Когито-Центр 2002г. 19стр.
2. Бендас Т.В. «Гендерная психология» учебное пособие. Питер 2005г.430стр.
3. Давыдов В.В «Личности надо выделяться//С чего начинается личность?» М 1979г.
4. Детская практическая психология. Под редакцией профессора Т.Д.Марцинковской. Москва ГАРДАРИКИ 2005г.
5. Дубровина И.В. Рузская А.Г. «Психическое развитие воспитанников детского дома» Москва «Педагогика» 1990г. 264стр.
6. Лебеденко Е.Н.. «Развитие самосознания и индивидуальности» Выпуск 1. Какой Я? Москва. Прометей. Книголюб. 2003г. 65стр.
7. Лисина М.И. Вопросы психологии №4, 1996г. Методика «Восприятие зеркального образа, формирование и изучение самосознания».
8. «Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста». Методическое пособие под редакцией Стребелевой. Москва «Просвещение» 2007г.163стр.
9. Реан А.А.«Психология детства. Практикум тесты, методики для психологов, педагогов, родителей». Под руководством А.А. Реана. Санкт-Петербург 2003г, 224стр.

ОБРАЗ БУДУЩЕЙ СЕМЬИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Свистунова Е.В., Мильке Е.А.

Московский Городской педагогический университет, г. Москва, Россия

Введение

Современная семья, как социальный институт общества, столкнулась с рядом проблем, требующих скорейшего решения: падение статуса семьи, изменение её места в ценностных ориентациях, снижение роли семьи в выполнении репродуктивной и воспитательной функций.

Система представлений, как о самой семье, так и о ролевых ожиданиях молодых людей, вступающих в репродуктивный возраст – важный фактор, определяющий характер отношений, эмоциональный климат и устойчивость будущих семей, а также возможность их создания.

Старший подростковый и юношеский возраст – это период в жизни человека, который характеризуется активным становлением личности, возникновением и развитием значимых психологических новообразований, задействованных в создании картины эмоционального отношения к миру, в оценке реальной действительности и окружающих людей, в прогнозировании своего персонального и социального будущего.

Образ будущей семьи включает комплекс представлений подростка о своей будущей семье, потенциальном супруге и детях, характеристиках взаимоотношений с ними, способах воспитания детей [7].

В последнее время появился ряд работ, посвященных изучению представлений о родительской и будущей семье у молодежи [7]. В то же время остаются мало изученными представления о будущей семье у таких категорий подростков, для которых создание семьи затруднено в силу психологических причин.

К одной из таких групп относятся лица, имеющие различные формы ожирения. Эта тема становится все более актуальной, т.к. во всех странах отмечается прогрессирующее увеличение численности больных как среди взрослого, так и среди детского населения. В связи с этим ВОЗ признала ожирение эпидемией XXI в.

Согласно официальной статистике, в настоящее время 250 миллионов жителей планеты имеют диагноз ожирение и 1,1 млрд. – избыточный вес. Эта тенденция приведет к тому, что уже к 2015 году эти показатели вырастут соответственно до 700 миллионов и 2,3 миллиардов человек. Больше всего вызывает беспокойство факт увеличения количества тучных детей в возрасте до 5 лет – оно по всему миру превышает 5 миллионов. Также вызывает опасения распространенность патологического ожирения 3 типа ($\geq 40 \text{ кг/м}^2$) – оно увеличилось почти в 6 раз в течение последнего десятилетия [2, 3].

Значимость проблемы ожирения прежде всего определяется высоким риском развития сердечнососудистых и онкологических заболеваний, сахарного диабета II типа, проблемами в работе опорно-двигательного аппарата

и желудочно-кишечного тракта, а также нарушений репродуктивной функции у девушек [8].

Особенно опасен лишний вес для девочек в период полового созревания и формирования детородных функций будущей женщины. Нарушение гормонального фона в этот период может иметь самые серьезные последствия. Лишний вес в период созревания девочки меняет гормональный баланс, а он, в свою очередь, меняет строение тела, способствует накоплению жировых отложений и запускает процесс раннего полового созревания, нестабильности менструального цикла [4].

Высокая частота гинекологических заболеваний, невынашивание беременности, развитие гипотрофии плода, осложнения в родах и послеродовом периоде, высокая частота репродуктивных потерь - вот неполный перечень нарушений репродуктивного здоровья при ожирении у женщин [1, 5].

Ожирение является не только медицинской, но и психосоциальной проблемой, когда наряду с нарушением здоровья подросток получает психологические травмы, связанные со стигматизацией. Навешивание ярлыков, определенная предвзятость, суждение, исходящие из стереотипа, реальности не соответствующего – все это может создавать ощущение изолированности, несчастности, невозможности построить сексуальные и семейные отношения.

Понимание особенностей представлений о будущей семье у этой категории подростков, позволит в дальнейшем разработать эффективные психокоррекционные программы в области семейных отношений.

Целью нашего исследования было изучение образов – представлений о будущей семье, а также о мужской, женской и детской роли у девушек-подростков с конституционально - экзогенным ожирением (КЭО).

Результаты исследования.

Исследование проводилось на базе ГУ ЭНЦ РАМН Института детской эндокринологии. В контрольную группу вошли 78 девушек с нормативным весом – ученицы старших классов московских школ и студентки 1 курса МГПУ. Экспериментальную группу составили 63 девушки, имеющие I-II степень ожирения. Средний возраст по группам составил 17 ± 2 года.

Для достижения поставленной цели нами были использованы диагностические методики: Структурированные опросники «Представление о будущей семье»; «Представление о будущих семейных ролях» (Свистунова Е.В.), «Цветовой тест отношений» [6, 9].

Статистический анализ проводился при помощи программы STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Значимость различий между группами проверялась по критерию Mann-Whitney для независимых выборок.

Анализ вербализованных представлений девушек о будущей семье, женской, мужской и детской ролях в семье, проходил по следующей схеме:

1. Количественный анализ положительно окрашенных, нейтральных и негативно окрашенных высказываний;
2. Качественный анализ вербальных ассоциаций.

Первый параметр, рассмотренный нами, – *«Образ будущей семьи»*. Количественные результаты, полученные при помощи опросников, представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Представления о будущей семье

	Положительно окрашенные ответы	Нейтральные ответы	Негативно окрашенные ответы	Ключевые слова
Эксперимент	71%	16%	8%	Дружба, Благополучие
Контроль	68%	19%	5%	Любовь, Принятие
Значимость различий	0,0706	0,0611	0,0611	

Статистический анализ не показал значимых различий между ответами в экспериментальной и контрольной группах. В то же время, качественный анализ дал возможность увидеть специфику ответов девушек с КЭО. Среди положительных высказываний девушек из контрольной и экспериментальной групп преобладали ответы, которые указывали на высокую значимость семьи («самое главное», «важное», «святое»). В контрольной группе встречались ответы, указывающие на чувства («Семья – это, где тебя любят, понимают, принимают»). В экспериментальной группе таких ответов практически не было. Большинство девушек с КЭО в качестве семейных ценностей называли семейное благополучие, взаимопонимание между супругами, дружбу. Такая ценность, как ребенок (дети), в экспериментальной группе практически не встречалась, в отличие от контрольной группы.

Второй параметр – *«Представление о будущем муже»*. Результаты представлены в таблице 2. Количественно выраженное представление о будущем муже в контрольной и экспериментальной группе достоверно отличалось.

В контрольной группе преобладали ответы, описывающие мужа как любимого и любящего, умного, доброго, ответственного и мужественного. В экспериментальной группе большинство ответов были «не пьет», «не курит», «не смотрит футбол», «придурок», «урод». Только в экспериментальной группе встречались ответы «Не могу представить», «Не хочу», «Не будет», которые были отнесены к негативно окрашенным.

Таблица 2.
Представления о будущей муже

	Положительно окрашенные ответы	Нейтральные ответы	Негативно окрашенные ответы	Ключевые слова
Эксперимент	33%	17%	50%	Не пьет, Не курит, Красивый
Контроль	80%	10%	10%	Любящий, Любимый

Значимость различий	0,0001	0,0071	0,0001	
---------------------	--------	--------	--------	--

Следует заметить, что девушки с КЭО не ассоциировали мужа как отца будущего ребенка. Девушки из контрольной группы связывали с этой ролью примерно четверть ассоциаций («Хороший отец», «Отец моих будущих детей»).

Следующий параметр **«Представление о собственной роли в будущей семье»**. Результаты представлены в таблице 3.

Образ себя в будущей семье был представлен ролью жены и ролью матери. У девушек из контрольной группы преобладали ответы, относящиеся к роли матери (любить, заботиться, баловать, проводить много времени с детьми). В экспериментальной группе таких ответов было значительно меньше и высказывания, касающиеся детей, звучали следующим образом: буду хорошо воспитывать, ухаживать за своим ребенком. В контрольной группе девушки подчеркивали, что детей будет несколько, в экспериментальной группе употребляли в основном слово «ребенок».

Таблица 3.
Представления о собственной роли в будущей семье

	Положительно окрашенные ответы	Нейтральные ответы	Негативно окрашенные ответы	Ключевые слова
Эксперимент	75%	1%	24%	Доброта, Воспитание, Ребенок
Контроль	77%	20%	3%	Любовь, Забота, Дети
Значимость различий	0,3980	0,0001	0,0001	

Девушки из контрольной группы роль жены описывали как «любящая», «заботящаяся». В экспериментальной группе преобладали такие ответы, как «добрая», «хозяйственная», достаточно часто встречались высказывания «жить своей жизнью», «пить кофе по утрам», «ругаться», «делать замечания». Только в контрольной группе встречались ответы «буду как мама». Девушки из экспериментальной группы себя с матерью не идентифицировали.

Следующий параметр, рассмотренный нами, - **«Представление о будущем ребенке»**. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4.
Представления о будущем ребенке

	Положительно окрашенные ответы	Нейтральные ответы	Негативно окрашенные ответы	Ключевые слова
Эксперимент	73%	2%	25%	Послушный Здоровый

Контроль	75%	10%	15%	Любимый Центр семьи
Значимость различий	0,0611	0,0001	0,00071	

В большинстве ответов девушек из обеих групп, ребенок воспринимался как счастье, радость, важный член семьи. В контрольной группе преобладали эмоциональные характеристики ребенка: «цветочек», «любимый», «центр внимания», «связующее звено», «чудо». В экспериментальной группе преобладали рациональные ответы «послушный», «умный», «здоровый». Среди негативно окрашенных ответов встречались: «орущий», «все ломает», «везде лезет».

Подводя итог анализу вербализованных представлений девушек – подростков с КЭО о будущей семье и семейных ролях, можно отметить низкую эмоциональную окрашенность образов - представлений, нежелание принимать чувства партнера и проявлять свои, большое количество негативно окрашенных ассоциаций, особенно связанных с образом будущего мужа.

В комментариях к ответам девушки с КЭО объясняли свою позицию неуверенностью в том, что они смогут найти сексуального партнера («Кто же меня такую полюбит?») и создать семью («Кто же со мной будет жить?»). Психологическая защита проявлялась в отрицании возможности создания семьи и обесценивании будущего мужа.

Наряду с опросниками нами использовался цветоассоциативный тест. Предполагалось, что в силу проективности стимульного материала получаемая система конструкторов будет детерминирована более глубокими слоями опыта.

Испытуемым предлагалось выбрать цвета для образа Матери, Отца, Ребенка, Женщины и Мужчины.

Анализ результатов проходил по следующей схеме:

1. Количественный анализ цветовых выборов;
2. Качественный анализ цветоассоциаций.

Результаты количественного анализа цветоассоциаций представлены в таблице 5.

Таблица 5.
Выбор цветоассоциаций девушками с КЭО (в % от общего количества)

Цвета	Мама	Папа	Ребенок	Женщина	Мужчина
Синий	17	42↑	0	4	42
Зеленый	29	13	0↓	13↑	25↑
Красный	17↓	0↓	8	38	0↓
Желтый	8↓	4↓	79↑	0↓	0↓
Фиолетовый	13	4	13↑	29↓	4
Коричневый	17↑	17	0↓	4	13↑
Черный	0	4↓	0	0	8↓
Серый	0	17↑	0	13↑	8

↑ - достоверное отличие от контрольной группы в сторону увеличения количества выборов; ↓ - достоверное отличие от контрольной группы в сторону уменьшения количества выборов.

Анализ цветовых выборов показывает, что **образ Матери** у девушек с КЭО воспринимается менее эмоционально, чем в контрольной группе. Сокращается количество выборов энергетически насыщенных красного и желтого цветов, увеличивается количество выборов коричневого цвета, который символизирует физиологическую усталость и истощенность.

Цветоассоциации с **образом Отца** отличаются от выборов девушек из контрольной группы существенным увеличением выборов синего цвета, символизирующего уравновешенность, отсутствие напряжения, спокойствие.

Увеличение количества выборов серого цвета указывает на нейтральную позицию, нежелание проявлять и принимать эмоции, невовлеченность в окружающую действительность.

Образ Ребенка характеризуется гомогенным выбором, где доминирует желтый цвет – символ жизнерадостности, экспансивности, расслабленности, освобождения от проблем и ограничений.

Образ Женщины, как и образ Матери, значимо реже ассоциируется девушками экспериментальной группы с эмоционально насыщенными желтым и фиолетовым цветами. В выборах чаще появляются зеленый (упорство, настойчивость, твердость, самоуважение) и серый цвет (нейтральность, безэмоциональность, отстраненность).

Образ Мужчины у девушек с КЭО практически полностью лишен энергетики ярких цветов (красный, желтый). Они гораздо чаще, чем девушки из контрольной группы, выбирали для мужчины зеленый цвет, который соотносится с адекватными мужскими качествами (твердость, самоуважение). Но одновременно увеличилось количество выборов коричневого цвета (физиологический дискомфорт, потребность в отдыхе).

Интересная закономерность проявилась при выборе черного цвета: для образа Мамы, Женщины и Ребенка он не использовался вообще, а для образа Отца и Мужчины выбирался значимо реже, чем в контрольной группе. Психологическая характеристика черного цвета указывает на негативизм, отрицание, жесткость на грани жестокости.

Анализ цветовых выборов подтвердил данные, полученные при помощи опросников. Девушки с КЭО на осознаваемом и неосознаваемом уровне создают малоэмоциональный образ Женщины и Матери. Для них характерны черты сдержанности, физиологической усталости, отстраненности.

Созданный девушками с КЭО образ Женщины мало «пригоден» для создания семьи. Они создают будущий образ социально-значимой личности, лишая его сексуальной привлекательности и позитивной активности. Такое восприятие женского образа приводит и к уплощению образа Матери, сводя ее роль к функциям воспитания, контроля, поддержания порядка.

Образ Мужчины и Мужа, созданные девушками с КЭО, не подразумевают чувственных отношений: надежный друг, партнер – вот характеристика потенциального супруга.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Содержательные характеристики образа будущей семьи девушек-подростков с конституционально-экзогенным ожирением достоверно отличаются от представлений сверстниц, имеющих нормативный вес.

2. Образ будущей семьи у девушек с КЭО рационален и амбивалентен: наряду с позитивными представлениями появляется большое количество негативно окрашенных ассоциаций.

3. Образ Женщины – будущей жены чаще, чем в контрольной группе, наделяется чертами твердости, безэмоциональности, отстраненности. В образе женщины – Матери на первое место выходит забота и воспитание ребенка, при этом он описывается как низко энергетичный и истощенный.

4. Образ Мужчины – будущего мужа представляется более негативным по сравнению с выбором контрольной группы. Адекватные мужские качества нейтрализуются нежеланием быть вовлеченным в окружающую действительность. Образ мужчины – Отца видится как заботливый, спокойный, уравновешенный и малоэмоциональный.

5. Образ Ребенка позитивен как в экспериментальной, так и в контрольной группе, но у девушек с КЭО акцент смещен на воспитание, заботу и сохранение здоровья.

6. Выявленная специфика содержательной составляющей образов семьи и семейных ролей позволит наметить пути психокоррекционной работы с девушками, имеющими конституционально-экзогенное ожирение, по созданию позитивного, эмоционально насыщенного образа семьи и семейных подсистем.

Список литературы

1. Алиева Н. А. Особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков с ожирением различного генеза: Дис. ... кандидата медицинских наук: 14.00.01: Волгоград, 2007.- 130 с.: ил.

2. Гинзбург М.М. Ожирение. Дисбаланс энергии или дисбаланс нутриентов / М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица // Пробл. эндокринол. – 1997. – Т. 43, № 5 – С. 47–49.

3. Гинзбург, М.М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, Н.Н. Крюков. – Самара: Парус, 2000. - 159 с.

4. Корреляция психологического и гормонального статуса у больных ожирением / Н.В. Алексеева, А.В. Филичева, Е.А. Новожилов и др. // Пробл. эндокрин. – 1990. – Т. 36, № 6. – С. 34–38.

5. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер, 2003 - 544 с. (Сер. "Мастера психологии").

6. Люшер М. Цветовой тест Люшера. – М.: ЭКСПО-Пресс, 2002. – 192 с. (Серия «Психологический практикум: тесты»).

7. Маценова Е. Б. Представления о семье в разных группах старшеклассников и студентов: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07: Москва, 2001 241 с. РГБ ОД, 61:02-19/24-3.

8. Мкртумян А.М. Ожирение – эпидемия 21 века / А.М. Мкртумян // Матер. научн.-практ. сем. «Ожирение. Современные подходы к терапии». – Новосибирск, 2000. – С. 2–23.

9. Эдкинд А.М. ЦТО и его применение в исследовании больных неврозами. В сб. «Социально-психологические исследования в психоневрологии». Л., 1980.

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ЛИЧНОСТИ В КАТЕГОРИАЛЬНОМ ПОЛЕ МИРОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЫСЛИ *

Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Основания для построения модели жизненного пути личности в первую очередь представлены в работах посвященных проблеме психологического времени.

В зарубежной психологической традиции, развиваемой преимущественно в США и странах Европы, идеи психологического времени и жизненного пути личности наиболее широко получили свое развитие в трудах К.Левина. Автор вводит понятие временной перспективы личности, основанной на теории психологического поля, включающего в себя прошлое, настоящее и будущее личности. В дальнейшем его идеи были продуктивно развиты американским психологом Ф.Зимбардо, который разрабатывая теорию временной перспективы, выделил ряд ее характеристик (негативное прошлое, гедонистическое настоящее, будущее, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее), которые отражают индивидуальные особенности психологического времени и нашли отражение в опроснике временной перспективы «Zimbardo time perspective inventory», адаптированном на российской выборке А. Сырцовой.

Систематизированную концепцию временной перспективы и ее роли в мотивации личности выдвинул Ж.Нюттен. Автор говорит о необходимости различать собственно «временную перспективу», которую рассматривает в категориях глубины, насыщенности, структурированности и реалистичности, «временную установку», как настроенность субъекта по отношению к различным аспектам временной организации (прошлое, настоящее и будущее) и «временную ориентацию» как доминирующую направленность поведения субъекта на прошлое, настоящее или будущее. На основании данного подхода Ж.Нютеном с коллегами разработаны методы исследования временной перспективы, наиболее известными в России стали «Метод мотивационной индукции» и «Шкала временных установок».

В своей работе «Perceiving Time: A Psychological Investigation with Men and Women» Т.Коттл (T.Cottle) рассматривает различные аспекты психологического времени и, обращаясь к проблеме изучения чувства времени, задается вопросом о восприятии пяти основных временных периодов, которые составляют временной горизонт: личное прошлое; настоящее; личное будущее; историческое прошлое; историческое будущее. В указанной работе, к сожалению малоизвестной российскому читателю, описывается целый ряд методических приемов исследования психологического времени.

**** Работа поддержана грантом Президента РФ № МК-4130.2011.6***

Критикуя известный подход Ш.Бюлер, С.Л.Рубинштейн, говорил о необходимости рассмотрения ключевых, поворотных событий жизни на пути становления индивидуальности. Жизненный путь личности рассматривается, с одной стороны, как нечто целое, а с другой - как ряд этапов, каждый из которых может стать поворотным. А.Н.Леонтьев, в свою очередь, подчеркивал, что личность нельзя рассматривать как продукт прошлого опыта, так как опыт становится предметом отношений и меняет свой вклад в личность. Б.Г.Ананьев описывает жизненный путь человека как историю личности и субъекта деятельности, складывающийся на основе событий, которые он сравнил с «обстоятельствами, вызывающими поступки и действия человека, превращающимися в новые обстоятельства».

Развивая идеи классиков мировой психологии, К.А.Абульханова и Т.Н.Березина анализируют проблему личностной организации времени, через личностную активность как способ организации времени жизни, превращения потенциального времени развития личности в реальное время жизни. Оригинальная, но стоящая как бы в стороне причинно-целевая концепция психологического времени личности, разработанная Е.И. Головахой и А.А. Кроником, предполагает анализ субъективной картины жизненного пути через анализ событий в плоскости «прошлое-настоящее-будущее», а события при этом рассматриваются не как объективные единицы жизни, а как значимые для человека субъективные составляющие.

Ряд современных психологов, развивают концепции психологического времени, например А.Аарелайд рассматривает психологическое время в общей структуре временных отношений как сложное системное образование, включающее в качестве высшего уровня концептуальное, личностное время, которое формируется на основе осознанного отражения времени. Д.А.Леонтьев отмечает, что место, роль, значение времени в жизни человека может быть разным и рассматриваться на разных уровнях. Три взаимосвязанных понятия образуют неразрывный узел: время, жизнь и изменение. Человек — единственное живое существо, которое способно рефлексивно отделить себя от мира, от собственной жизни, от времени, заняв по отношению к ним осознанно выбранную позицию.

Таким образом, описанные концепции могут выступать в качестве методологических оснований для построения модели жизненного пути со стороны временных отношений личности.

СЕМЬЯ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ *

Селин А.В., Сотников В.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Современные реалии онкологического заболевания и тот комплекс проблем, с которыми сталкивается человек, страдающий онкопатологией, выводит эту тему из круга сугубо медицинских. Проблема человека находящегося в ситуации онкологического заболевания должна рассматриваться не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая [1,2,3]. В целом «болезнь изменяет отношение к больному со стороны общества» [4]. В ситуации тяжелого, смертельно опасного заболевания это приобретает особую актуальность.

Онкология является тем заболеванием, которое «несёт в себе бремя представления о заразе» [5]. Тяжесть заболевания и «зараза» приводит к тому, что происходит разрушение привычной деятельности, установок и отношений личности. Такое значительное изменение жизнедеятельности больного заставляет человека по-новому взглянуть на свою жизнь, её смысл. Человек сталкивается с серьезной проблемой – осложнения в реализации собственного жизненного плана. Перед ним встает вопрос об адекватном отражении собственной личности, окружающего мира и своего места и роли в нем. Перед личностью в ситуации заболевания встает задача определения своей жизненной позиции, идентичности своего «Я». Для сохранения своей целостности личность должна заново решать задачу самоидентификации, отвечая на вопросы: «Кто я?», «Что я сегодня могу сделать?», «Чего я хочу?».

Как правило, в ситуации заболевания представление о целостности и «неизменности» своей личности у человека рушится, рождая опасения и страх, часто даже не осознаваемые. Главным является накопление противоречий в уже сложившейся социальной ситуации развития (между внешними обстоятельствами – болезнью – и внутренними условиями развития). И как итог всех этих процессов – новообразования в социальной ситуации развития, являющиеся индикатором кризиса идентичности.

Кризис идентичности - это испытание для личности, из которого человек должен выйти, доказав свою самотождественность. Кризис идентичности в ситуации онкологического заболевания возникает по схеме взаимонарушенной обратной связи, когда внутри устойчивого временного и смыслового поля рождается хаос, сомнения, разочарования, а за ними и разотождествлённость, нарушение целостности личности.

Кафедрой общей и клинической психологии реализуется многолетнее исследование, ставящее своей целью изучение психологических особенностей лиц, оказавшихся в социальной ситуации онкологического заболевания.

** Работа поддержана грантом Президента РФ № МК-4130.2011.6*

Получен обширный эмпирический материал, касающийся трансформации таких структур личности как смысловая сфера личности, временная перспектива, личностная и социальная идентичность. Обобщая полученные данные, мы можем выделить магистральные изменения в личности, проявляющиеся в следующих блоках. Структура социальной ситуации онкологического заболевания характеризуется негативной оценкой настоящего момента, резким сужением социальных контактов и пассивным уровнем социального взаимодействия. Трансформация общего содержания идентичности личности проявляется в центрации онкологических больных на настоящем моменте и желании компенсировать его негативную окраску, посредством обращения к ресурсным составляющим жизненного опыта. Меняется позиция в межличностном взаимодействии и снижается роль личностных качеств, направленных на взаимодействие с другими людьми. Изменение смысловых элементов идентичности проявляется в нарушении механизма целеполагания, снижении возможности построения событийной перспективы, переосмыслении роли и значения материальных ценностей, внешних проявлений привлекательности и личностного развития. Происходит нарушение временной протяжённости и преемственности событий собственной жизни, деформируется жизненно-смысловая перспектива: сужается перспектива будущего, закрепляется позитивная установка на прошлое и фаталистическая на настоящее.

Наряду с данными результатами, мы обращаем внимание на более тонкие изменения в смысловых структурах, которые можно зафиксировать в ходе выполнения методики «Линия жизни». Её суть заключается в том, что испытуемым предлагается изобразить «линию своей жизни», отмечая на ней события прошлого, настоящего и будущего и оценивая их согласно предложенной шкале от +5 до – 5; данный приём позволяет запустить и усилить процессы смысловой динамики. Выполняя данную методику, испытуемые уделяют большое внимание своим семейным взаимоотношениям. Отмечается важная роль той поддержки, которую оказывают близкие родственники. Рассказывая о своих планах на будущее, больные связывают их с семьёй, воспитанием внуков, женитьбой детей. Смысл дальнейшего существования связывается с очень узкой категорией людей – семьёй.

В начале нашей работы мы отмечали взаимосвязь онкологического заболевания и личностного кризиса. Обращаясь к практике помощи кризисным клиентам, первым и ключевым моментом начальных стадий психологической помощи данной группе выступает кризисная поддержка (согласно модели Э.Линдемана), основанная на мобилизации психологических ресурсов личности. Основываясь на приведённой выше роли семьи, мы можем предположить, что конструктивные взаимоотношения с родственниками, семейная поддержка выступает как мощный психологический ресурс, способный выступить как надёжная платформа для построения работы по психологической поддержке онкологических больных.

Литература:

1. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Издательство «Речь», 2002. — 162 стр
2. Ранна М. Любовь и смерть. Путь к разлуке. СПб: Издательство «Речь», 2006 – 80 стр.
3. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. – 287 с.
4. Там же, с.144
5. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Издательство «Речь», 2002. — с. 48

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СИСТЕМЫ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Силаков А.С.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Специфика детско-родительских отношений во многом определяет процесс формирования личности ребенка. Меняя свою значимость для него на протяжении детства и отрочества, семья все же остается одним из важнейших институтов социализации. И специфика этого процесса часто определяется тем уникальным стилем общения, которого придерживаются в конкретной семье.

Проблема выделения различных стилей детско-родительских отношений как важнейшей детерминанты психического развития давно интересует психологов и педагогов. В трудах В. Н. Дружинина, О.А. Карабановой, Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса, А.С. Спиваковской, А.Я. Варги, М.И. Лисиной и ряда других авторов подробно рассматриваются различные подходы к их выделению и факторы, определяющие специфику каждого стиля.

Здесь важно учитывать существующие мотивы воспитания и родительства, степень вовлеченности родителя и ребенка в детско-родительские отношения, забота и внимание родителей к ребенку, стиль общения и взаимодействия с ребенком, особенности проявления родительского лидерства, доминирующие способы разрешения конфликтных ситуаций, поддержка автономии ребенка, специфика социального контроля, требования и запреты, их содержание и количество, поощрения и наказания, степень устойчивости и последовательности семейного воспитания и т.д. (О.А. Карабанова, 2004).

В зависимости от того, насколько устойчивым является стиль родительского отношения, он может оставаться неизменным на протяжении всего процесса взросления ребенка, а может и достаточно гибко подстраиваться под объективно возникающие изменения в его психике. В своем исследовании мы решили сравнить степень представленности различных стилей на разных возрастных этапах развития ребенка – в дошкольном и подростковом.

В качестве основной гипотезы выступило предположение о том, что по мере взросления будет происходить увеличение представленности сотрудничающих стилей относительно стилей доминирующих.

Выборку исследования составили 88 супружеских пар, из них 42 – родители детей младших школьников (возраст 7-8 лет) и 46 – родители подростков (возраст – 13-14 лет).

Для достижения цели эмпирического исследования нами была использована методика «Тест-опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин, 2001).

Он представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление специфики родительского отношения к детям.

Опросник состоит из 5 шкал:

1. "Принятие-отвержение". Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится

ребенок таким, какой он есть; на другом полюсе родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым;

2. "Кооперация" - социально желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему, испытывает чувство гордости за него, доверяет;

3. "Симбиоз" - шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком, то есть ощущает себя с ребенком единым целым;

4. «Авторитарная гиперсоциализация» - отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале в родительском отношении данного родителя отчетливо просматривается авторитаризм;

5. "Маленький неудачник" - отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении имеются стремления заметно инфантилизировать своего ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность, взять на себя ответственность за решение его собственных проблем.

После обработки полученных ответов в соответствии с ключом мы выявили уровень родительских отношений в обследованных семьях.

Сразу отметим, что в обоих выборках по всем шкалам представлены достаточно широкие диапазоны значений, причем нулевые результаты, как и максимально возможные, не наблюдаются.

Сопоставив полученные данные, наиболее оптимальным был признан такой уровень родительских отношений, как кооперация при наличии низких значений по шкале «отвержения» - это социально желаемый образ родительского поведения. Родитель высоко оценивает способности своего ребёнка, испытывает чувство гордости за него, поощряет инициативу и самостоятельность, старается быть с ним на равных. В этом случае достаточно гармонично сочетается удовлетворение потребностей ребенка в безопасности, заботе и любви, с одной стороны, и в самостоятельности – с другой.

К нейтральному уровню мы отнесли преобладание отношений по типу «симбиоз» и «маленький неудачник» при невысоких значениях по шкале отвержения. Родитель видит своего ребёнка младше по сравнению с реальным возрастом, стремится удовлетворить его потребности, оградить от трудностей и неприятностей жизни, но за счет этого не предоставляет ему самостоятельности.

К отрицательному уровню родительских отношений был отнесен такой тип родительских отношений, как «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация». Родитель воспринимает своего ребёнка плохим, неприспособленным. Требуется от него безоговорочного послушания и дисциплины. По большей части испытывает к ребёнку злость, раздражение, досаду.

Исходя из этих предположений, мы проанализировали в первую очередь ответы родителей младших школьников и получили следующую картину родительского отношения к детям.

Оптимальные родительские отношения к ребёнку наблюдаются в 20 % семей. К нейтральному уровню можно отнести 40% семей. Родительские отношения, которые по сочетанию показателей можно признать имеющими негативный характер, проявляются в 28% семьях. Оставшиеся 12% результатов являются смешанными и не позволяют четко отнести их к одному из трех уровней оценки.

В целом приходится признать, что полученные данные говорят о том, что в большинстве семей (80%) используют далеко не самые неэффективные стили взаимодействия с ребёнком.

В ходе исследования ответов родителей учащихся-подростков оказалось, что оптимальный стиль, «кооперация», используют при воспитании детей 29% родителей из опрошенных, нейтральный - «симбиоз» и «маленький неудачник» при невысоком уровне отвержения - 25%, а негативный - «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация» - лишь 14%. При этом 32% опрошенных нами родителей придерживаются смешанного стиля воспитания, без явного преобладания какой-либо из изучаемых шкал.

Сравнивая результаты родителей детей из разных возрастных групп, мы, прежде всего, можем отметить тот факт, что в младшем школьном возрасте негативные стили родительского отношения наблюдаются вдвое чаще, чем в подростковом – 28% и 14% соответственно. Заметно уменьшается частота проявления относительно нейтральных стилей – 40% и 25% соответственно. Оптимальный стиль, напротив, встречается чаще – 20% семей с детьми в младшем и 29% в среднем школьном возрасте.

Однако наиболее заметно к отрочеству вырос удельный вес тех семей, в которых наблюдается смешанный тип родительских отношений – с 12% до 32%. То есть, вместо достаточно четко дифференцированной системы отношений к ребенку в младшем школьном возрасте начинает возникать набор разнонаправленных тенденций во взаимодействии. Скорее всего, это можно объяснить спецификой подросткового периода. У детей появляется чувство взрослости, они требуют пересмотра ранее устраивавшей всех системы отношений, но большинство родителей к этому еще не готовы, хотя и пытаются адаптироваться к новой социальной ситуации. Эта попытка найти общий язык с подросшим ребенком, переоценить сложившиеся стереотипы не всегда удается, что ведет к возрастанию противоречивости в требованиях старших.

Итак, в заключение можно сделать вывод о том, что по мере взросления детей родительское отношение к ним обнаруживает тенденцию к оптимизации, что выражается в увеличении доли кооперирующих и уменьшении доли авторитарных стилей общения, при заметном возрастании количества эклектичных по своему характеру систем детско-родительских отношений. Следовательно, очень значимой в данный период будет роль просветительской работы с родителями, облегчающей понимание сути процессов, происходящих

с подростков и помогающей построить на базе этого более качественное взаимодействие с детьми.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ. СЛУЧАЙ САШИ

Симоненко И.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В настоящей статье будет представлено описание начала психотерапевтической работы нарушения привязанности у девочки четырех лет. С нашей точки зрения психотерапия привязанности должна идти в нескольких направлениях. Это психотерапия мамы адресованная её внутренним дефицитам и конфликтам препятствующим развитию надежной привязанности с ребенком, это работа по развитию контакта мамы и ребенка, и психотерапия целью которой является интрапсихическое пространство самого ребёнка и усиление его чувства безопасности в мире, что и дает надежная привязанность. Опишем часть работы по последнему из указанных направлений.

Ко мне на консультацию пришла Марина, еще молодая женщина 35 лет, которая выглядела несколько неопрятно с потухшим взглядом и согнутой спиной. Она стала рассказывать о том, что основная причина, которая привела ее сюда, связана с младшей дочерью Сашей, четырех с половиной лет. Девочка все время закатывает истерики в связи с ее уходом или отсутствием. Она вынуждена подыскивать работу близко возле дома или такую, которая позволяла бы брать Сашу с собой. Еще Марина рассказала, что ее настораживают постоянные страхи Саши, связанные с невидимой совой, которая все время живет у них дома и пугает её. У Марины есть еще сын Ваня, на 11 месяцев старше дочери, однако никаких особых сложностей с ним Марина не испытывает. В семье живет бабушка – Галина Ивановна 67 лет, которая помогает Марине в воспитании детей. Но именно с Сашей у Марины наиболее близкие отношения. Марина говорит, что больше всех ее любит, боится и волнуется за нее. А также испытывает чувство вины за то, что не смогла в первые годы жизни быть любящей матерью. Практически сразу после рождения Саши из семьи ушел отец, который не появляется в семье до сих пор и связь с ним потеряна. Марина очень болезненно переживала уход мужа, свое одиночество, была замкнутой, обиженной и раздражительной. Помочь выйти из этого состояния ей также помогла Саша, которая очень нуждалась в ней.

Марина сказала, что для нее жизнь делится на 2 периода – когда она была веселой, уверенной и оптимистичной, и этот период относится к ее самостоятельной жизни и первым месяцам замужества, и когда все сломалось. Со слов Марины, она уже ничего не ждет и ни на что не надеется. Мир воспринимается жестоким и несправедливым. И одна надежда у Марины связана с будущим своих детей.

Уже первая встреча с Мариной дает возможность говорить о том, что существует нарушение привязанности в диаде мать-ребенок, травмированный внутренний мир матери, страх и недоверие перед реальностью, которая транслируется Саше, через тесную и одновременно ненадежную связь.

Первая встреча с Сашей состоялась буквально через несколько дней.

Написала « через несколько дней», и вспомнила, что ожидая встречу с Сашей, у меня возник интерес к этой маленькой но, в моем представлении, такой сильной девочке, позволяющей маме справляться со всей той тяжестью чувств (я это очень хорошо почувствовала при встрече с Мариной), которые наполняют ее душу.

Саша зашла в кабинет вместе с мамой, немного прячась за ее спину. Все время держала маму за руку или одежду, села рядом со мной, на колени мамы. Живой взгляд забегал по игрушкам и остановился на драконе. Я предложила ей взять его, но она снова стала «прыгать» взглядом по всему, что было в детской комнате. Сквозь большое напряжение и тревогу чувствовался живой интерес ко всему, что здесь есть. Оказалось, что Саша очень любит рисовать и сочинять сказки. Это стало хорошим ключом к контакту. Я предложила порисовать, и она стала тянуться к бумаге и карандашам на столе. Движения резкие и несколько хаотичные. Она сразу стала рисовать девочку, которая «вообще-то плохая» и с ней приключаются разные плохие истории. Все вокруг этой девочки знают, какая она плохая. И поэтому «Ее нужно убить», – говорила Саша. Все мои вопросы по поводу того, что можно сделать по-другому с этой девочкой: подружиться или найти ей помощника, не очень-то воспринимались Сашей. Вывод был один – она должна быть убита, она плохая. Саша очень увлеклась рисованием и все больше приближалась ко мне и становилась оживленно-возбужденной с явным стремлением диктовать ход встречи. В это время в двери кабинета показалась бабушка (как я поняла позже это еще одна важная тема в этой семье – тема границ) и позвала Марину к себе по каким-то вопросам. Бабушка пришла с Ваней к кабинету самостоятельно. Мама вышла, и мы остались вдвоем. Тема сочиняемых историй начала меняться. Саша вдруг начала говорить менее связно, хаотично. В рассказе стали все время фигурировать гениталии и анус. Маша говорила приблизительно следующее: - «Эта девочка п.... И это тоже п...» - и игриво смотрела на меня. Затем появились какашки, которые все поедали. Рассказ превратился в очень хаотичный, сексуальный и агрессивный, при этом она улыбалась и все время посматривала на мою реакцию. Я чувствовала себя немного растерянно, но мой интерес к такому быстрому и провоцирующему контакту все больше рос.

Встреча подошла к концу. Вернулась Марина. Саша выглядела оживленной и посматривала на меня все более пристально. (Думаю, это была одна из многих ее проверок на мою способность к приятию ее).

Уходя, Маша посмотрела на меня в пол-оборота и улыбнулась.

Основные темы психотерапии после первых 2 встреч мною были сформулированы следующим образом:

- *потребность в защите;*
- *дефицит принятия;*
- *коррекция нарушенной привязанности.*

Терапию необходимо строить на основании создания четких границ, стабильных отношений и чувства безопасности. Моя задача состояла в том, чтобы создать игровое пространство, в котором Саша, и те герои с которыми она идентифицируется, могли бы ощутить себя в хорошем

защищенном месте. Принимая и поддерживая незащищенных героев, давая модели прямо в игре их защиты, создается почва для эмоционального обучения, в котором накапливается и растет чувство безопасности.

Вместе с мамой мы договорились о том, что 1 раз в неделю я встречаюсь с Машей и 1 раз в 2 недели с мамой (чаще мама не могла посещать, в связи с загруженностью и материальными трудностями в семье).

ВТОРАЯ ВСТРЕЧА С САШЕЙ.

Саша сразу же согласилась остаться одна в игровой комнате. Но в первое время немного настороженно посматривала на меня. Я села на пол и сказала ей, что у нас есть 1 час, и мы можем поиграть в этой комнате. Саша спросила: «А где будет мама?». Я ответила: «Все время в соседней комнате». Она выбежала и посмотрела за дверь, где действительно сидела мама. После этого она молча стала рассматривать все, что есть в игровой комнате и подошла к большому ватману бумаги. Я спросила: «Хочешь порисовать?» С. – «Да». Я - «На этом большом листе?». Саша молча кивает. Я помогаю устроиться на ковре с большим листом, карандашами, фломастерами и мелками. Саша, молча и очень увлеченно начинает рисовать. Я также соблюдала тишину. (Сожалею, что в связи со сменой помещения почти все рисунки были утеряны). Рисунок состоит из огромного количества углов, зубастых стульев, зубастых лампочек и столов, и занимает большую часть листа. После достаточно продолжительного и молчаливого рисования Саша останавливается. Я спрашиваю: «Что это?» С. - «Не знаю». Я – «А как бы ты назвала этот рисунок?» С. – «Зубы. Тут все друг друга едят. Кошку съедает стул, стол кусает табуретку, и все вокруг кусаются.» Я – «Все злятся?» С. – «Нет, просто кусают и едят.»

(Существует запрет на чувство злости, ее можно выражать лишь косвенно).

Затем Саша резко встала и пошла по комнате, как будто совершенно потеряв интерес к рисунку, который так долго рисовала. Выбежала за дверь, посмотрела на маму. Вернулась. Я – «У нас с тобой есть еще немного времени, хочешь во что-нибудь поиграть?» Саша берет в руки мяч и говорит: «Да, в съедобное и несъедобное». *Первая попытка ограничить то, что нельзя съесть, кусать. Тема защиты, которая долго будет вставать на последующих консультациях.* Я – «А как в нее играть, покажи?». Саша – «Ты что, не знаешь? Нужно бросать мяч и говорить слово. Если это съедобное, то ты ловишь, если нет, то не должна ловить. А если поймал, то ты это съел». Я – «Понятно, давай». Мы начинаем играть. Иногда я ловлю мяч в ненужное время и тогда Маша начинает смеяться. Вообще вся игра вызывала много смеха. Саша оживилась. Так прошел остаток встречи.

Это была игра, которая затем стала для нас ритуалом прощания. В конце почти каждой встречи мы 5-10 минут играли в «съедобное - несъедобное». И почти всегда эта игра вызывала много радости. Особенно когда Саша предложила, т.е. начала называть всех чудовищ которые появлялись в наших играх шоколадными, сахарными, печеньиными, т.е. их можно было съесть. Для детей, с ненадежной привязанностью особенно важно создание надежности и предсказуемости во встречах. Все что

помогает из контакта вырасти отношениям. Всевозможные ритуалы традиции, определенный ритм во встречах, способствует решению этой задачи.

Я – «Все время закончилось». Саша ничего не говорит, резко встает, вздыхает. Я – «Мы с тобой встретимся через неделю (называю время встречи). Хорошо?» Саша кивает головой и уходит к маме.

ВЫСТРАИВАНИЕ ЗАЩИТЫ.

Саша уже довольно смело и оживленно зашла в комнату. Еще раз заглянув к маме в соседнем помещении.

Я – «Здравствуй Саша, рада тебя видеть». Сажусь на пол. Саша молчит, после слов «рада тебя видеть» громко вздыхает. Начинает ходить по комнате, останавливается возле коробки с игрушками и начинает их рассматривать и выкладывать на пол. Сразу выставляет всех драконов, гнома, бабу Ягу, и разных зверей. Я беру игрушку - дракона, который улыбается. Я – «Привет. Я дракоша. У меня сильные лапы и я люблю улыбаться. А ты кто?» Саша – «Я дракон. Я всех кусаю. У меня есть злая Гингема она всех колдует.»

Я – «У... какая ты? А как ты умеешь кусать?» Саша – «Ну вот - показывает как он кусает. А Гингема колдует. Она невидимая, всех превращает и забирает»

Прямое выражение агрессии и посредством хитрости и изворотливости. Саша проявляет 2 свои части, которые по-видимому, блокируются матерью при попытке их выражения .

Маша перебирает другие игрушки и находит зайца. Начинает его крутить в руках. Я обращаюсь к зайцу. Я - «Привет, ты кто?» Саша – «Зайчик» и ставит его в сторону. Я – «Зайчик боится дракона и Гингему?» Саша – «Да! Они его сейчас съедят». Дракон начинает двигаться в сторону зайца.

Разыгрывается интериоризированная сцена агрессии на слабую и тревожную часть, нуждающуюся в защите. При этом подавленная слабая часть нуждается в выражении и поддержке, что и происходит в дальнейшей игре.

Всю встречу идет очень активная и изобретательная игра вокруг маленького зайчика, которого нужно защищать. Саша все время по-новому придумывает напасти, я все по-новому пытаюсь изобрести способы защиты, иногда в этом (в критических ситуациях) мне содействует Саша. В конце Саша помогает мне выстроить дом для зайца, в котором есть много охраны.

В игре оживают интрапсихические сцены аутоагрессии, что подтверждает еще первая история о плохой девочке, которая должна умереть.

Эти игры стали основой на достаточно продолжительное время. Некоторые сцены проигрывались точь-в-точь. Иногда Гингема и дракон становились более изобретательными и злыми. Иногда Саша в большей степени становилась на сторону защиты и подсказывала мне как лучше защитить зайчика. Иногда появлялась зайчиха (большая игрушка заяц) и тогда и ее нужно было защищать, потому что с ней тоже случались всякие беды. Дальше Саша стала вообще вести всю игру, сообщая мне что стоит говорить от

тех или иных действующих лиц. Однажды после нескольких таких игр Саша сказала зайцу: «Не бойся, сиди здесь (в выстроенном домике) я еще приду».

Все встречи заканчивались игрой в мяч «съедобное – несъедобное». И даже тогда, когда время игры немного затягивалось из-за особой злости Гингеми и дракона, Саша говорила: «Мы еще в мяч не играли». Необходимо было хотя бы 3 минуты поиграть в завершающую игру, и тогда она уходила спокойно и легко.

Наши встречи, разыгрывающиеся приблизительно по такому же сценарию длились около 2-х месяцев, и лишь однажды ход игры несколько изменился.

В этом описании отчетливо заметно, что для эмоционального обучения ребенка, для того чтобы изменился его базовый эмоциональный настрой, необходимо время и повторение новых исцеляющих сцен, которые в процессе развития терапевтических отношений могут интериоризироваться.

НАДЕЖНОЕ МЕСТО.

Саша смело заходит в игровую. Причем заметно, что ее поведение явно отличается вне игровой и внутри этой комнаты. При встрече в соседней комнате Саша все также немногословна и немного прячется за маму. Но после того как она входит в игровую ее движения становятся смелыми, активными, как будто она точно знает что сейчас нужно делать. К этому времени мама уже часто уходила в магазин в период наших консультаций и Саша отпускала ее.

Саша берет зайца, протягивает мне и говорит: «Играй». Сама берет дракона и Гингеми и начинает строить коварные планы по поводу зайца. Все идет по привычному сценарию. Саша иногда помогает мне озвучивать медведя, который то открыто противостоит Гингеме и дракону, то прячет зайчика и строит ему дом, который снова и снова то обманом то натиском пробивают враги.

Я понимала, что до сих пор не выстроено в этом игрушечном мире то место в котором зайчик чувствовал бы себя действительно недосыгаемым. Я начинала говорить от имени зайца, обращаясь, как бы сама к себе – «Как-то я устал, все время бояться, Мишка так старается и зайчиха и еще гномик и все время что-то происходит? Вот если бы было такое место, в которое никогда, никогда никто злой не мог бы добраться. Вот было бы хорошо. Даже не знаю, кто мог бы мне помочь в этом?» - смотрю на Сашу. Саша начала снова перебирать игрушки и нашла ангелочка. Взяла его и обратилась к зайцу: «Я могу тебе показать такое место. У меня есть крылышки, и я тебя могу туда отвезти».

Я – «А ты кто?» Саша – «Я ангелочек, я умею летать на небеса, и там никто тебя не достанет. Там очень хорошо». Я – «Возьми меня туда с собой». Саша – «Хорошо»

Ангелочек садит зайца на крылышки и летит долго. Затем Саша берет листы бумаги, укладывает их и сверху садится ангелочек с зайцем. Я – «А это что?» Саша – «Это облака».

Я – «Расскажи мне ангелочек, как здесь обычно бывает». Саша – «Ну здесь маленький ветер и белые облака. На них мягко сидеть». Я – «Нарисуй мне это место поподробнее, чтобы я могла его запомнить».

Саша начинает увлеченно рисовать. Мне кажется, это важный момент в консультации. Движения Саши становятся плавными и спокойными, она долго и с интересом рисует, не говоря ни слова. Незаметно ее обычной суетливости и хаотичности в движениях. Я сижу рядом и молчу. Саша нарисовала зайчика лежащим на облаках как в постели и рядом ангелочка.

Я – «Мне очень нравится это место» Саша – «Мне тоже» - вздыхает.

Мы еще немного говорим о рисунке. В этот день не стала играть в съедобное – несъедобное. Я предложила взять ей рисунок домой, но она сказала, что он останется с зайчиком. В этот раз зайчик остался в облаках вместе с ангелочком.

Накопление в игровом пространстве опыта защищенности, чувствительности и принятия беззащитной части в образе маленького зайчика, способствовало рождению во внутреннем мире Саши нового образа защищенного пространства. Так межперсональное взаимодействие рождает интрапсихические ресурсы.

1. Боулби Д. Привязанность. Пер. с англ. Под ред. Г.В. Бурменской. М.: Гардарики, 2003.

2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей/ Пер. с англ. В.В. Старовойтова – 2-е изд. – М.: Академический проект, 2006.

3. Винникот Д. Семья и развитие личности. Мать и дитя. - Екатеринбург: Изд. «ЛИТУР», 2004.

4. Кэхеле Х., Букхайм А., Шмукер Г. Развитие, привязанность и взаимоотношения: новые психоаналитические концепции.// Московский психотерапевтический журнал, 2002. - №3. - С.5-35.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Смирнов Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Традиционно главным институтом социализации является семья. То, что ребенок в детские годы приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Важность семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится в течение значительной части своей жизни, и по длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. В ней закладываются основы личности ребенка, и к поступлению в школу он уже более чем наполовину сформировался как личность.

Семья выступать в качестве основного фактора развития сильного интегрированного «Я» ребенка, которое является одним из условий его психического здоровья и личностного роста, и соответственно формирования индивидуальных особенностей личности, таких как когнитивный стиль, самооценка, уровень тревожности и т.д.[1,2,4,5]. Положительное воздействие на личность ребенка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него в семье людей – матери, отца, бабушки, дедушки, брата, сестры, не относится к ребенку лучше, не любит его так и не заботится столько о нем. И вместе с тем никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья.

Семья – это особого рода коллектив, играющий в воспитании основную, долговременную и важнейшую роль. У тревожных матерей часто вырастают тревожные дети; честлюбивые родители нередко так подавляют своих детей, что это приводит к появлению у них комплекса неполноценности и т.д. Стиль взаимодействия ребенка с родителями является фактором, определяющим его индивидуально-личностные особенности. Несдержанный отец, выходящий из себя по малейшему поводу, нередко, сам того не ведая, формирует подобный же тип поведения у своих детей. Агрессия в семье по отношению к ребенку, либо же возникающая в отношениях между родителями формирует потерны поведения ребенка. Копируя отношения в семье, ребенок переносит их в коллектив сверстников, в котором он находится. Отсюда определяется его положение и место, которое он займет в этом коллективе. Принятие ребенка сверстниками, формирующиеся в этом процессе между ними отношения, сопровождаются общением. Общение в коллективе сверстников опосредовано с одной стороны выполняемой деятельностью, ее целями и структурой, а с другой стороны индивидуально-личностными особенностями ребенка. В ситуации неопределенности, когда деятельность новая, цели ее не достаточно ясны для ребенка, очень высока роль индивидуально-личностных особенностей, которые как мы говорили ранее закладываются и формируются в семье, будут определять, с одной стороны, эффективность выполнения деятельности, а с другой, специфику общения детей. Соотношение

индивидуально-личностных особенностей и ситуации порождают специфику взаимодействия детей в процессе совместной деятельности. Характер ситуации, уровень ее неопределенности может выступать как фактор формирования взаимодействия в группе, которая может носить тот или иной характер, например (может быть конфликтным или кооперированным). Индивидуально-личностные особенности при этом могут способствовать либо непродуктивному взаимодействию, либо продуктивному[8,9,12].

Литература:

1. Варга А.Я. Семейная системная психотерапия. СПб.: 2001.
2. Винникотт. Д.А. Маленькие дети и их матери. М.: 1998.
3. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. СПб.: СОЮЗ, 1997. стр. 63-65.
4. Кляйн М. Зависть и благодарность. СПб.: 1977.
5. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении: Хрестоматия по возрастной психологии./Под ред. Фельдштейна Д.И..- М.: Международная педагогическая академия, 1994. стр. 228-236.
6. Сурьянинова Т.И. Ситуация неопределенности как условие влияния когнитивного стиля личности. Курск: КГМУ, 2005. стр. 185-190.
7. Сурьянинова Т.И. Социально-психологические аспекты совместной деятельности детей дошкольного и младшего школьного возраста: Курск 1990. стр. 29-54.
8. Сурьянинова Т.И. Стратегии поведения детей младшего школьного возраста в ситуации неопределенности. Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества. Ростов-на-Дону. Т. III. стр. 197-198.
9. Сурьянинова Т.И. Фетисова А.С. Исследование стратегий поведения детей младшего школьного возраста в ситуации как способ тестирования личностных компетенций. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции М.: 2010. стр. 169
10. Чернышев А.С. Сурьянинова Т.И. Генезис группового субъекта деятельности. // Психологический журнал. 1990. Т. II. №2. стр 7-15.
11. Эйдемиллер Э.Г. Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи.: СПб. 2000.
12. Якобсон С.Г. О взаимодействии между детьми при выборе ими общей задачи.// Вопросы психологии, 1970.№1. стр. 104-114.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИО-КУЛЬТУРНОЙ СИТУАЦИИ НА ОТНОШЕНИИ РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ-ДОШКОЛЬНИКУ

Смирнова Е.О.

Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва, Россия

В статье представлен сравнительный анализ результатов исследования родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста, полученных в 2000 и 2009 г.г.

Родительское отношение всегда существует в определённом социокультурном контексте, который во многом задаёт ценности и приоритеты воспитания детей. За последние десятилетия в нашей стране произошли существенные изменения экономического и политического характера, так или иначе затрагивающие сферу дошкольного образования. В частности, изменилось отношение государства к дошкольному детству (ликвидация дошкольного управления МО РФ, передача дошкольного воспитания на муниципальный уровень, акцент на раннее развитие и обучение, изменения в сроках начального обучения в школе, введение предшкольной подготовки детей с 5 лет и пр.) Отразились ли данные изменения на отношении родителей к детям дошкольного возраста, и если да, то как именно. Ответу на этот вопрос посвящена данная статья.

В 1999 году было начато исследование, основной задачей которого было изучение динамики родительского отношения в онтогенезе ребенка. В 2009 г. было проведено обследование родителей дошкольников с использованием того же метода. Это дало возможность осуществить сравнительный анализ изменений родительского отношения к детям дошкольного возраста за последнее десятилетие.

Метод исследования

Для изучения родительского отношения (РО) к ребенку в нашей работе использовался подход, согласно которому, отношения между людьми основаны на двух противоположных началах – **личностном** и **нормативном** (безусловном и условном). Эти два полюса присущи любым межличностным отношениям. Своеобразие и внутренняя конфликтность родительского отношения заключается в **максимальной выраженности и напряженности обоих полюсов**. В силу изначального единства, глубинной связи родителя и ребенка, родительская любовь является высшим проявлением целостного, личностного отношения [1]. Она порождает устойчивую и безусловную любовь, повышенную чувствительность к состояниям и переживаниям ребенка, сильную эмоционально-аффективную связь с ним, обостренное сопереживание и сорадование. Этот аспект РО можно выразить следующей фразой: «я люблю тебя такого, какой ты есть».

Однако, по мере взросления ребенка, родители неизбежно сталкиваются с необходимостью развивать в нем определенные качества, принятые и требуемые в данном обществе. Они испытывают тотальное чувство ответственности за ребенка, за его нормальное развитие и его достижения,

чувство долга перед обществом и социальными институтами, с которыми он сталкивается – детский сад, секции, кружки, школа, институт. Все это проявляется в требовательности, направленности в формировании определенных качеств, способностей, их контроле и оценке: «я хочу, чтобы ты стал успешным, сильным, честным, умным и т.д.». Эти два полюса были названы: **нормативное** (в первом варианте предметное) и **личностное начало**. Если первый полюс отражает внешнюю нормативно-оценочную позицию родителя, то второй – внутреннюю общность, которая порождает личную связь родителей и ребенка.

Нормативное (НН) и личностное начало (ЛН) являются необходимыми структурными составляющими родительского отношения (РО). По нашим данным (с 1999 г. обследовано около 1000 родителей), в каждом варианте конкретных РО присутствуют оба начала. Вместе с тем, соотношение данных составляющих является динамичным и подвергается частым и разнообразным влияниям.

Для изучения динамики родительского отношения была разработана анкета, позволяющая выявить степень выраженности и соотношение нормативного и личностного начала (*НЛО*). Методика позволяет также выявить преобладающий стиль родительского воспитания ребенка. Анкета построена по типу проективной методики «незаконченные предложения» [4].

Первый блок вопросов направлен на выяснение выраженности и соотношения личностного и нормативного начал РО, а также на выявление родительских ценностей, т.е. какие именно качества являются ценными и нормативными для родителей. В результате предварительного обследования были выделены следующие ценности современных родителей:

- 1) умственное развитие ребенка (любопытность, общая эрудированность, успешность на занятиях, высокий интеллект, общее развитие)
- 2) морально-нравственные качества, (честность, доброта, отзывчивость, порядочность и пр.)
- 3) общительность (положение в группе сверстников, умение общаться)
- 4) волевые качества личности (целеустремленность, настойчивость, способность ставить цели и добиваться своего)
- 5) произвольность (дисциплинированность, организованность, готовность к послушанию и соблюдению норм)
- 6) здоровье.

Второй блок анкеты составили вопросы, направленные на выявление **стиля воспитания** ребенка. Под стилем мы понимали определенное сочетание вариантов поведения родителя с ребенком. Мы предположили, что наиболее предпочтительный и естественный для родителя вариант поведения ярче всего будет проявляться в острых, конфликтных ситуациях. Мы попытались поместить родителя в знакомую проблемную ситуацию и предложить ему описать вариант выхода из нее (Например, «Что Вы предпримите, если узнаете, что Ваш ребенок взял чужую вещь (игрушку) без спроса?»). Выбор конкретного варианта являлся основанием для отнесения каждого ответа к определенному стилю. (строгому, объяснительному, содействующему и пр.)

Однако, характеризуя стиль воспитания в целом можно говорить лишь об относительной выраженности (т.е. преобладании) того или иного варианта, как у конкретного родителя, так и у группы родителей в целом. Такой подход позволяет построить своеобразный профиль родительского поведения, который отражает наиболее характерный стиль воспитания (в индивидуальном случае или для родителей определенной группы детей).

При ответе на вопросы анкеты родитель осуществляет выбор своей стратегии поведения. Этот выбор на основании контент-анализа соотносится с одним из семи выделенных стилей. Каждый вариант стиля «набирает» определённый процент (где за 100% принимается 12 возможных ответов).

В 2000 г. с помощью данной методики было обследовано 5 групп родителей детей разных возрастов - младенческого, раннего, дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста (2,3). В контексте настоящей статьи наибольший интерес представляет дошкольный возраст. Полученные данные показали, что этом возрасте личностное и нормативное начала имеют тенденцию к сближению, и в этом смысле он является одним из самых гармоничных в родительском отношении. Родители в большей степени ориентированы на свободу самовыражения и творчества ребёнка, поощряют его инициативу и самостоятельность. Об этом свидетельствуют ярко выраженное личностное начало в РО (значительно большее, чем в других возрастах), ориентация на развитие воли ребенка и гибкий, ситуативный стиль взаимодействия с ним. Показательно, что здесь наиболее высокие значения имеет ценность **волевых качеств** ребёнка, а преобладающим является **содействующий стиль воспитания**. Серьёзная перестройка РО происходит в связи с поступлением ребёнка в школу. В группе родителей детей младшего школьного возраста выявлено самое низкое значение личностного и самое высокое значение нормативного начала. Это наиболее проблемный возраст, когда родители видят ребенка «глазами школы». В родительском отношении к ребенку преобладает оценочная позиция с ориентацией на конкретные качества и нормы поведения ребенка, которые они хотели бы видеть. Существенно растет количество требований к ребенку (НН) и пропорционально уменьшается его самооценку (ЛН).

Однако можно полагать, что особенности родительского отношения определяются не только возрастом ребенка, но и социальными установками. Как отмечалось выше, в нашей стране за последние годы произошли изменения, которые очень сильно изменили представления родителей о развитии и воспитании детей. Детский сад теперь рассматривается как подготовительная ступень к обучению в школе. В некоторых садах требуется знание счета и алфавита; а умение считать, читать и писать является практически обязательным к моменту поступления в школу. Современные родители (особенно в столице и крупных городах) проявляют повышенный интерес к проблемам воспитания и развития ребенка, и буквально завалены информационным потоком СМИ о пользе и необходимости раннего и всестороннего развития ребенка. Как всё это отражается на отношении родителей к детям дошкольного возраста?

Результаты сравнительного анализа

Ответ на этот вопрос дают результаты обследования родителей дошкольников, полученные по той же методике в 2009 г. Эти результаты показывают, что у современных родителей зафиксировано значительное **усиление нормативного начала в отношении к ребенку и ослабление личностного**. Сегодня нормативное начало в три раза превышает личностное, тогда как в конце 90-х годы превышало в 2 раза.

По материалам исследования 2000 года родители 5-летних детей в большей степени отдавали предпочтение их интересам и поддержанию инициативности ребенка. Об этом свидетельствуют ярко выраженное личностное начало в РО (значительно большее, чем в других возрастах), ориентация на развитие воли ребенка и гибкий, ситуативный стиль взаимодействия с ним. Показательно, что здесь наиболее высокие значения имеет ценность волевых качеств ребёнка, а преобладающим является содействующий стиль воспитания. На данном этапе родители способствуют проявлению инициативы ребёнка и его самостоятельности. Напомним, что согласно периодизации Д.Б.Эльконина, дошкольный возраст – это период интенсивного личностного развития и формирования мотивационно-потребностной сферы [5]. С этой точки зрения, данные характеристики РО являются вполне адекватными для задач возрастного развития.

В настоящее время на первый план в родительском отношении к дошкольникам выходит соответствие ребёнка общепринятым нормативным ценностям, его состоятельности в учёбе, что воплощается не столько в требовании к интеллектуальным достижениям, сколько в повышенной ценности дисциплинированности и моральных качеств (честность, порядочность). В 2000 г. это качества особенно высоко представлены в группе родителей младших школьников, поскольку именно они отражают нормативную систему требований к «хорошему человеку». У современных родителей зафиксированы именно эти особенности в отношении к пятилетним детям. Соотношение личностного и нормативного начала здесь практически то же, что было выявлено у родителей младших школьников 9 лет назад (1/3).

Особый интерес представляет сравнение родительских **ценностей и ожиданий**, полученных в исследованиях 2000 и 2009 г.г.

Современные родители отдают предпочтение развитию морально – нравственных качеств ребенка (36%). Интересно, что среди этой группы достаточно много формализованных ответов типа «воспитание патриота, гражданина, порядочного человека» и т.п. Достаточно высоким является показатель значимости развития произвольности (30%). Средней выраженностью обладают ценность развития интеллекта (15%) и волевых качеств (12%). Здоровье и общение выражены значительно меньше остальных характеристик (6% и 1%).

Для родителей в 2000 г. основным являлось развитие умственных способностей ребенка (28%), вторыми по значимости были волевые и морально–нравственные качества (23% и 20%). Произвольность и общение имели среднюю выраженность (по 11%). Таким образом, главные изменения в

отношении родителей к детям дошкольного возраста заключаются в повышении значимости моральных качеств и произвольности, и снижении ценности интеллекта и воли ребёнка.

Главным результатом сравнения данных 2000 и 2009 г.г. является своеобразное смещение общей структуры родительских ценностей с дошкольного на младший школьный возраст.

Структура родительских ценностей современных родителей старших дошкольников и родителей младших школьников в 2000 г. практически совпадают. Интересно, что выраженность ценности произвольности (послушания, дисциплинированности) у родителей современных дошкольников значительно выше, чем у родителей младших школьников 2000 г., а ценность развития общения, столь необходимая в дошкольном возрасте для развития личности и формирования морально-этических качеств, стремится к нулю.

Безусловный интерес представляет характеристика **стилей родительского поведения**, т.е. как именно родители достигают поставленных задач и ценностей воспитания. На основании проведенного анализа выяснилось, что особенности родительского поведения с детьми также изменились. Положительной тенденцией выглядит увеличение содействующего стиля воспитания. В то же время значительное (более чем в 2 раза) возрастание частоты использования строгого стиля (с 12 до 27%). По своей выраженности этот стиль превышает значения объяснительного и содействующего стилей у родителей в 2000 г. Практически исчезает автономный и ситуативный стили воспитания, которые отражают гибкость родительского поведения и предоставление ребёнку самостоятельности. Девять лет назад родители прибегали к ситуативному стилю воспитания дошкольника достаточно часто (17%), в настоящее время он практически отсутствует.

Заключение

Результаты проведённого сравнительного анализа показали, что в настоящее время отношение родителей к детям дошкольного возраста значительно изменилось. Главная тенденция этих изменений заключается в том, что **старший дошкольник** по существу воспринимается близкими взрослыми **как младший школьник**.

Родители прежде всего ориентированы на какие-либо конкретные достижения детей, которые они хотят видеть в них. Матери все чаще видят в ребёнке предмет обучения и воспитания. Они фокусируют внимание ребёнка на его успехах и неудачах, постоянно оценивают результаты его деятельности, сравнивают его с другими, стремятся подчеркнуть его достоинства или недостатки. Мать имеет чёткий конкретный образ идеального ребёнка, который становится критерием оценки реального сына или дочери. Этот образ непременно включает с одной стороны положительные моральные характеристики (справедливый, порядочный, добрый), а с другой – подчинение нормам и правилам (послушание, уважение к старшим). У большинства родителей на первом месте стоит послушание, как главное желательное качество ребёнка. Характерно, что одним из ведущих стилей воспитания данных качеств является строгий (наказания, запреты, принуждения).

При такой родительской позиции дошкольник начинает переживать себя как предмет воспитания, которого в любой момент могут наказать или поощрить. Стремясь быть послушным и хорошим, он ориентируется главным образом на социальную норму, которую присваивает через оценку матери.

Таким образом, на протяжении большого периода детства современные родители относятся к ребенку как к ученику, которому нужно передать огромный багаж знаний, умений, навыков. Это позволяет высказать гипотезу *о смещении возрастных норм* развития ребенка в родительском сознании. Система родительских требований к ребенку, адресованная раньше младшему школьнику, предъявляется сегодня к ребенку дошкольного возраста. Таким образом, в динамике отношения родителя к взрослому ребёнку «выпадает» дошкольный возраст – период интенсивного освоения мотивов, смыслов и задач человеческой деятельности (Д. Б.Эльконин (5), становления личностных механизмов поведения (А.Н.Леонтьев), развития инициативности (Э.Эриксон) и творческих способностей. Из раннего возраста (периода освоения бытовых навыков и способов действия с предметами) ребёнок переходит в младший школьный (возраст освоения знаковых систем и учебных действий). Здесь налицо смыкание двух «предметных», нормативных возрастов (раннего и младшего школьного), иными словами ребенок переходит из одной «учебы» в другую. Период дошкольного детства, который согласно исследованиям психологов, является решающим этапом формирования личности, зарождения этических инстанций, общения со сверстниками - в родительском сознании редуцируется и вытесняется требованиями подготовки к школе.

Подобные социальные «вторжения» в жизнь семьи смещают приоритеты родителей: от нужд ребенка - к соответствию новым и новым требованиям общества. Есть и другой аспект этой проблемы. Родитель не живет с ребёнком общей жизнью, не получает удовольствия от общения с ним, а постоянно и напряжённо готовит его к будущим испытаниям - к поступлению в группы раннего развития, в детский сад, в школу, в ВУЗ. Дети не просто лепят из пластилина или делают аппликацию, а развивают мелкую моторику руки, не сопереживают героям сказки, а учатся читать и видеть положительные характеристики героев. Родители в большей степени устремлены в будущее ребенка, и в меньшей – живут настоящим. Во-первых, это нарушает общность с ребенком, который в большей степени живет «здесь и сейчас». Во-вторых, задает некоторую недостижимую планку, которой нужно соответствовать, но которой соответствовать не удастся. Высокие, постоянно меняющиеся, иногда просто необъяснимые требования приема и перехода в социальных институтах детства, делают микросоциальную семейную среду чрезвычайно напряженной. Увеличение требований, контроля и оценки в общении с матерью делает невозможным обретение твердой положительной самооценки и создание устойчивой Я-концепции. Невозможность соответствовать чрезмерным желаниям или амбициям родителей и оставаться в то же время самим собой переживается как дезинтеграция «Я».

Таким образом, результаты показали, что изменение возрастных нормативов в социальных институтах детства, неизбежно приводят к

изменениям в структуре родительских ценностей и характере детско-родительских отношений.

Литература

1. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. 1994. №6.
2. Смирнова Е.О. Соколова М.В. Структура и динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка. //Вопросы психологии 2007, № 2.
3. Соколова М.В. (Быкова М.В.) Особенности родительского отношения на разных возрастных этапах развития ребенка. Автореферат дисс. канд. психол. наук. М., 2003
4. Соколова М.В. Смирнова Е.О. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка. // Психологическая наука и образование. 2005, № 4.
5. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. – М., 1997

РОДИТЕЛИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О СВОИХ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЯХ И ПЕРСПЕКТИВАХ

Собкин В.С., Скобельщина К.Н., Иванова А.И.

**Институт социологии образования Российской академии образования,
г. Москва, Россия**

Данная статья посвящена изучению того, как родители детей дошкольного возраста оценивают свои жизненные перспективы, а также рассмотрим, какие жизненные ценности являются для них наиболее важными. Актуальность и значимость данного исследования определяется тем, что изучение жизненных ориентаций родителей, на наш взгляд, позволяет охарактеризовать тот общий ценностный контекст, который оказывает влияние на реализацию воспитательных стратегий родителей. Так, например, доминирование ценности воспитания ребенка или ценности успешной профессиональной деятельности может в существенной степени ориентировать стратегию поведения взрослого при взаимодействии с ребенком. Оптимистичная или пессимистичная оценка взрослым своих жизненных перспектив также проецируется на его отношения с ребенком, определяя эмоциональный фон семейной ситуации.

При анализе жизненных перспектив мы рассмотрим общую оценку родителями своего будущего, их ожиданий и взглядов на завтрашний день (оптимизм, сомнение, пессимизм). Рассмотрение же значимых жизненных ценностей будет проводиться нами относительно двух моментов: первый — непосредственное рассмотрение наиболее важных аспектов, определяющих жизненные устремления родителей, а второй — анализ основных жизненных страхов. На наш взгляд, подобная фиксация угроз является своеобразным индикатором эмоциональной значимости соответствующей жизненной ценности, поскольку также фиксирует то, что важно для человека. Таким образом, страх возникает как реакция на угрозу реализации определенной жизненной ценности.

Статья основана на материалах, полученных в ходе социологического опроса 1936 родителей, чьи дети посещают детские сады г. Москвы. Она продолжает цикл работ по социологии дошкольного детства, проведенных сотрудниками Института социологии образования РАО [1; 2; 3]. В ходе анализа мы будем учитывать влияние ряда демографических (пол, возраст, число детей в семье и др.) и социально-стратификационных факторов (уровень материального положения, уровень образования, полнота семьи и др.) на структуру жизненных ориентаций родителей, оценку ими своих жизненных перспектив, значимость тех или иных жизненных угроз.

В данной статье мы последовательно рассмотрим три основных сюжета. Первый касается общей оценки родителями своих жизненных перспектив. Второй — тех жизненных аспектов, относительно которых возникают наибольшие опасения у родителей детей дошкольного возраста. И наконец, третий сюжет связан с анализом значимости различных ценностей в общей структуре жизненных ориентаций родителей.

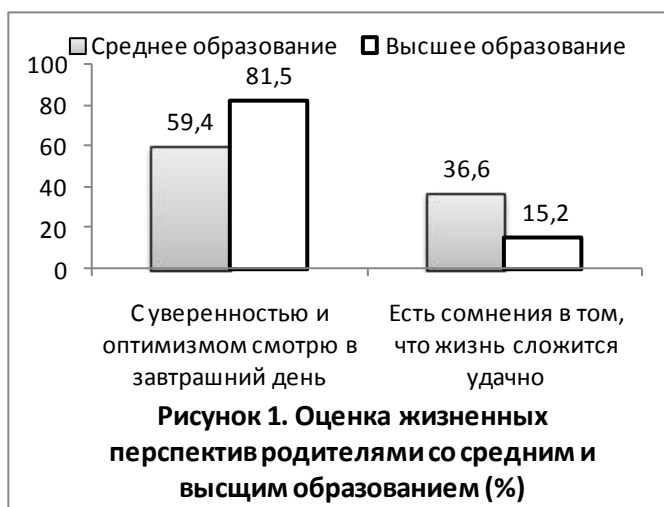
ЖИЗНЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Данный раздел посвящен анализу взглядов родителей на свое будущее, особенностям эмоциональной оценки их собственных жизненных перспектив. Уверенность родителей в своей жизненной успешности определяет тот общий эмоциональный фон, который характеризует социальную ситуацию развития ребенка на этапе дошкольного детства. В ходе социологического опроса респондентам предлагалось оценить свое будущее относительно следующих трех позиций: уверенность в завтрашнем дне, оптимизм; сомнение в том, что жизнь сложится удачно; страх и пессимизм.

Как показывают полученные данные, большинство родителей (75,6%) позитивно оценивают свои жизненные перспективы — с уверенностью и оптимизмом смотрят в завтрашний день. В то же время каждый пятый из них (20,4%) сомневается в том, что жизнь сложится удачно. И наконец, со страхом и пессимизмом ждут завтрашнего дня сравнительно немногие — 3,4%. Отметим, что значительных различий в позициях отцов и матерей не наблюдается.

Рассмотрим влияние социально-стратификационных факторов на оценку родителями своих жизненных перспектив.

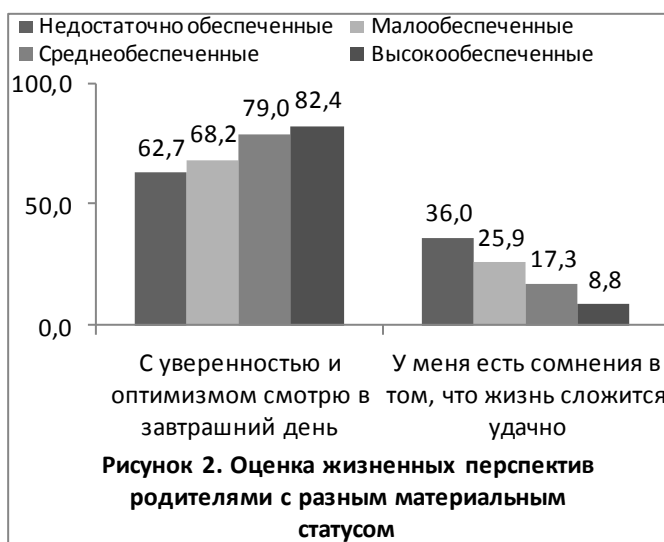
Для начала приведем данные, фиксирующие влияние образовательного статуса родителей на их взгляды относительно собственного будущего (см. рисунок 1).



Так, родители с высшим образованием более уверенно смотрят в завтрашний день по сравнению с родителями со средним уровнем образования (73,6% и 55,3% соответственно, $p = .0001$), которые, напротив, гораздо чаще сомневаются в своем будущем (36,6% и 15,2% соответственно, $p = .0001$). Это дает основание предположить, что высокий образовательный статус у родителей детей дошкольного возраста является важным фактором, обеспечивающим их уверенность и позитивный взгляд на свою дальнейшую жизнь.

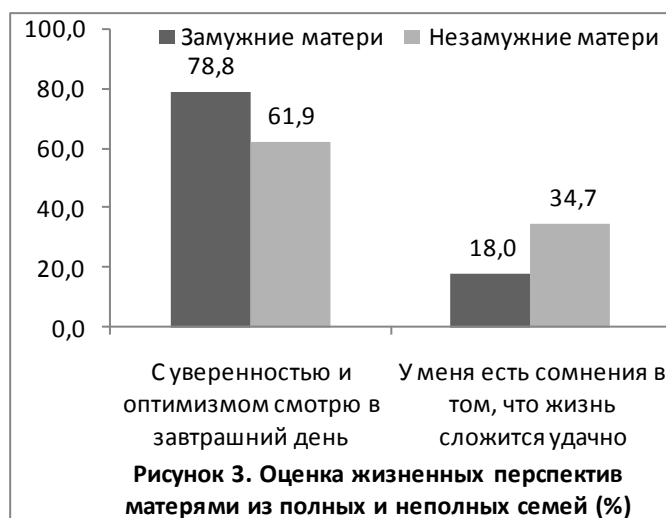
Сходным образом проявляется и влияние материального статуса на оценку родителями их жизненных перспектив (см. рисунок 2).

Приведенные на рисунке данные фиксируют прямую зависимость оценки своих жизненных перспектив от материального статуса: чем выше



уровень обеспеченности родителей, тем с большей уверенностью и оптимизмом оценивается будущая жизнь.

И наконец, особый интерес представляет сравнение оценок своих жизненных перспектив у замужних и незамужних матерей (см. рисунок 3).



Из рисунка видно, что социальный статус семьи существенным образом дифференцирует взгляды матерей на свое будущее. Так, среди замужних матерей гораздо выше доля оптимистично настроенных, чем среди незамужних (78,8% и 61,9% соответственно, $p=.0001$). В свою очередь незамужние матери более подвержены негативной оценке своих жизненных перспектив (34,7% и 18,0%

соответственно, $p=.0001$).

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о влиянии социально-стратификационных факторов на оценку родителями своих жизненных перспектив: среди более слабых социальных групп существенно выше доля сомневающих в своей жизненной успешности.

СТРАХИ И ОПАСЕНИЯ

В предыдущем разделе мы рассмотрели особенности эмоциональной оценки родителями своих жизненных перспектив. Здесь же мы попытаемся более детально определить, что именно оказывает фрустрирующее влияние на ожидания родителей относительно своего будущего. С этой целью респондентам задавался вопрос о том, что их беспокоит в будущем. В таблице 1 приведены общие данные ответов родителей об их жизненных страхах.

Таблица 1.

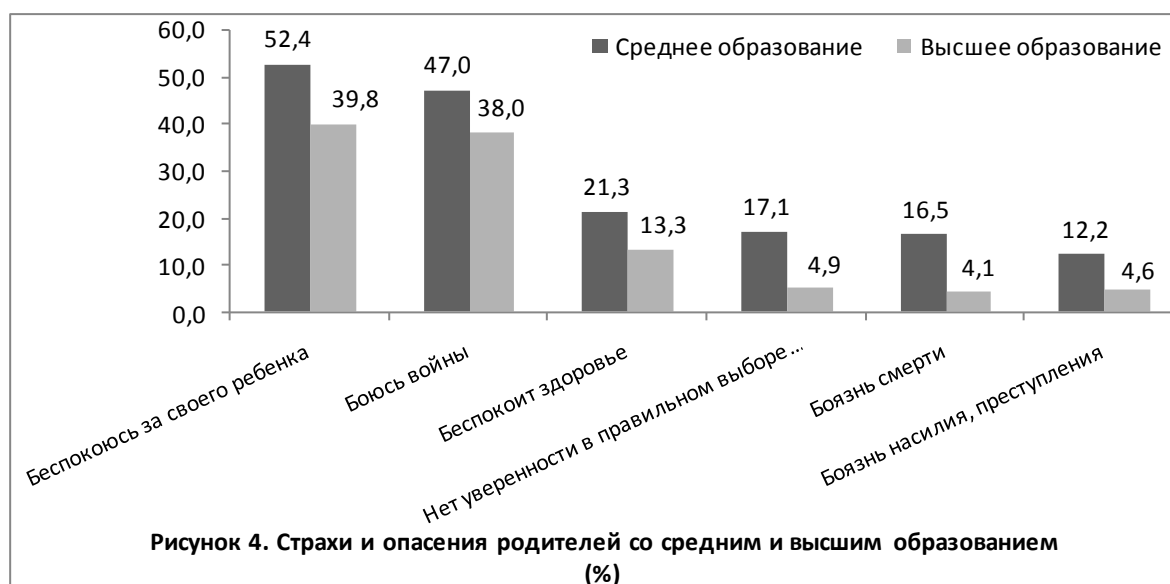
Страхи и опасения родителей детей-дошкольников относительно собственного будущего (%)

	Общее N=1634
Беспокоюсь за своего ребенка	61,9
Я боюсь войны	39,6
Меня беспокоит мое здоровье	21,1
Нет уверенности, что я правильно выбрал(а) профессию	10,5
Я опасюсь, что у меня не сложится личная жизнь	10,4
Я боюсь стать жертвой насилия, преступления	8,2
Я боюсь смерти	7,8
Я не уверен(а), что смогу жить самостоятельно	5,1
Я боюсь стать жертвой национализма	2,2
Отсутствие внешней привлекательности	1,7

Как видно из приведенных в таблице данных, в структуре страхов родителей детей дошкольного возраста доминирующее место занимает беспокойство за своего ребенка. Этот ответ отмечают более половины респондентов. Это позволяет сделать вывод о том, что родительская позиция имеет определяющее значение, характеризуя ценностно-смысловые жизненные ориентации взрослого. При этом отметим, что ответы матерей и отцов существенно отличаются: среди матерей выражают беспокойство за своего ребенка 64,7%, а среди отцов — 55,0% ($p = .0003$).

Следует обратить внимание на ряд других страхов родителей, которые занимают достаточно высокие позиции в общей структуре их жизненных опасений: боязнь войны, беспокойство за здоровье, отсутствие уверенности в правильном выборе профессии, опасения, касающиеся личной жизни.

На страхи родителей существенное влияние оказывают социально-стратификационные факторы. Так, на рисунке 4 показано влияние образовательного статуса на жизненные опасения родителей.



Как мы видим, чем выше уровень образования родителей, тем реже они отмечают страхи и опасения по поводу своей жизни. В принципе, эти данные сопоставимы с приведенными выше результатами о влиянии образовательного статуса на оценку родителями своих жизненных перспектив в целом. Здесь же более детально показана зависимость большинства жизненных страхов родителей от уровня образования.

Обратимся теперь к анализу влияния материального статуса на страхи и опасения родителей детей дошкольного возраста (см. рисунок 5).

Данные, приведенные на рисунке, фиксируют, что среди недостаточно обеспеченных



родителей значительно выше доля беспокоящихся за своего ребенка, больше среди них и опасающихся за свою жизнь и здоровье. Среди высокообеспеченных больше тех, кто боится войны. Можно полагать, что причиной этому является угроза потери своего социального статуса, поскольку война связана с социально-экономическими потрясениями, когда угрозе подвергается накопленный как экономический, так и социальный капитал.

И наконец, рассмотрим влияние семейного статуса на жизненные опасения и страхи родителей. При сравнении ответов замужних и незамужних матерей было выявлено, что для одиноких матерей по сравнению с замужними большее опасение представляет то, что у них может не сложиться личная жизнь (20,4% и 7,9% соответственно, $p = .0001$). В свою очередь матери, состоящие в браке, несколько чаще отмечают беспокойство за своего ребенка (66,6% и 58,4% соответственно, $p = .01$).

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ

Для выявления наиболее значимых жизненных ценностей родителей детей дошкольного возраста им задавался специальный вопрос: «Что для Вас самое главное в жизни?». Ответы на него приведены в таблице 2.

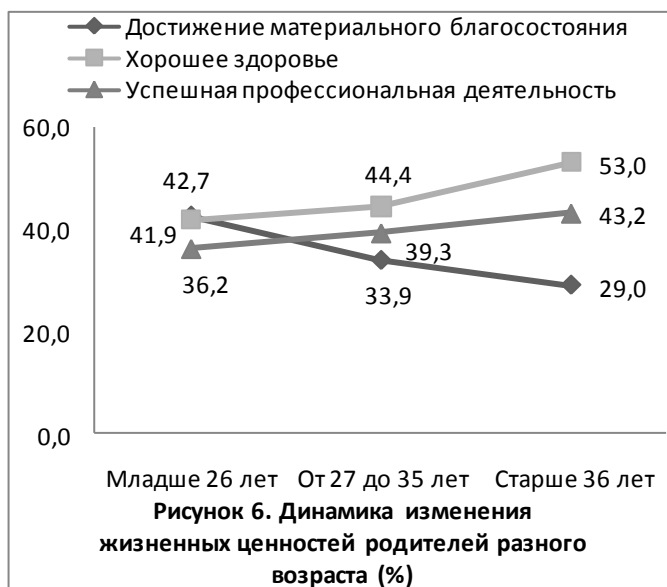
Таблица 2.

Значимость различных ценностей для родителей детей дошкольного возраста (%)

	Общее	Отцы N=518	Матери N=1326	p =
Успешная профессиональная деятельность	39,2	45,4	36,7	.0003
Достижение материального благосостояния	34,6	45,4	30,4	.0001
Успешная политическая карьера	2,2	3,7	1,6	.006
Воспитание детей	76,5	64,9	81,1	.0001
Полноценное общение с друзьями	8,2	10,0	7,5	-
Счастливая супружеская жизнь	51,2	47,1	52,7	.03
Хорошее здоровье	45,4	39,4	47,9	.001
Полноценное приобщение к культуре (посещение театров, музеев, выставок)	3,7	3,3	3,9	-
Религия	2,5	2,1	2,6	-

Приведенные в таблице данные демонстрируют приоритетность различных жизненных ценностей для родителей дошкольников. Абсолютное большинство опрошенных родителей (76,5%) отмечают воспитание детей как наиболее важную для себя жизненную ценность. Более половины опрошенных (51,2%) указывают на важность для них счастливого супружества. Хорошее здоровье является приоритетной жизненной ценностью для 45,4% родителей. Значительное число родителей отмечают среди своих жизненных ценностей успех в профессиональной деятельности (39,2%) и достижение материального благосостояния (34,6%). В свою очередь такие жизненные ценности, как общение с друзьями, приобщение к культуре и религии, политическая карьера называются как приоритетные лишь небольшим числом родителей.

Анализ полученных данных позволил выявить влияние полоролевой родительской позиции на структуру жизненных ценностей (см. таблицу 2). Так, наиболее приоритетными для матерей являются семейные ценности (воспитание ребенка, супружеская жизнь) и здоровье, для отцов более значимы успешная профессиональная деятельность и материальное благополучие. В целом подобная тенденция свидетельствует о сохранении традиционалистских полоролевых жизненных ориентаций для современных родителей детей дошкольного возраста.

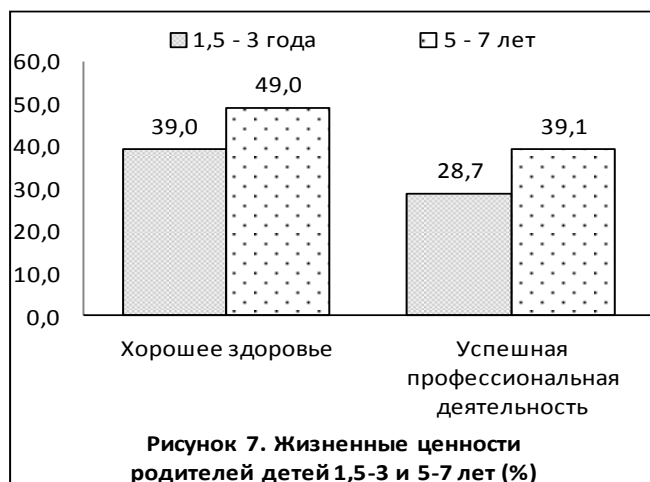


Возраст родителей также существенным образом дифференцирует их жизненные ориентации. Рисунок 6 иллюстрирует основные возрастные изменения, происходящие в ценностной структуре родителей дошкольников.

Полученные данные достаточно четко фиксируют следующую тенденцию: среди родителей моложе 26 лет не наблюдается выраженной иерархии в значимости ценностей достижения материального благосостояния,

профессиональной успешности и здоровья, тогда как с возрастом происходит более четкая дифференциация значимости этих ценностей. Таким образом, мы можем отметить, что с возрастом у родителей выстраивается более определенная иерархия жизненных ценностей. У родителей старше 36 лет на первый план выходит здоровье, более приоритетным становится достижение профессионального успеха и в то же время значительно снижается ориентация на материальные ценности.

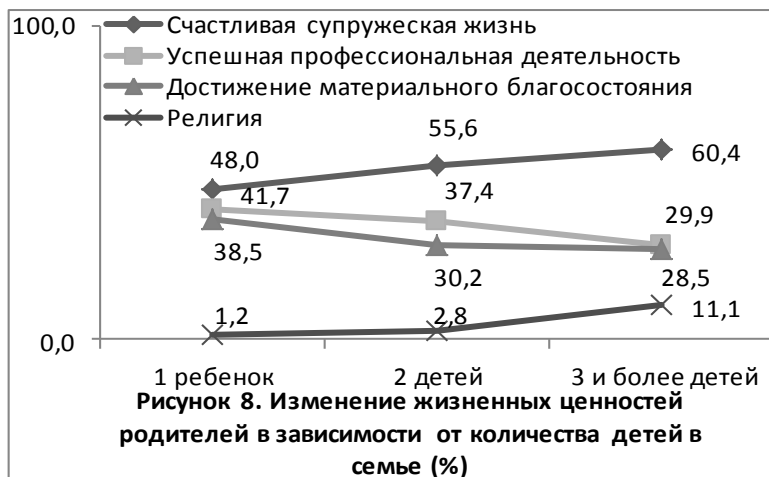
Другая линия анализа связана с жизненными приоритетами родителей детей разных возрастных групп. Особенности влияния возраста ребенка на жизненные ценности родителей отражены на рисунке 7.



Как видно из рисунка, для родителей детей ясельного возраста (1,5–3 года) в отличие от родителей детей дошкольного возраста (5–7 лет) менее приоритетными являются ценности здоровья и карьеры. Таким образом, с взрослением ребенка родители отдают большее предпочтение собственному здоровью и профессиональной самореализации. Таким образом, на ценностном уровне происходит

своеобразное «отстраивание» от ребенка. В некоторой степени это может быть связано со снижением участия родителей в жизни ребенка. Переход к дошкольному возрасту ведет к увеличению роли работников сферы образования (воспитателей ДОУ, педагогов и др.).

Рассмотрим теперь особенности изменения жизненных ориентаций родителей в семьях с одним, двумя, а также тремя и более детьми (см. рисунок 8).



Данные, отображенные на рисунке, демонстрируют существенные различия в ценностях родителей в многодетных семьях и семьях с одним ребенком. Так, приоритет счастливой супружеской жизни значительно выше в семьях с большим количеством детей, в то время как достижение материального

благосостояния и успешная профессиональная деятельность важнее для семей с одним ребенком. Еще один важный момент касается большей значимости религии для многодетных семей: на неё указывает каждый девятый родитель (11,1%) в семьях с тремя и более детьми, а в семьях с одним ребенком лишь 1,2% родителей ($p=0.0001$).

Особый интерес представляет анализ влияния таких социально-стратификационных факторов, как образовательный и материальный статус.

На рисунке 9 приведены данные о влиянии уровня образования матерей детей-дошкольников на их жизненные ценности.



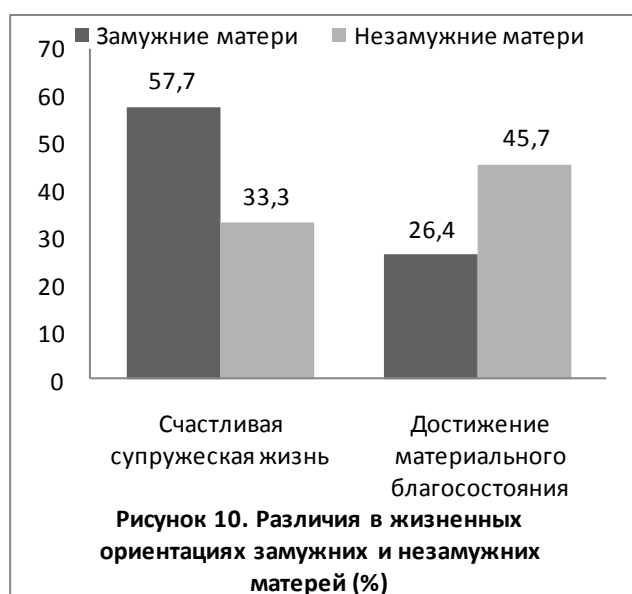
Из приведенных на рисунке данных видно, что матери со средним образованием придают большее значение материальному благосостоянию, тогда как для матерей с высшим образованием более приоритетными являются успешная профессиональная деятельность и культурное обогащение.

Несколько иная тенденция проявляется при анализе ответов отцов с высшим и средним образованием. Здесь существенные различия касаются лишь их социальных контактов вне семьи. Так, для отцов с высшим образованием

полноценное общение с друзьями является более приоритетным, чем для отцов со средним образованием (12,7% и 3,3% соответственно, $p = .04$).

Обратимся теперь к влиянию материального статуса на жизненные ценности родителей. Отметим, что уровень материальной обеспеченности не является дифференцирующим фактором жизненных ориентаций отцов. В то же время среди матерей наблюдаются существенные различия. Матери с высоким материальным статусом (в отличие от малообеспеченных) придают меньшее значение таким жизненным ценностям, как воспитание детей (56,0 и 82,3% соответственно, $p=.001$) и достижение материального благосостояния (12,0% и 34,0% соответственно, $p=.02$).

Помимо таких факторов, как уровень образования и материальная обеспеченность, существенное влияние на жизненные ориентации родителей детей-дошкольников оказывает и социальный статус семьи. В этой связи рассмотрим различия, которые прослеживаются в жизненных ориентациях у замужних и незамужних матерей (см. рисунок 10).



Как мы видим, жизненные ценности матерей, состоящих и не состоящих в браке, значительно различаются. Так, последние в большей степени нацелены на обеспечение материального благосостояния семьи. Если соотнести это с приведенными в таблице 2 данными, где представлены распределения по подвыборке отцов, то мы увидим, что позиция незамужних матерей практически совпадает с позицией отцов,

отмечающих ценность достижения материального благосостояния. Подобное сопоставление позволяет сделать вывод о принятии незамужними матерями на себя отцовской функции материального обеспечения, характерной для традиционалистской семьи.

Что касается матерей, состоящих в браке, то здесь проявляется иная позиция: более высокая значимость супружеской жизни по сравнению с матерями, не состоящими в браке. Вполне объяснимо, что замужние матери высоко оценивают важность счастливого брака. В отличие от них счастливая супружеская жизнь не является приоритетной жизненной ценностью для матерей, воспитывающих ребенка самостоятельно.

Приведенные в статье данные позволяют сделать следующие основные выводы:

1. Наблюдается сохранение традиционалистских полоролевых жизненных ориентаций среди современных родителей детей дошкольного возраста. Так, наиболее приоритетными для матерей являются семейные

ценности (воспитание ребенка, супружеская жизнь) и здоровье, а для отцов более значимы успешная профессиональная деятельность и материальное благополучие.

2. Сопоставление результатов ответов незамужних матерей и отцов относительно значимости для них ценности достижения материального благосостояния свидетельствует о принятии незамужними матерями традиционалистской мужской функции по материальному обеспечению семьи.

3. С возрастом у родителей все более дифференцируется иерархия жизненных ценностей: на первый план выходит важность здоровья, менее значимым становится достижение успеха в карьере, снижается и ориентация на материальные ценности. При этом по мере взросления ребенка происходит «отстраивание» родителей от ценностей воспитания, что связано с повышением роли общественных институтов.

Список литературы:

1. Собкин В. С., Марич Е. М. Социология семейного воспитания: дошкольный возраст. Труды по социологии образования. Т. VII. Вып. XII. — М.: Центр социологии образования РАО, 2002. — 247 с.

2. Социология дошкольного воспитания. Труды по социологии образования. Т. XI. Вып. XIX / Под ред. В. С. Собкина. — М.: Центр социологии образования РАО, 2006. — 127 с.

3. Собкин В. С., Иванова А. И., Казначеева К. Н. Ребенок в детском саду: мнение родителей // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XIV. Вып. XXIV / Под ред. В. С. Собкина. — М.: Институт социологии образования РАО, 2010. — С. 65–83.

СТРУКТУРА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И МЕТОДИКА ЕГО ДИАГНОСТИКИ

Соколова М.В.

Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва,
Россия

Аннотация. Работа посвящена изучению структуры родительского отношения к ребенку и его изменениям в онтогенезе ребенка. Основными задачами работы являлось построение научно обоснованного подхода к анализу родительского отношения, разработка метода его изучения. В работе предложен новый подход к пониманию и исследованию структуры родительского отношения, основанный на выделении двух его специфических начал: нормативного и личностного. Впервые исследован возрастной аспект родительского отношения; прослежена динамика отношения родителя к ребенку и стилей воспитания на разных этапах его развития. Разработана методика диагностики родительского отношения для различных возрастных этапов развития ребенка.

Родительское отношение (РО) во многих психологических школах описывается в самых разных понятиях и терминах, которые определяются исходными теоретическими позициями авторов. Вместе с тем практически во всех подходах можно усмотреть исходную дихотомию, которая задает двойственность или поляризацию родительского отношения. С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является любовь, которая определяет доверие к ребенку, радость и удовольствие от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и внимание, целостное отношение к нему. С другой стороны, родительское отношение характеризуется требовательностью и контролем, ориентацию на нормы развития, предметное отношение. Именно родитель является носителем общественных норм и правил, оценивает действия ребенка, осуществляет необходимые санкции, которые обусловлены определенными родительскими установками. Несмотря на различие в терминологии (удовольствие и реальность, любовь и контроль, безусловность и условность и т.д.), эта двойственность прослеживается в большинстве описаний родительского отношения, представленных в западных и отечественных классических теориях.

В данной работе мы опирались на положения диалогического подхода к межличностным отношениям, который разработан в философии (М.М. Бахтин, М. Бубер, С.Л. Рубинштейн и др.) и развивается в отечественной психологии (В.А.Петровский, В.И.Слободчиков, Е.О.Смирнова и др.) [2]. Согласно этому подходу, отношения между людьми основаны на двух противоположных началах: **нормативном** – когда другой человек выступает как объект оценки, сравнения с нормой, воспитания, и **личностном** – в котором другой является самооценной, целостной личностью. Если первый аспект определяет обособленность и противопоставленность людей, то второй отражает их

общность, причастность друг к другу. Единством и противоположностью этих аспектов определяется сложность и неоднозначность отношений между людьми: и личностное, и предметное начало присущи каждому человеку, однако степень их выраженности существенно различается.

Родительское отношение включает такие противоположные характеристики, как устойчивость (надситуативность) и динамичность (гибкость); фиксацию на актуальное, сиюминутное состояние ребенка и прогностичность (направленность в будущее); безусловное принятие и объективную оценку ребенка и т.п. Можно предположить, что данные амбивалентные характеристики отражают реальную, объективную двойственность родительской позиции. Поскольку «**нормативное**» и «**личностное**» начала образуют два полюса, между которыми существуют конкретные отношения, их можно рассматривать как **структурные составляющие** родительского отношения (рис.1).

Рис.1. Структурные составляющие родительского отношения

Родительское отношение	
Личностное начало	Нормативное начало
Безусловная любовь Доверие Радость и удовольствие общения Чувствительность к состоянию, переживаниям ребенка, Признание индивидуальности Безоценочная позиция	Гордость за достижения Контроль и требовательность Ориентация на нормы поведения и развития Инициатива в развитии качеств, способностей, навыков Оценочная позиция
Метафора: «Я люблю тебя такого, какой ты есть».	Метафора: «Я хочу, чтобы ты стал таким, каким я тебя представляю»

Сущностные характеристики личностного начала можно обозначить такими понятиями как персональное, свое, безусловное, безоценочное, чувственное, непосредственное, для нормативного начала – опредмеченное, иное, обусловленное, оценочное, рациональное, опосредствованное. Своеобразие и внутренняя конфликтность родительского отношения заключается в максимальной выраженности и напряженности обоих полюсов.

Применительно к родительскому отношению личностное начало проявляется в безусловной любви к своему ребенку, доверии к нему, радости и удовольствию общения, внимании и особой чувствительности к состояниям и переживаниям ребенка, признании и ориентации на его индивидуальность, выраженной эмоционально-аффективной связи с ним.

Нормативное начало РО выражается в ориентации на определенные нормы (общественные и индивидуальные), на формирование определенных качеств, черт личности, в требовательности, в конкретных ожиданиях и оценочной позиции к ребенку и гордостью за его достижения и успехи (рис.1). Эти два начала не являются разными типами или формами отношений. Они

образуют два момента, в определенной мере присущих каждому конкретному отношению, и материнскому, и отцовскому. Конкретные варианты родительского отношения могут определяться относительной выраженностью и содержательным наполнением нормативного и личностного начал.

Характер родительского отношения, который определяется преобладанием у родителя нормативного или личностного начала, определяет стиль его поведения с ребенком. Мы понимаем **стиль** родительского поведения не как определенную стратегию воспитания, а как сочетание различных вариантов поведения родителя, которые в разных ситуациях и в разное время будут проявляться в большей или меньшей степени. Такой подход позволяет построить своеобразный профиль родительского поведения, который отражает наиболее характерный стиль воспитания как в индивидуальном случае для конкретного родителя, так и для группы родителей детей определенного возраста.

Специфика родительского отношения заключается также в его постоянном изменении с **возрастом** ребенка и неизбежном отделении ребенка от родителей. Становление и совершенствование родительства является одним из главных направлений личностного развития взрослого человека. Между тем, конкретные экспериментальные психологические исследования генезиса родительства фактически отсутствуют. Родительское отношение должно складываться и с учетом того, что ребенок должен расти, он должен стать независимым, и в этом смысле сущность родительской заботы предполагает любовь к растущему ребенку. Здесь родительское отношение претерпевает самый существенный кризис: с одной стороны, родитель стремится сохранить свою связь с ребенком, максимально уберечь его, с другой стороны, он должен не только мириться с отделением ребенка, но и желать этого, стремиться к этому. В этом конфликте заключается одно из самых сильных противоречий детско-родительских отношений, а его положительное разрешение дает основу для установления гармоничных отношений между родителем и ребенком.

Существующие исследования показывают [1], что в младенческом возрасте максимально выраженным является личностное начало РО. Отношение к младенцу как к целостной, уникальной личности, безусловное и безоценочное принятие, аффективно-личностная связь с ним являются необходимым условием формирования позитивного самоощущения ребенка. Что касается нормативного начала в отношении (требовательности, контроля, оценки определенных качеств и т.д.), то в норме на первом году жизни они выражены весьма слабо. Можно полагать, что по мере взросления ребенка, нарастания его потребности в независимости от родителей родительское отношение качественно преобразуется: преобладание личностного начала сменяется доминированием предметного. Постепенно нарастают требования к ребенку, увеличиваются ожидания определенных действий, поступков, достижений, становится более дифференцированной оценка его качеств, свойств характера, развития его способностей. При этом выраженность личностного начала будет снижаться, хотя оно, очевидно, не исчезает и остается необходимой составляющей РО.

Методика диагностики родительского отношения

Традиционным методом исследования РО является анкетный опрос родителей. Поскольку целью нашей работы являлось исследование родительского отношения, которое существует на уровне сознания (а не поведения), мы сочли метод анкетного опроса родителей наиболее адекватным и удобным. Для решения поставленных задач была разработана открытая анкета (нормативное и личностное начала родительского отношения, сокращенно «НЛО»), созданная по типу проективной методики «незаконченные предложения», позволяющая выявить степень выраженности нормативного и личностного начала и особенности стиля воспитания ребенка [4].

Анкета состоит из двух блоков вопросов. В первом блоке содержатся вопросы, направленные на определение относительной выраженности личностного и нормативного начал родительского отношения. Мы предположили, что личностное отношение к ребенку будет проявляться в вариантах ответов, отражающих целостное, безоценочное отношение к ребенку, в гибкости и лабильности родительской позиции (когда родитель ориентируется на состояние своего ребенка в конкретной ситуации), в сопереживании ребенку и в ориентации на его психологический комфорт, в открытости родителя по отношению к специфической детской субкультуре.

Нормативное отношение направлено на формирование определенных и наиболее ценных для родителя качеств ребенка. Оно предполагает определенные требования к ребенку и ожидания родителя относительно того, каким ребенок должен быть, внешнюю оценочную позицию родителя по отношению к ребенку, ориентацию на «должное», на среднестатистическую норму в развитии исследуемых качеств ребенка, достаточно жесткую позицию родителя, направленную на воспитание ценных с точки зрения родителя качеств ребенка.

В результате содержательного анализа были выделены шесть блоков качеств, которые для современных родителей представляют наибольшую ценность: 1) общение и коммуникативные навыки, 2) морально-нравственное развитие, 3) интеллект и умственное развитие ребенка, 4) волевое развитие, 5) развитие произвольности, 6) ценность здоровья. Безусловно, перечисленные качества не исчерпывают всей картины родительских ожиданий и ценностей, но они охватывают главные и основные установки современных родителей. Поэтому при оценке содержания предметного отношения остановились именно на них.

Для оценки степени содержательных особенностей нормативного и личностного отношения были составлены вопросы, касающиеся ценностных установок родителей, например: «Каким бы Вы хотели видеть своего ребенка прежде всего?», «Больше всего меня огорчает, когда мой ребенок...», «Я больше всего радуюсь, когда мой ребенок:...».

Приведем примеры нескольких вопросов и соответствующие им ответы, характеризующие выраженность нормативного или личностного начал в родительском отношении.

Вопросы	Личностное начало	Нормативное начало
<i>Каким бы Вы хотели видеть своего ребенка прежде всего?</i>	Чтобы он был самым собой; счастливым, веселым, личностью; состоявшимся, таким, какой он есть.	Умным, правдивым, коммуникабельным, здоровым, послушным, настойчивым
<i>В Вашем ребенке Вы больше всего цените</i>	То, что мы вместе; индивидуальность, открытость, душевность	Ум, упорство, честность, порядочность, организованность, воспитанность
<i>Больше всего Вас огорчает, когда Ваш ребенок</i>	Плачет, замкнут, расстроен, переживает, «далеко» от меня; мой ребенок в основном радует меня	Капризничает, неаккуратен, не слушается, пассивен, хамит, обманывает, обижает, дерется

Родителям была предоставлена возможность вписать любой свой ответ, всего в этом блоке было предложено 10 вопросов. Каждый ответ оценивался с точки зрения его соответствия одному из шести предложенных параметров, которые мы относили к нормативному началу, личностному началу, либо оценивался как «другое». Нормативное отношение анализировалось как в целом (по сумме его характеристик), так и по выраженности его отдельных составляющих. Полученные данные позволили выяснить выраженность нормативного и личностного начал в разных возрастных группах и сравнить их между собой.

Другой задачей нашей работы было выявление **стиля воспитания** ребенка. В предлагаемой анкете мы попытались поместить родителя в знакомую проблемную ситуацию и предложить ему описать вариант выхода из нее. Выбор конкретного варианта являлся основанием для отнесения к определенному стилю, однако в целом можно говорить лишь об относительной выраженности (т.е. преобладании) того или иного варианта как у конкретного родителя, так и у возрастной группы родителей в целом. Такой подход позволяет построить своеобразный профиль родительского поведения, который отражает наиболее характерный стиль воспитания как в индивидуальном случае для конкретного родителя, так и для группы родителей детей определенного возраста.

Мы предположили, что в острых, конфликтных ситуациях ярче всего будет проявляться наиболее предпочтительный для родителя вариант поведения. На основании анализа литературных источников, опросов, бесед и тренингов с родителями мы попытались выявить как сами конфликтные ситуации, характерные для детей разных возрастов, так и типичные способы поведения родителей в них. Второй блок анкеты составили 12 проблемных ситуаций, в каждой ситуации родитель описывал свою версию ответа. Нами были условно выделены семь вариантов родительского поведения (стиля).

1. Строгий – родитель действует в основном силовыми, директивными методами, навязывая свое мнение, систему требований и готовые решения ребенку. Родитель жестко направляет ребенка по пути социальных успехов и

достижений, при этом зачастую блокируя собственную активность и инициативность ребенка.

2. Объяснительный –родитель апеллирует к здравому смыслу ребенка, прибегает к словесному объяснению. По мнению родителя, ребенок достаточно развит и способен уловить причинно-следственные связи между явлениями, на основе которых родитель строит свои объяснения

3. Автономный – родитель позволяет ребенку самому найти выход из сложившейся ситуации, предоставляет ему максимум свободы в выборе и принятии решения, максимум самостоятельности, независимости. Родитель спокойно относится к нарушениям правил и дисциплины ребенком, возлагая всю ответственность за совершенное ребенком на него же самого. Предполагается, что ребенок сам должен испытать все на собственном опыте.

4. Компромиссный – для решения проблемы родитель предлагает ребенку что-либо привлекательное в обмен на совершение ребенком непривлекательного или необходимого для него действия, либо предлагает разделить обязанности, трудности пополам. Родитель ориентируется в интересах и предпочтениях ребенка, его слабостях и сильных сторонах, знает, что можно предложить взамен, на что можно переключить внимание ребенка.

5. Содействующий – родитель понимает, в какой момент ребенку нужна его помощь и в какой степени он может и должен ее оказать. Родитель сочувствует и сопереживает ребенку в конфликтной ситуации, реально участвует в жизни ребенка, ориентируется в его потребностях, интересах, проблемах и конфликтах, стремится помочь ребенку, разделить с ним его трудности.

6. Потакающий – полная ориентация на потребности и интересы ребенка, которые ставятся выше родительских, а порой и выше интересов семьи в целом. Родитель готов предпринять любые действия, даже если это может принести какой-либо вред или ущерб ему, для обеспечения физиологического и психологического комфорта ребенка.

7. Ситуативный – родитель принимает соответствующее решение в зависимости от той ситуации, в которой он находится; у него нет универсальной стратегии воспитания ребенка. Родительская стратегия складывается каждый раз заново из множества факторов: состояния ребенка, его точки зрения, его интересов на данный момент, своего собственного родительского состояния, потребностей и целей, а также контекста той ситуации, в которой они находятся.

Приведем примеры двух проблемных ситуаций и соответствующие ей варианты ответов:

Стили родительского поведения	<i>Что Вы будете делать, если ребенок отказывается выполнить Вашу просьбу, требование?</i>	<i>Что Вы предпримите, если узнаете, что Ваш ребенок взял чужую вещь (игрушку) без спроса?</i>
Строгий	Накажу, заставлю	Накажу, отругаю
Объяснительный	Объясню причины, почему это надо сделать	Объясню, что так нельзя, нехорошо
Автономный	Ничего	Сам отдаст и извинится.

		Сам разберется
Компромиссный	В другой раз тоже откажу ему; лишу чего-либо	Отдам (предложу взять) его вещь
Содействующий	Буду искать причину, сделаем вместе	Поговорим, найдем способ отдать и извиниться
Ситуативный	Буду решать в зависимости от условий	Оценю ситуацию, по-разному.
Потакающий	Сделаю сам (а)	Отдам сам(а), извинюсь

При ответе на вопросы анкеты родитель осуществлял выбор своей стратегии поведения, который соотносился с одним из семи выделенных стилей. Каждый сделанный выбор оценивался в один балл, затем баллы суммировались по каждому из параметров (стилей) для каждой возрастной группы, что являлось показателем выраженности того или иного стиля в данной группе. Сопоставление показателей осуществлялось по двум линиям:

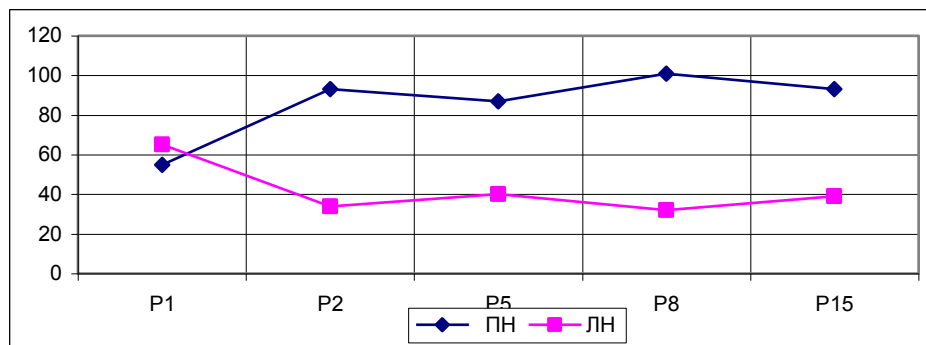
во-первых, сопоставлялись показатели разных стилей в разных возрастных группах, что позволяло выявить общую картину их распределения, а также изменения того или иного родительского стиля с возрастом ребенка;

во-вторых, сравнивались показатели разных воспитательных стилей внутри каждой возрастной группы, что позволяло зафиксировать преобладающие стратегии, характерные для родителей детей рассматриваемого возраста (так называемый «профиль возраста»).

Таким образом, анкета включает 22 содержательных вопроса, и несколько вопросов социально-демографического характера, выясняющие семейное положение, состав семьи, образование, возраст и пол родителей и детей. В исследовании приняли участие 500 родители детей в возрасте от двух месяцев до шестнадцати лет.

Наши результаты подтвердили гипотезу о структуре родительского отношения. Во всех возрастах, у всех родителей в их отношении к ребенку присутствуют как нормативное, так и личностное начало (рис.2). Сочетание обоих начал говорит о том, что эти аспекты являются неотъемлемыми чертами любого родительского отношения. Подробный корреляционный анализ выявил, что нормативное и личностное начала находятся в обратной зависимости друг от друга (коэффициент корреляции $-0,92$, $p < 0,01$), т.е. выделенные нами начала являются структурными составляющими родительского отношения, они являются как бы «двумя чашами одних весов», преобладание которой определяет общую модальность родительского отношения.

Сравнительный анализ показателей по степени выраженности НН и ЛН в % Рис.2



(НН – нормативное начало, ЛН – личностное начало. P1-P15 группы родителей детей младенческого, раннего, дошкольного, школьного и подросткового возрастов).

Вместе с тем, степень выраженности нормативное и личностного начал значительно варьируется как внутри каждой возрастной группы, так и между ними, изменяясь от одного возраста к другому. Личностное начало в отношении к ребенку имеет не однонаправленную линейную динамику убывания с возрастом, как предполагалось в исходной гипотезе, а сложный, «волнообразный» путь развития. Наиболее выраженным оно является в родительском отношении к детям младенческого, дошкольного и подросткового возраста. Выраженность нормативного начала во всех возрастных группах превышает значения личностного начала, самое высокое его значение - в группе родителей младших школьников. В целом в родительском отношении к ребенку преобладает оценочная позиция с ориентацией на конкретные качества ребенка, которые они хотели бы видеть в нем.

Ценность интеллектуального развития ребенка, которое большинство родителей отождествляют с «развитием» в целом, достаточно сильно выражена во всех группах, однако наибольшее значение она имеет для родителей дошкольников. Волевые качества личности наиболее значимы для родителей дошкольников и подростков. Ценность произвольного поведения выходит на первый план для родителей двухлеток, они отмечают ее почти в два раза чаще, чем родители других возрастных групп, также она значима для родителей младших школьников. Формирование моральных качеств личности имеет максимальное значение для родителей младших школьников, здесь оно почти в два раза превосходит выраженность других ценностей. Общительность ребенка, его положение среди сверстников приобретает значимость только у родителей подростков, в остальных группах она представлена весьма незначительно. И наконец, ценность здоровья ребенка выражена в меньшей степени, однако достаточно высока в группе родителей двухлетних детей.

Результаты изучения стилей родительского поведения показали, что во всех группах наиболее выражены объяснительный, содействующий и строгий стили поведения. Чаще всего родители детей всех возрастов используют объяснительный стиль, наибольшее распространение он имеет у родителей младших школьников, которые используют объяснение в качестве главного

метода воздействия на ребенка. Интересно, что даже родители двухлетних детей достаточно часто прибегают к объяснительной стратегии. К подростковому возрасту выраженность данного стиля существенно снижается. Родители часто применяют содействующий стиль воспитания. Из ответов родителей следует, что он используется во всех возрастах, но своего наивысшего значения достигает у родителей подростков. Наряду с этим достаточно распространен строгий стиль воспитания, он имеет высокие значения во всех возрастах, за исключением дошкольного. Интересно, что родители дошкольников чаще, чем в других группах, прибегают к ситуативной стратегии поведения. Автономный стиль не имеет выраженных показателей даже в старших возрастных группах. Компромиссный и потакающий стили встречаются значительно реже, их показатели несколько выше в младших возрастных группах.

Дальнейший интеркорреляционный анализ выявил наличие значимых корреляций между показателями родительского отношения и стилями поведения родителей. Оказалось, что количество ответов, отражающих представленность личностного начала, имеет высокую положительную корреляционную связь с ответами, характеризующими содействующий стиль поведения, и отрицательную со строгим стилем. Установки родителей на интеллектуальное развитие, напротив, высоко коррелируют со строгим стилем поведения. Ценность развития волевых качеств ребенка имеет значимую корреляцию с ситуативным стилем поведения. Статистически значимая корреляционная зависимость данных показателей позволяет выявить содержательную связь родительских ценностей со стилем поведения, т.е. выяснить, как именно родитель достигает тех или иных целей воспитания [3].

Обобщая сказанное выше, можно отметить: во-первых, специфика родительского отношения заключается в двойственной, противоречивой позиции родителя, в которой всегда присутствуют два начала –нормативное и личностное. Возрастные и индивидуальные особенности родительского отношения определяются степенью выраженности обоих начал, их содержательным наполнением. Во-вторых, система детско-родительских отношений имеет определенную возрастную динамику: по мере взросления ребенка родительское отношение претерпевает сложную линию развития: периоды преобладания личностного начала сменяются периодами преобладания нормативного начала отношения.

Стиль воспитания также имеет возрастную динамику: с возрастом снижается выраженность автономного, компромиссного, потакающего стилей и возрастает выраженность строгого и содействующего стилей. Остальные варианты имеют сложный, «волнообразный» характер распределения среди возрастных групп. Структурные составляющие родительского отношения высоко коррелируют с преобладающим стилем взаимодействия с ребенком.

Литература

1. Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю. Вы и младенец. – М., 1991.
2. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. № 6. 1994.

3. Соколова М.В., Смирнова Е.О. Структура и динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка // Вопросы психологии № 2 2007 с. 57-68
4. Соколова М.В. Смирнова Е.О. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка // Психологическая наука и образование № 4 2005.

СУПРУЖЕСКИЕ ИЗМЕНЫ КАК ПОВТОРЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ

Соколова Ю.А.

Российский Государственный социальный университет, г. Москва, Россия

Тема, связанная с нарушением супружеской верности, является одной из наиболее популярных в психологическом консультировании, в психотерапии. Запросы на работу с супружеской изменой являются распространенными как при очной психотерапии (М. Pizak, Г.В. Старшенбаум), так и при психологическом консультировании через Интернет (А.И. Львова, И.А. Рязанцева). Распространенность запросов на работу с супружеской изменой в психотерапии обусловлена широкой представленностью этого явления в современном обществе. Но, несмотря на отмечаемую распространенность супружеских измен, данная проблема редко подвергается теоретическому и эмпирическому анализу в связи с чем является малоисследованной областью супружеских взаимоотношений. Недостаток исследований по данной теме может быть обусловлен трудностью её изучения. Во-первых, научное изучение супружеских измен с помощью опросов, пусть и анонимных, является сложной задачей, поскольку получаемая информация может быть неполной или искаженной, так как супружеская измена является традиционно неодобряемым явлением. Во-вторых, супружеская измена отражает множество противоречий, дисгармоний между супругами, следовательно, несет в себе массу разнообразных мотивов, которые не всегда легко осознать и понять самим брачным партнерам, и в том числе исследователю. В-третьих, с течением времени в сознании людей, в их моральных установках происходят естественные изменения, которые могут оказывать влияние на отношение общества к явлению внебрачных связей, а также на мотивы вступления в них мужчин и женщин. В связи с этим необходимость изучения супружеской измены и её мотивов будет всегда актуальной и значимой как для психологической науки, так и для общества в целом.

Следует отметить, что под супружеской изменой мы понимаем добровольное вступление человека, состоящего в браке, в сексуальную связь с внебрачным партнером, без разрешения на это своего брачного партнера.

Исследования, посвященные проблеме супружеской измены, в большинстве своем проведены в XX веке и отражают морально-нравственные особенности супружеских отношений того времени (Т.В. Андреева, Ю.А. Шмотченко, 2001; И.Н. Бобкова, 2000; К. Ботуин, 1995; К. Витек, 1988; А.Н. Волкова, 1989; С.И. Голод, 1969, 1989; Т.А. Гурко, 1994; Т.М. Заславская, А.Г. Гришин, 1992; И.С. Кон, 1997, 2000; О.К. Лосева, 1990). Вместе с тем, многие из этих работ выполнены в социологическом ключе и характеризуют меру распространенности супружеских измен в социуме, а также отношение общественного мнения к явлению супружеских измен (С.И. Голод, Т. Гурко, И.Н. Кон, О.К. Лосева, И.Н. Бобкова).

В отечественной психологии супружеская измена как социально-психологический феномен не имеет на данный момент должной традиции

своего изучения, на лицо отсутствие современных исследований. В связи с этим нами была предпринята попытка исследования причин измен у современных мужчин и женщин трех возрастных групп (20-30 лет, 30-40 лет, 40-50 лет). Основное предположение состояло в том, что у мужчин и женщин в каждой из трех возрастных групп существуют значимые различия в причинах внебрачных связей. Вместе с тем была выдвинута частная гипотеза о том, что супружеские измены являются повторением родительских паттернов поведения.

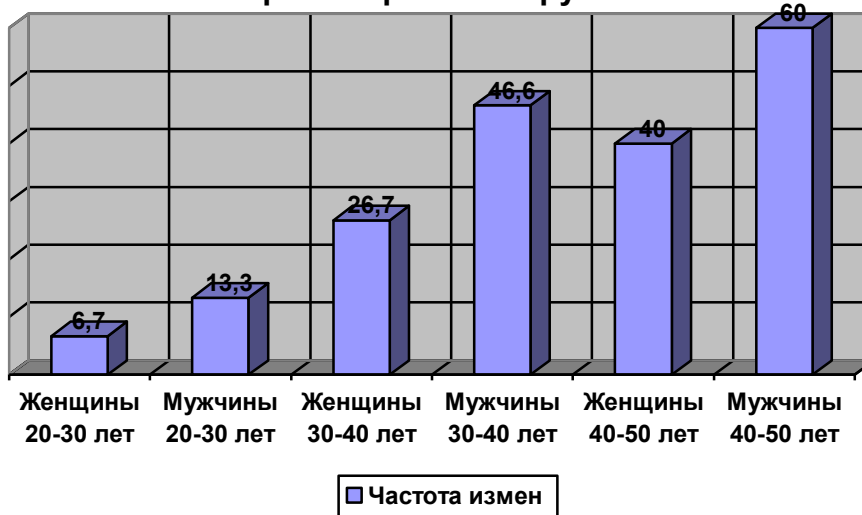
В ходе исследовательской работы было опрошено 180 человек - по 30 мужчин и женщин трех возрастных групп: 20-30 лет, 30-40 лет, 40-50 лет. В целях диагностирования была разработана специальная анкета для изучения отношения мужчин и женщин к супружеской измене, в которой присутствовали вопросы о наличии/отсутствии внебрачных связей у респондентов и об их причинах. Это позволило оценить субъективное мнение испытуемых о мотивах их неверности брачному партнеру. При этом под мотивом подразумевается осознаваемая причина, лежащая в основе выбора действий и поступков личности [3]. Кроме этого, в анкете присутствовали вопросы о частоте раздельного отдыха брачных партнеров; степени любви брачного партнера; степени любви к брачному партнеру; наличии измен своим предыдущим партнерам; наличии измен своему брачному партнеру до официальной регистрации отношений; наличии сомнений по поводу верности брачного партнера; наличии измен со стороны брачного партнера; наличии измен в семьях друзей и в семьях родителей. Показатели по ним, на наш взгляд, также могли быть связаны с возникновением супружеских измен в современных семьях.

Наряду с названным, была проанализирована взаимосвязь наличия внебрачных связей с показателями уровня удовлетворенности браком (Опросник удовлетворенности браком Ю.Е. Алешиной), степени удовлетворения супружеских потребностей (Анкета «Анализ супружеских потребностей» У. Харли), а также с мерами понимания супруга, эмоционального притяжения к нему и его авторитетом в глазах брачного партнера (Опросник ПЭА А.Н. Волковой).

В описании и интерпретации полученных результатов мы будем придерживаться следующей последовательности: сначала рассмотрим меру распространенности супружеских измен среди мужчин и женщин трех возрастных групп, затем проанализируем субъективные мнения испытуемых о причинах их неверности брачному партнеру, после чего охарактеризуем выявленные взаимосвязи между наличием внебрачных связей у респондентов с различными внутрисемейными факторами, в том числе с наличием измен в семьях родителей.

В первую очередь рассмотрим меру распространенности явления супружеских измен среди мужчин и женщин трех возрастных групп (рис. 1).

Рис. 1 Частота внебрачных связей женщин и мужчин трех возрастных групп



Среди женщин 20-30 лет, принимавших участие в исследовании, только 6,7% имели когда-либо внебрачные связи, а подавляющее большинство – 93,3% были всегда верны своим мужьям. Кроме этого, у 56,7% женщин никогда не возникало даже желания изменить супругу, а 83,3% не пошли бы на внебрачную связь, несмотря на уверенность в том, что муж об этом ничего не узнает.

Среди мужчин 20-30 лет своим женам изменяли также немногие – 13,3%. 86,7% опрошенных мужчин внебрачных контактов никогда не имели, а 53,3% никогда не испытывали даже желания быть с другой женщиной.

В подгруппе женщин 30-40 лет своим мужьям изменяли 26,7%. 73,3% женщин, принявших участие в исследовании, были всегда верны своим мужьям, однако 36,7% признались, что испытывали когда-либо желание вступить во внебрачную связь. Следовательно, среди тех женщин, которые никогда не изменяли, у 10% все же возникало желание это сделать. 43,3% не пошли бы на измену, даже будь они уверены, что их муж об этом не узнает. При этом 13,3% опрошенных женщин 30-40 лет всё же пошли бы на измену, при условии, что муж об этом не узнает.

Среди мужчин в возрасте 30-40 лет своим женам изменяли 46,6% (это уже в три раза больше, чем в подгруппе мужчин в возрасте 20-30 лет). Мужей, у которых когда-либо возникало желание вступить во внебрачную связь еще больше – 76,6%.

В подгруппе женщин в возрасте 40-50 лет 56,7% её представительниц своим мужьям никогда не изменяли, но столько же женщин испытывали желание это сделать. В наличии у себя внебрачных связей признались 40% женщин. Также 40% женщин допускают, что они могли бы изменить супругу, если бы были уверены в том, что он об этом не узнает, однако 30% остались бы верны своим мужьям, несмотря ни на что.

Среди мужчин в возрасте 40-50 лет, своим женам изменяют 60%, при этом 23,3% из них делают это достаточно часто. 63,4% респондентов

испытывали когда-либо в своей жизни желание вступить во внебрачный контакт (следовательно, среди тех 40% мужчин, которые никогда не изменяли, как минимум у 3,4% присутствовало желание это сделать). У 36,6% принявших участие в исследовании мужчин 40-50 лет, такого желания, соответственно, никогда не возникало.

Причины супружеских измен женщин и мужчин трех возрастных групп представлены в таблице 1:

Таблица 1. Причины фактических измен женщин и мужчин трех возрастных групп.

№ п/п	Причины измен	Жен-ы 20-30 лет	Мужы 20-30 лет	Жены 30-40 лет	Мужы 30-40 лет	Жены 40-50 лет	Мужы 40-50 лет
1	Общее чувство неудовлетворенности браком	0	0	50	28,5	41,7	0
2	Недостаток внимания со стороны брачного партнера	100	0	25	57	58,3	0
3	Отсутствие любви к брачному партнеру	0	0	50	21,4	16,7	11,1
4	Однообразие семейной жизни	0	50	0	8,6 ²	0	0
5	«Случайная связь»	0	100	0	21,4	0	33,3
6	Состояние алкогольного опьянения	0	100	0	0	16,7	22,2
7	Стремление отомстить за неверность брачного партнера	0	0	0	0	8,3	0
8	Долгое отсутствие брачного партнера	0	50	0	0	0	50

Как видно из таблицы, основной причиной супружеской измены женщин в возрасте 20-30 лет послужил недостаток внимания со стороны мужа. Среди мужчин этот мотив отмечен не был. Причинами измен мужчин 20-30 лет оказались «случайная связь», состояние алкогольного опьянения, однообразие семейной жизни и долгое отсутствие брачного партнера. Принимавшим участие в исследовании женщинам и мужчинам было разрешено отмечать в качестве ответов сразу несколько причин, чем обусловлены схожие процентные значения различных причин супружеской измены в мужской подгруппе.

Статистически значимые различия в отношении вопроса о причинах фактических измен мужчин и женщин 20-30 лет удалось выявить лишь в таких вариантах ответа, как «случайная связь» (0,05) и состояние алкогольного опьянения (0,05), характерных для мужчин 20-30 лет, но не для женщин.

Наиболее популярными причинами супружеских измен у женщин 30-40 лет стали общее чувство неудовлетворенности браком и отсутствие любви к мужу. Мужчины 30-40 лет также указывали на эти причины, но среди них они

не были так распространены. Большинство мужчин в качестве причины своей измены жене назвали недостаток внимания с её стороны.

Значимые различия в ответах женщин и мужчин в возрасте 30-40 лет на вопрос о причинах их фактических измен были выявлены в отношении таких причин внебрачных связей, как недостаток внимания со стороны брачного партнера (0,05) и однообразие семейной жизни (0,05), которые оказались в большей степени характерны для мужчин, нежели для женщин.

Наиболее распространенными причинами супружеских измен женщин в возрасте 40-50 лет являются недостаток внимания со стороны брачного партнера и общее чувство неудовлетворенности браком. Ни один мужчина в возрасте 40-50 лет эти причины в качестве ответа на вопрос о причинах своих фактических измен, не отметил. Среди мужчин наиболее популярными вариантами ответа стали долгое отсутствие супруги и «случайная связь», также не упомянутые ни одной женщиной.

Исходя из сказанного, логичными являются выявленные значимые различия в отношении перечисленных ранее причин, а именно: долгое отсутствие брачного партнера (0,01) и «случайная связь» (0,05), которые являются основанием для мужских измен, а также недостаток внимания со стороны брачного партнера (0,01) и общее чувство неудовлетворенности браком (0,05), служащие основанием для женских измен.

Помимо отмеченных причин супружеской измены, как предполагаемой, так и фактической, у мужчин и женщин трех возрастных групп, были выявлены также взаимосвязи между тенденцией к супружеской измене, фактической изменой и такими факторами, как частота раздельного отдыха брачных партнеров; степень любви к брачному партнеру; степень любви брачного партнера; наличие измен своим предыдущим партнерам; наличие измен своему брачному партнеру до официальной регистрации отношений; наличие сомнений в верности брачного партнера; наличие фактических измен со стороны брачного партнера; наличие измен в семьях друзей и в семьях родителей; меры понимания брачного партнера, его эмоциональной привлекательности и авторитета, а также уровень удовлетворенности браком и степень удовлетворения супружеских потребностей.

Так, внебрачные связи женщин в возрасте 20-30 лет взаимосвязаны со степенью любви женщины к мужу ($p=0,01$), со степенью любви мужа к женщине ($p=0,01$), с наличием сомнений в верности брачного партнера ($p=0,05$), с допущением женщиной мысли о том, что её муж способен на измену ($p=0,05$), с частотой раздельного времяпрепровождения ($p=0,05$), с мерами эмоционального притяжения к супругу ($p=0,05$) и уважения к нему ($p=0,05$), а также с уровнем удовлетворенности женщины браком ($p=0,05$) и со степенью удовлетворения её супружеских потребностей. При этом взаимосвязанными с супружеской изменой являются недостаточно удовлетворенные потребности в муже как спутнике по отдыху ($p=0,01$), в искренности и открытости супруга ($p=0,01$), в половых отношениях с мужем ($p=0,01$), в нежности со стороны супруга ($p=0,01$), в общении с супругом ($p=0,05$), в финансовой поддержке супругом ($p=$

0,05), в восхищении ($p=0,01$), в посвященности мужа семье ($p=0,05$) и в помощи мужа по дому ($p=0,05$).

Приведенные данные позволяют утверждать, что вероятность вступления женщины в возрасте 20-30 лет во внебрачную связь возрастает в случае недостаточной её любви к мужу и мужа к ней, при наличии сомнений в верности брачного партнера и допущении мысли о том, что он способен на измену, в случае частого раздельного времяпрепровождения, при недостаточном эмоциональном притяжении и уважении к супругу, а также при неудовлетворенности женщины браком и недостаточном удовлетворении её супружеских потребностей.

Внебрачные связи мужчин в возрасте 20-30 лет взаимосвязаны с наличием сомнений по поводу верности жены ($p=0,05$), с наличием фактических измен с её стороны ($p=0,01$), с наличием измен в семьях родителей ($p=0,01$), с мерой понимания мужьями своих жен ($p=0,01$), с мерой уважения к ним ($p=0,01$), а также с уровнем удовлетворенности мужчины браком ($p=0,01$) и со степенью удовлетворения его супружеских потребностей. При этом к наименее удовлетворенным и связанным с возникновением у мужчин в возрасте 20-30 лет внебрачных связей относятся потребности в жене как спутнице по отдыху ($p=0,01$), в её искренности и открытости ($p=0,01$), в нежности со стороны супруги ($p=0,01$), в привлекательности жены ($p=0,01$), в половых отношениях ($p=0,01$), в восхищении ($p=0,01$), в финансовой поддержке ($p=0,01$), в общении ($p=0,01$) и в помощи супруги по дому ($p=0,01$).

Следовательно, вероятность вступления мужчин в возрасте 20-30 лет во внебрачную связь увеличивается в случае наличия у мужчины сомнений в верности супруги и при наличии фактических измен с её стороны, а также при наличии внебрачных связей у родителей мужчины. Кроме того, возникновение супружеских измен у мужчин 20-30 лет может быть связано с низким уровнем понимания и уважения мужчиной своей жены, а также с неудовлетворенностью мужчины браком и с недостаточным удовлетворением его супружеских потребностей.

Внебрачные связи женщин в возрасте 30-40 лет взаимосвязаны со степенью любви женщины к мужу ($p=0,01$), со степенью любви мужа к женщине ($p=0,05$), с наличием сомнений в верности брачного партнера ($p=0,05$), с допущением женщиной мысли о том, что её муж способен на измену ($p=0,01$), с мерой понимания женой своего супруга ($p=0,01$), с мерой эмоционального притяжения к мужу ($p=0,05$), с мерой уважения к нему ($p=0,01$), с уровнем удовлетворенности женщины браком ($p=0,01$) и со степенью удовлетворения её супружеских потребностей. Недостаточно удовлетворенными у изменявших женщин 30-40 лет оказались потребности в искренности и открытости ($p=0,01$), в финансовой поддержке ($p=0,01$), в общении с супругом ($p=0,01$), в нежности со стороны супруга ($p=0,01$) и в восхищении ($p=0,05$).

Таким образом, вероятность вступления женщины в возрасте 30-40 лет во внебрачную связь возрастает при недостаточной её любви к мужу и мужа к ней, при наличии сомнений в верности брачного партнера и допущении мысли о том, что он способен на измену. Вместе с тем этому могут способствовать

недопонимание женщиной своего супруга, низкая привлекательность мужа в глазах жены, нежелание с ним общаться, неразделение его мировоззрения, мнений и интересов, а также низкие показатели уровня удовлетворенности женщины браком и степени удовлетворения её супружеских потребностей.

Внебрачные связи мужчин в возрасте 30-40 лет взаимосвязаны с наличием сомнений в верности жены ($p=0,05$), с наличием измен с её стороны ($p=0,01$), с наличием измен в семьях друзей ($p=0,01$), с мерами понимания мужчиной своей жены ($p=0,01$), эмоционального притяжения ($p=0,01$) и уважения к ней ($p=0,01$), а также с уровнем удовлетворенности мужчины браком ($p=0,01$) и со степенью удовлетворения его супружеских потребностей. Для мужчин в возрасте 30-40 лет взаимосвязанными с их изменами являются недостаточно удовлетворенные потребности в привлекательности супруги ($p=0,01$), в жене как спутнице по отдыху ($p=0,01$), в её искренности и открытости ($p=0,01$), в общении ($p=0,01$), в нежности ($p=0,01$), в финансовой поддержке ($p=0,01$) и в половых отношениях ($p=0,05$).

Исходя из сказанного, можно утверждать, что вероятность вступления мужчин в возрасте 30-40 лет во внебрачную связь увеличивается при наличии сомнений по поводу верности жены и в случае её фактических измен, а также при наличии друзей, имеющих внебрачные связи. Вместе с тем возникновение супружеских измен у мужчин 30-40 лет может быть связано с низким уровнем понимания и уважения мужчиной своей жены, с малой её привлекательностью в его глазах, с неудовлетворенностью мужчины браком и с низкой степенью удовлетворения его супружеских потребностей.

Внебрачные связи женщин в возрасте 40-50 лет взаимосвязаны с наличием измен в семьях друзей ($p=0,01$), с наличием измен в семьях родителей ($p=0,01$), с мерой понимания женой своего супруга ($p=0,01$), с мерой эмоциональной привлекательности мужа в глазах супруги ($p=0,01$), с мерой уважения женщины к мужу ($p=0,01$), с уровнем удовлетворенности браком ($p=0,01$) и со степенью удовлетворения супружеских потребностей женщины. Недостаточно удовлетворенными у неверных женщин 40-50 лет оказались потребности в нежности ($p=0,01$) и в общении ($p=0,01$).

Следовательно, вероятность вступления женщины в возрасте 40-50 лет во внебрачную связь возрастает в случае наличия у женщины друзей, имеющих внебрачные связи, в случае информированности о существовании внебрачных связей у родителей, а также при недопонимании женщиной своего супруга, низкой привлекательности мужа в глазах жены, нежелании с ним общаться, неразделении его мировоззрения, мнений и интересов, и при наличии низких показателей уровня удовлетворенности женщины браком и степени удовлетворения её супружеских потребностей.

Внебрачные связи мужчин в возрасте 40-50 лет взаимосвязаны с наличием измен в семьях друзей ($p=0,05$), с наличием измен в семьях родителей ($p=0,01$), с мерами понимания мужчиной своей жены ($p=0,01$), эмоционального притяжения ($p=0,01$) и уважения к ней ($p=0,01$), с уровнем удовлетворенности мужчины браком ($p=0,01$) и со степенью удовлетворения его супружеских потребностей. У мужчин в возрасте 40-50 лет в число наименее

удовлетворенных и связанных с изменами жене входят потребности в привлекательности супруги ($p=0,01$), в её искренности и открытости ($p=0,01$), в половых отношениях ($p=0,01$), в финансовой поддержке ($p=0,05$), в помощи жены по дому ($p=0,05$), в жене как спутнице по отдыху ($p=0,05$) и в посвященности жены семье ($p=0,01$).

Таким образом, вероятность вступления мужчины в возрасте 40-50 лет во внебрачную связь увеличивается, если он знает о существовании измен в семьях друзей и в семьях родителей, когда в супружеской паре низкий уровень взаимопонимания, муж не уважает супругу, она его эмоционально не привлекает, а также в случаях неудовлетворенности мужчины браком и недостаточного удовлетворения его супружеских потребностей.

В заключении статьи приведем некоторые выводы относительно рассмотренного материала.

Во-первых, у мужчин и женщин существуют значимые различия в причинах супружеских измен, следовательно, выдвинутое нами предположение подтвердилось.

Во-вторых, существует тенденция повторения детьми склонности к внебрачным связям, характерной для их родителей. Взаимосвязь наличия внебрачных связей у родителей с наличием супружеских измен в семьях их детей была выявлена у женщин в возрасте 40-50 лет, а также у мужчин в возрасте 20-30 лет и 40-50 лет. Таким образом, наша частная гипотеза о том, что супружеские измены являются повторением родительских паттернов поведения, подтвердилась частично. Родители передают ребенку представление о жизни, об окружающем мире, о том, как строить взаимоотношения с окружающими людьми и в том числе с брачным партнером. Дети, зная об изменах, присутствовавших в отношениях их родителей, вырастая, могут допускать подобное поведение в своих семьях. У них формируется впечатление, что неверность в семейной жизни является нормой. Существуют данные, которые свидетельствуют о том, что, даже не имея информации о внебрачных связях родителей, ребенок в своей семейной жизни может подсознательно подражать их действиям [1].

В-третьих, существует взаимосвязь между внебрачными связями респондентов с наличием в их окружении друзей, имеющих внебрачные связи. Такая взаимосвязь выявлена у женщин в возрасте 40-50 лет, а также у мужчин в возрасте 30-40 лет и 40-50 лет. Подобная взаимосвязь может быть обусловлена несколькими обстоятельствами. Во-первых, обычной распространенностью феномена супружеской измены в современном обществе. Во-вторых, действием механизма проекции: имея внебрачные связи у себя, мужчины и женщины склонны приписывать их наличие и другим людям с целью в некоторой степени оправдать своё поведение, снизить чувство вины. В-третьих, желание вступить во внебрачные связи могло возникнуть, глядя на друзей, которые их уже имеют. Особенно это касается мужчин: мужчину, ведущего себя целомудренно, могут подозревать в отсутствии мужественности, если среди друзей, которые его окружают, наличие внебрачных связей является нормой.

В-четвертых, среди женщин и мужчин одной возрастной категории нет существенных различий в частоте внебрачных связей. Вместе с тем важно отметить, что с возрастом количество внебрачных связей у женщин и мужчин увеличивается. Так, было выявлено, что мужчины и женщины в возрасте 20-30 лет изменяют своим брачным партнерам реже, чем мужчины и женщины в возрасте 30-40 лет, а мужчины и женщины 30-40 лет изменяют реже, чем мужчины и женщины 40-50 лет. Это может быть связано с тем, что у мужчин и женщин в возрасте 20-30 лет еще сильны чувства любви друг к другу, которые с возрастом могут угасать. Кроме этого возрастной отрезок от 40 до 50 лет располагает к сомнениям в правильности прожитой жизни и сопровождается убыванием физических сил, привлекательности. На фоне этого кризиса середины жизни количество внебрачных связей может стремительно увеличиваться [2].

В-пятых, на возникновение супружеских измен у мужчин и женщин трех возрастных групп оказывают влияние низкий уровень удовлетворенности браком и недостаточное удовлетворение супружеских потребностей.

В-шестых, с наличием супружеских измен у мужчин и женщин трех возрастных групп взаимосвязаны меры понимания брачного партнера, эмоционального притяжения к нему и уважения.

Список литературы:

1. Ботуин К. Не бойся Дон-Жуана, или Как относится к мужской неверности / Пер. с англ. - М.: Центрполиграф, 2000. 320с.
2. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. - СПб.: Питер, 2005 - 940с.
3. Краткий психологический словарь / ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - М.: Политиздат, 1985. - 431с.

СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Сороколат Е.В.

Уральский гуманитарный институт, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность проблемы исследования психических состояний детей из детских домов, обусловлена ростом количества сирот, а так же числом совершаемых ими правонарушений.

Психология возникновения тех или иных психических состояний и их переживание в подростковом возрасте является слабоизученным аспектом как в области общей, возрастной, клинической психологии, так и в области практического рассмотрения вопроса переживания психических состояний ребенком-сиротой.

Исследователи констатируют рост подростковой тревожности, разнообразных страхов, проявления агрессивности, утомляемости, а также рост психосоматических заболеваний, причина которых может скрываться в особом социальном окружении.

Негативные эмоциональные состояния возникают как ответная реакция на воздействие окружающей среды, обусловленная индивидуальным видением, переживанием ситуации. От того, как будет воспринято то или иное событие, каким будет отношение к ней подростка, зависит своеобразие переживаемого им психического состояния, и, как следствие - поведение. Кроме этого, психические состояния способствуют и возникновению определенных физиологических состояний, соотносятся с ними, и такое влияние также индивидуально. Взаимообуславливая друг друга, психические состояния и физиологические процессы определяют общее состояние человека, возможность его эффективной адаптации и конструктивного взаимодействия в привычной ему среде.

Анализ психологических исследований, связанных с проблемой изучения психических состояний был в центре внимания Г.Г. Аракелова, В.А. Бодрова, Ф.Б. Березина, А.Ю. Бутова, В.А. Ганзена, Н.Н. Даниловой, Е.П. Ильина, Л.В. Куликова, Н.Д. Левитова, В.Л. Мрищука, А.О. Прохорова, Е.Ю. Сосновиковой и др. В работах данных ученых, как правило, представлены обобщенные характеристики определенного уровня проявления психических состояний: физиологического, психического или психосоциального. Необходимо отметить, что в большинстве работ, направленных на изучение психических состояний подростков исследуется понятие «переживание» как субъективное восприятие своего состояния.

Теоретический анализ и обобщение научной литературы по проблеме особенностей жизни ребенка в детском доме и формирующихся у него психических состояний показал слабую разработанность данного вопроса и выделение в качестве исследуемых категорий в большинстве случаев лишь личностные особенности подростка, воспитывающегося в детском доме.

Проблема недостаточности изучения психических состояний подростка приобретает особое значение, когда речь идет о детях - сиротах, лишенных

родительской поддержки, как имеющих негативный социальный опыт, отличающихся от сверстников ослаблением физического и психического здоровья и нравственной устойчивости.

По данным статистики - свыше одного миллиона российских детей живет в условиях нарушения естественного процесса социализации, изолированности от важнейших институтов воспитания: семьи, внешкольных учреждений, моделирующих систему отношений «человек-общество», других дружеских и семейных групп. Характерным результатом негативных влияний выступает высокий уровень социальной дезадаптации таких детей, низкий потенциал их жизненной самореализации, потребительское отношение к обществу.

Общество и государство заинтересованы в том, чтобы выпускники детских домов и учреждений интернатного типа, были готовы к самостоятельному решению проблем, возникающих на их жизненном пути социально приемлемым способом. Воспитание и обучение сегодня должно готовить детей к процессу постоянных жизненных и профессиональных перемен, развивать творческую инициативу, социальную ответственность, активную жизненную позицию.

С целью определения особенностей психических состояний подростков было проведено исследование детей, проживающих в детском доме и в семьях. В нем приняли участие старшие подростки 15-16,5 лет, в количестве 40 человек. Из них 20 подростков, воспитывающихся в детском доме-интернате и 20 подростков, воспитывающихся в полной семье, учащиеся МОУ СОШ.

В исследовании использовались следующие методики: Тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку); Опросник «САН»; Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера; Шкала депрессивности Т.И. Балашовой.

В результате проведенной психодиагностики с применением методов математической статистики были получены следующие результаты.

По тесту «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка выяснили, что наиболее выраженное психическое состояние у подростков из детских домов – это *тревожность* 17,3 (сред. значение), в то время как у подростков живущих в семье – *агрессия* 15, 6 (сред. значение).

Данные показатели говорят об эмоциональном неблагополучии детей-сирот, так как переживание тревожности и её выражение, является характерным состоянием и поведенческой чертой подростка. Старший подростковый возраст – это период, требующий признания и принятия со стороны взрослого, но в детском доме персонал выполняет воспитательное и педагогическое взаимодействие с подростком, в то время как ему, для снижения уровня тревожности требуется аффилиативное и экзистенциальное.

Также, для старших подростков, воспитывающихся в детском доме, наиболее свойственно такое психическое состояние, как фрустрация, что также свидетельствует о личностном неблагополучии и сложности в гибком реагировании, а также трудности в нахождении адекватных ситуации психологических реакциях. Фрустрация препятствует подростку не только

быстро и сообразно ситуации реагировать, но и оценивать сложившийся в жизни случай, что приводит к фиксации неконструктивной модели поведения.

Определяя нормальность распределения выборки с применением программы Statistika 6.1, было доказано отсутствие нормального распределения, в связи с чем, для подсчета различий, был выбран t-критерий.

Таблица 1

Различия между психическими состояниями подростков из детского дома и живущими в семье

Показатели	тревожность	фрустрация	агрессия	ригидность
Сред. знач. дет дом	17,3	15,8	12	4,8
Сред. знач. семья	7	8,6	15,6	8,7
t-значение	10	6,5	-3,5	-8,1

Таким образом, между всеми изучаемыми психическими состояниями подростков выявлены существенные различия. Учитывая, что переживаемые подростком психические состояния связаны с социальной ситуацией развития, мы можем предположить, что подростки-сироты и подростки, живущие в семье, будут переживать в качестве ведущих, различные состояния.

В результате изучения психических состояний, с помощью опросника «САН» определили, что подростки из детских домов и подростки живущие в семье, по-разному оценивают свое самочувствие, активность и настроение.

Установлено, что подростки из детских домов имеют более низкие значения по всем параметрам, что говорит о их эмоциональной сдержанности, а также скрытом неблагополучии. Подростки также отдают себе отчет о своем особом положении в группе и обществе, что может сказываться как на самочувствие, так и на настроении. Подростки из семей имеют более высокие показатели как самочувствия, так и настроения, что говорит о их более ярком и положительном эмоциональном фоне и стабильном психическом состоянии.

В ходе исследования было выявлено, что в показателе психического состояния «активность» значимых различий нет, что свидетельствует о равной активности подростков из обеих групп. Это может быть обусловлено логикой возрастного развития и необходимостью решать одни и те же задачи, и поэтому, независимо от социальной ситуации, активность, как психическое состояние подростков, требует своего проявления. Психические состояния «самочувствие» и «настроение» имеют более выраженный характер и в значительной мере различаются в исследуемых группах.

Таблица 2

Различия между психическими состояниями подростков из детского дома и живущими в семье (САН)

Показатели	самочувствие	активность	настроение
Сред. знач. дет дом	3,2	5,50	2,4

Сред. знач. семья	5,9	5,55	5,9
t-значение	-5,9	-0,12	-10,2

Дальнейший анализ переживаемых психических состояний подростков из детских домов был связан с измерением уровня и особенностей состояния тревожности.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности, при этом у каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая predisposed субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как predisposed, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность, как состояние, характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

В результате исследования тревожности, были выявлены следующие особенности в переживании данного психического состояния подростками из детских домов и живущих в семье. Подростки из детских домов имеют более высокие показатели личностной и ситуативной тревожности, в отличие от подростком живущих в семье. Однако, на статистически значимом уровне различия получены только по показателю личностной тревожности. Полученные в исследовании данные не противоречат проведенным ранее исследованиям и подтверждают гипотезу о том, что условия детского дома являются фактором, вызывающим эмоциональное неблагополучие.

Таблица 3

Различия между ситуативной и личностной тревожностью подростков из детского дома и живущими в семье

Показатели	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
Сред. знач. дет дом	41,2	36
Сред. знач. семья	36,2	34,6
t-значение	3,3	1,29

Изучая уровень депрессивности (Шкала депрессивности Т.И. Балашовой), также были выявлены значимые различия в переживании данного состояния. Установлено, что подростки из детских домов имеют более высокие показатели высокого уровня депрессивности, в то время как подростки, живущие в семье с родителями, вообще не имеют высокого уровня депрессивности. Подростки, живущие в семье, могут переживать депрессивное состояние, но лишь как временное явление жизни, редко повторяющееся.

Таблица 4

Различия между депрессивным состоянием подростков из детского дома и живущими в семье

Показатели	Депрессивное состояние
Сред. знач. дет дом	62,9
Сред. знач. семья	54,1
t-значение	5,92

Для определения ведущих факторов в формировании психического состояния подростков из детских домов и определение их особенностей, был проведен факторный анализ, по всем применяемым в исследовании методикам. Факторный анализ показал, что определяющими нагрузками комплекса психических состояний старших подростков из детского дома являются фрустрация (0,862) и агрессия (-0,812), в качестве второго фактора - тревожность (-0,939), (отмеченные нагрузки больше 0, 7). Полученные данные свидетельствует о том, что ведущим фактором в формировании психического состояния подростка из детского дома является *фрустрация*, то есть испытываемые проблемы реагирования и переживания по этому поводу.

Факторный анализ (Варимакс исходный) проведенный у детей, воспитывающихся в семье, показал, что тревожность (0,876) и ригидность (0,786) являются главными компонентами в первом факторе, в то время, как во втором факторе наиболее значимой является агрессия (0,914). Таким образом, для подростков, воспитывающихся в семье, наиболее характерным состоянием является – *тревожность*, так как именно по нему получены большие показатели и он отнесен к факторам первого порядка.

Таким образом, ведущим фактором формирования психического состояния у старших подростков из детских домов является фрустрация, а у подростков, живущих в семье – тревожность.

Определяя особенности самооценки психических состояний подростками из детских домов, выяснили, что ведущим фактором (САН, Факторные нагрузки (без вращения) имеет фактор *активности* (0,737) и настроения (-

0,831), в то время как для детей, воспитывающихся в семье *самочувствие* (-0,824), активность (-0,757).

Полученные данные свидетельствуют о том, что старшие подростки, воспитывающиеся в Детском доме в оценке своего психического состояния опираются на показатели активности. Именно проявляя активность в переживании, подростки могут определить свое состояние, а также проконтролировать его.

В отличие от вышеописанной группы, старшие подростки, живущие в семье, в большей степени ориентируются на свое самочувствие, и ведущим фактором формирования психического состояния домашнего подростка является настроение и самочувствие – как кратковременное психическое состояние, носящее гибкий и социально обусловленный характер, связанный с рефлексивными возможностями человека.

Итак, психическое состояние подростка из детского дома обусловлено его активностью, а психическое состояние подростка, живущего в семье, с родителями - самочувствием и настроением.

Проведенное нами исследование позволило прийти к следующим выводам: старшие подростки из детских домов имеют высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, при этом главным показателем является личностная тревожность и наличие устойчивого депрессивного состояния. Такие подростки имеют высокий показатель фрустрированности, что свидетельствует о слабой адаптации к социальным явлениям, у них также выявлен сниженный фон самочувствия и настроения, как показатель общей эмоциональной напряженности и неблагополучия ребенка – сироты. Наличие же активности и жизнестойкости является показателем, одинаково выраженным как для воспитанников детских домов, так и для детей, живущих в семье. Выявленный факт может свидетельствовать о том, что активность, как психологический критерий является независимым от социальных факторов и внешних воздействий.

Литература:

1. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возр. динамика. – М.: МПСИ; Воронеж: Издательство НПО «МОДЕК», 2000. – 304 с.

2. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М., Пер Се, 2004. 176с.

3. Прохоров А.О. Практикум по психологии состояний: СПб, Речь, 2004. 480с.

4. Прохоров А.О. Психические состояния и их проявления в учебном процессе. Казань, КГУ, 1991. 167 с.

5. Прохоров А.О. Психические состояния и их функции. Казань: Изд-во ХГПИ, 1994. 175 с.

СОСТОЯНИЕ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Степанова Т.В., Буданова М.В.

**Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н. Бурденко
г.Воронеж, Россия**

Актуальность. Психологическое состояние женщин после неблагополучной беременности и преждевременных родов в настоящее время приобретает особую актуальность. Вопрос о психопрофилактической работе с беременными встаёт с новой значимостью в связи с существенным ухудшением здоровья беременных и рожениц. За последнее десятилетие в России более чем в 2 раза увеличилась частота осложнений беременности. По данным Министерства здравоохранения и социального развития России лишь 30% происходящих родов, протекают нормально. Состояние многих беременных характеризуется напряжёнными процессами адаптации на грани нарушения баланса между состоянием здоровья и болезнью. Результатом негативных процессов во время беременности и в родах является ухудшение состояния новорождённых, и снижение качества жизни матери и младенца в последующем периоде. Даже практически здоровые женщины на протяжении гравидарного и послеродового периода находятся в состоянии биологического и психологического криза [4].

Психологические изменения во время беременности происходят на фоне уже существующих личностных особенностей женщины, её жизненных установок, невротических проявлений, что может затруднять развитие психологической готовности к материнству.

Большое влияние оказывают социальные составляющие, внутрисемейные отношения в период ожидания ребёнка. Также важным фактором может быть наличие хронических заболеваний и субъективное отношение женщины к ним. Всё это в начале беременности в значительной степени отражается на психологической готовности принять материнство.

Психологическая неготовность женщин к материнству приводит к отсутствию компетентности, в ряде случаев, к безответственности по отношению к ребёнку [1].

Как показывает анализ литературных данных, большинство распространенных программ дородовой подготовки ориентировано на решение психогигиенических и образовательных задач. Результатом такой подготовки является улучшение эмоционального состояния женщин, однако при наступлении родовой деятельности возникающие изменения в центральной нервной системе приводят к частичному или полному блокированию усвоенных навыков [2,5].

Вследствие высоких физических нагрузках во время родов происходит повышение мышечного напряжения, усиливается болевой синдром, возникает эмоциональное напряжение и чувство страха, нарушается баланс между процессами возбуждения и торможения в центральной нервной системе, при этом происходит десинхронизация дыхательной и сердечной деятельности. Это

приводят к быстрому психофизиологическому истощению женщины, что усугубляет проявление нарушений на эмоциональном и поведенческом уровне (возбудимость, плаксивость, неконтактность, отсутствие мотивации на рождение ребёнка). Такое состояние можно охарактеризовать как психосоматическую дезадаптацию, проявляющуюся неадекватным поведением и негативным эмоциональным состоянием роженицы, нарушением формирования взаимоотношений матери и младенца.

Ряд перинатологов отмечают значение некоторых социальных, психологических и физиологических факторов в процессе подготовки к материнству [3].

Целью исследования явилось изучение социально-психологического статуса и состояния ситуационной тревожности матерей, недоношенных и доношенных новорожденных детей.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе отделений патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей областной детской клинической больницы (ОДКБ) №1г. Воронежа. Обследовано 55 новорожденных детей и их матерей. Соотношение мальчики / девочки составило 27/28. Нами проведен сравнительный анализ результатов тестирования 28 матерей, дети которых находились на лечении в отделении выхаживания недоношенных детей (1 группа), и 27 матерей, дети которых находились на лечении в отделении патологии новорожденных детей (2 группа). Для тестирования состояния ситуативной тревожности (СТ) использовали шкалу, предложенную Ч. Д. Спилбергом. На русском языке его шкала СТ была адаптирована Ю. Л. Ханиным. В зависимости от суммы баллов, полученных в результате опроса матерей, выделяли 3 степени СТ: при сумме до 30 баллов – низкий, сумме 31 - 44 – умеренный; - более 45 баллов – высокий. Матерям также было предложено ретроспективно оценить свой психосоциальный статус и выразить свое отношение к проблемам, связанным с беременностью и родами, по разработанным нами специальным анкетам.

Результаты исследования. В процессе анкетирования установлено, что в первой группе средний возраст матерей недоношенных детей составил $29,1 \pm 6,1$ лет, средний гестационный возраст новорожденных детей был $32,6 \pm 1,1$ недели, масса при рождении - $1521,5 \pm 411,5$ г. Во 2 группе средний возраст матерей был $25,4 \pm 5,1$ года, гестационный возраст детей составлял $38,2 \pm 2,1$ недели, масса при рождении была $3186 \pm 500,1$ г. Среднее образование имели – 38,5% матерей, профессиональное – 11,1%, высшее – 50%. По профессиональному и социальному статусу 26,5% всех матерей были служащими, 11,4%, - студентками, 32,3% заняты в рабочих профессиях, 29,1% не работали. Очень низкая материальная обеспеченность выявлена в 10,8% случаев, низкая - в 32,4%, удовлетворительная – в 56,7%.

Брак был зарегистрирован в 69,2%, не зарегистрирован - в 30,8%. Ребенок рожден в полной семье в 76,9% случаев, в неполной - в 23,1%.

Из многодетной семьи было 17,9% женщин. 59% детей были рождены от 1 беременности, 18,7% - от 2, 10,5% - от третьей. Преимущественно у матерей 1 группы отмечено неблагоприятное течение беременности с угрозой

прерывания (39,8%) и гестозом (42,1%). Хронические заболевания матери чаще регистрировались в первой группе (соответственно 40,7% и 25%)

Ситуативная тревожность (СТ) как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в связи с определенными стрессовыми ситуациями (беременностью, родами). Средний показатель СТ по шкале Спилберга у матерей 1 группы составил $39,9 \pm 7,6$ балла, что соответствует умеренной степени СТ. Во второй группе СТ - $28,3 \pm 5,6$ балла, что, отражало низкую степень тревожности.

Следует отметить, что распределение по степени тревожности было различным среди матерей недоношенных и доношенных новорожденных детей. Высокий уровень СТ показали 45% матерей 1 группы (51,9 балла), и 30% матерей 2 группы (45 баллов), в то время как низкий уровень СТ (17,9 балла) регистрировался чаще во второй группе (48%), и лишь 30% - в первой (22,7 балла), умеренная степень СТ в обеих группах составляла 22% и 26% (соответственно 39,5 и 32,2 балла).

Обсуждение результатов. Состояние ситуативной тревожности возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. В наших исследованиях такими ситуационными факторами явились роды, тяжелая патология у ребенка, длительное пребывание на ИВЛ, продолжительное парентеральное или зондовое питание, малая обеспеченность. Женщины, отнесенные к категории высокотреховных, воспринимали отмеченные факторы как угрозу своей жизнедеятельности и ребенка и реагировали весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Высокий уровень СТ ассоциирован со степенью недоношенности, массой тела при рождении ($r = -0,56$), оперативным родоразрешением (55,6%), первой беременностью и родами (55,6%, $r = -0,55$), наличием хронических заболеваний у матери ($r = 0,45$). Низкую готовность к материнству продемонстрировали 31,2% матерей, которая выражалась в виде нерациональных стереотипов поведения и психологических установок при беременности, которые могли оказать влияние на уровень заботы о ребенке после его рождения. Среди неблагоприятных факторов следует выделить нежеланную беременность (25,9%), позднюю постановку на учет в женской консультации (23%), невыполнение рекомендаций акушеров гинекологов, отсутствие подготовки в школе матерей (85,6%), неполные семьи (32,6), незарегистрированный брак (30,8%), не работающие матери (36,4%), малая обеспеченность (41,7%).

Заключение. Некоторые социальные, психологические и физиологические факторы имеют большое значение в процессе подготовки женщины к материнству. Женщины могут воспринимать отмеченные факторы как угрозу своей жизнедеятельности и ребенка и реагировали весьма выраженным состоянием ситуационной тревожности. Высокий уровень СТ ассоциирован со степенью недоношенности, массой тела при рождении,

родоразрешением, первой беременностью и родами, наличием хронических заболеваний у матери. Указанные неблагоприятные социальные и психологические особенности должны учитываться при разработке программ и планов предродовой подготовки.

Литература

1. Ланцбург М.Е. Психологическая служба поддержки беременных женщин и молодых родителей / М.Е Ланцбург // Психологическая наука и образование.—2011.--№1.
2. Мухина В.С. Возрастная психология. - М., 2006. – 352 с
3. Немов Р.С. Психология: В. - М., 2005. - Кн. 2: Психология образования. 496с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие; В 2 томах /Н.П.Шабалов.-Т.1.-М.—МЕДпресс- информ,2004.—608 с
5. Шалина Р.И. Тяжелый гестоз. Ближайшие результаты развития детей / Р.И Шалина и соавт // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.-- 2007.—Т.6, №4.-43-48.

ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ САМООЦЕНКИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПРОСТРАНСТВОМ СЕМЕЙНЫХ, ШКОЛЬНЫХ ОЦЕНОК И УСПЕШНОСТЬЮ В ОБУЧЕНИИ

Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.

**Курский государственный медицинский университет, г. Курск,
Россия**

Системообразующим ядром индивидуальности является самооценка личности, которая во многом определяет жизненные позиции человека, уровень его притязаний, всю систему оценок. Самооценка влияет на формирование стиля поведения и жизнедеятельность человека. Другими словами, самооценка во многом обуславливает динамику и направленность развития субъекта.

В связи с высокой значимостью данной инстанции для становления личности, проблеме ее изучения в психологии посвящено множество теоретических и эмпирических работ, как отечественных, так и зарубежных ученых. Вопросы ее онтогенеза, структуры, функций, возможностей направленного формирования, влияния социального окружения и среды на ее становление обсуждаются в работах Л.И. Божович, И.С.Кона, М.И.Лисиной, А.И.Липкиной, Э.Эриксона, К.Роджерса, В.Н. Квинн, Р. Бернса, У. Джемса и других психологов.

В трудах отечественных психологов ведущая роль самооценке отводится в рамках исследования проблем развития и формирования самосознания. Эти исследования сконцентрированы вокруг двух групп вопросов. С одной стороны, в общетеоретическом и методологическом аспектах проанализирован вопрос о становлении самосознания в контексте более общей проблемы развития личности (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, М.Н. Скаткин). В другой группе исследований рассматриваются более специальные вопросы, прежде всего связанные с особенностями самооценок, их взаимосвязью с оценками окружающих (А.И. Липкина, Е.И. Савонько, Е.А. Серебрякова, В.А. Горбачева). Самооценка характеризуется как стержень процесса самосознания, показатель индивидуального уровня его развития, его личностный аспект, органично включенный в процесс самопознания. С самооценкой связываются оценочные функции самопознания, вбирающие в себя эмоционально-ценностное отношение личности к себе, специфика понимания ею самой себя.

Считая самооценку наиболее сложным продуктом сознательной деятельности ребенка, Б.Г.Ананьев отмечал, что ее исходные формы являются прямым отражением оценок взрослых, а подлинная самооценка появляется тогда, когда она наполняется новым содержанием, благодаря «личному участию» в ее производстве самого ребенка. Психологическим смыслом такого «участия» выступает построение ребенком собственного пространства оценок за счет ассимиляции внутрисемейных и школьных оценок.

Л.С. Выготский указывает на то, что самооценка, как обобщенное, то есть устойчивое, внеситуативное и, вместе с тем, дифференцированное отношение

ребенка к самому себе, начинает складываться в семилетнем возрасте. Именно в этом возрасте ребенок переходит с позиции безусловного принятия и приписывания себе оценок окружающих, к их объективизации, что становится возможным благодаря новообразованию кризиса семи лет – саморефлексии.

Основная жизнь ребенка от рождения и до старшего дошкольного возраста протекает в рамках семьи. Родители, а также близкие родственники, выступают для ребенка как значимые взрослые, посредством оценок которых у ребенка начинает формироваться оценочное отношение к себе. Было доказано, что любовь, тепло и принятие ребенка родителями крайне важны в плане развития адекватной самооценки. Это ощущение доверия становится важным гарантом против тревоги в противостоянии окружающему миру, обеспечивая ребенку чувство базовой безопасности, необходимое при столкновении с требованиями окружения.

Исходя из вышесказанного, к основным критериям самооценки мы относим вслед за рядом авторов ее адекватность и высоту [1; 2; 3; 4]. Наряду с ними, нами также выделяются в качестве самостоятельных критериев наличие или отсутствие в структуре самооценки ощущения психологической защиты со стороны значимого социального окружения, критичности в оценке себя, а также дифференцированной критической оценки значимых взрослых.

Социальная ситуация развития изменяется с момента поступления ребенка в школу. Ведущей формой его деятельности становится учебная. Именно ее оценка со стороны значимого окружения теперь в наибольшей мере влияют на отношение ребенка к самому себе. Теперь не только оценки родителей являются значимыми для ребенка, но и педагогическая оценка со стороны учителя, который теперь также выступает как значимый взрослый. Успешность овладения учебной деятельностью во многом зависит от предыдущего опыта оценивания ребенка со стороны окружающих, от специфики наличного уровня развития у ребенка чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и позитивного отношения ко всему тому, что входит в сферу его Я.

Таким образом, успешность овладения учебной деятельностью, отражаемая с помощью оценок учителя (как вербальных, так и невербальных), влияет на характер самооценки, и в то же время наличный характер оценки ребенком самого себя, сформированный в семье, влияет на успешность овладения учебной деятельностью.

Для подтверждения выдвинутых нами критериев самооценки ребенка и предположения о взаимовлиянии характера самооценки и успешности обучения друг на друга при обучении ребенка в первом классе нами было проведено эмпирическое исследование.

Основной целью исследования является подтверждение значимости выделенных критериев самооценки и выявление связей «самооценка – характер семейных и школьных оценочных отношений», «самооценка – успешность обучения».

Нами предполагаются следующие основные гипотезы:

- Характер и тип самооценки ребенка определяется спецификой пространства внутрисемейных и школьных оценок.
- Характер самооценки и успешность обучения первоклассника взаимосвязаны, и оказывают взаимовлияние друг на друга.

Объектом исследования является самооценка. Предметом – самооценка ребенка во взаимодействии с пространством внутрисемейных, школьных оценок и успешностью учебной деятельности.

Для реализации поставленных целей нами был выбран квазиэкспериментальный план.

Исследование проводилось на базе школ № 27 и № 7 г. Курска.

Выборка была представлена учащимися 1 «А» и 1 «Б» классов школы № 27 и 1 «А» и 1 «Б» классов школы № 7 (см. приложение 2.1. диаграмма 1). Кроме того, к исследованию были привлечены родители и близкие родственники учащихся, а также педагоги начальной школы, работающие с классами. Всего: 101 учащийся в возрасте от 7 до 8,7 лет (из них 51 девочка, 50 мальчиков), 4 педагога, 74 человека, воспитывающих детей (из них 37 матерей, 28 отцов, 3 отчима, 6 др. близких родственника). Среди обследованных детей 19 (18,8%) человек воспитываются в неполных семьях, 82 (81,8%) - в полных.

В исследовании применялись следующие методы:

Модифицированная методика С.Г. Якобсон «Лесенка» самооценки

Характеристика методики: методика проективная, разработана С.Г. Якобсон, модифицирована доцентом Т.И. Сурьяниновой.

Направленность: диагностика пространства оценок ребенка, включая самооценку, а также переживание им внешних оценок.

Возраст: адаптирована для любых возрастных категорий (с момента, когда ребенок уже в состоянии логически осмыслить инструкцию, возможно с 3-4 лет). Оптимальна для диагностики самооценки детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Материалы и оборудование: две цветные ручки и специально подготовленный бланк, на котором нанесены семь горизонтальных линий, изображающих лесенку, слева от каждой указан соответствующий номер так, что самой нижней ступеньке присваивается №1, а самой верхней №7.

Процедура исследования: Методика проводится индивидуально. Процедура исследования представляет собой беседу с ребенком с использованием определенной шкалы оценок, на которой он сам помещает себя и предположительно определяет то место, куда его поставят другие люди. После установления раппорта с обследуемым ему предлагается нарисованная на листе бумаги лесенка из 7 ступенек и дается следующая инструкция:

«Перед тобой лесенка, на верхней ступеньке которой находятся самые хорошие дети. Самые умные, добрые, послушные, здоровые. На 6-ой ступеньке – дети тоже хорошие, но иногда у них может что-то не получаться. На 5-ой ступеньке – тоже хорошие, но у них уже несколько больше плохого, чем у детей на шестой ступеньке. На 4-ой ступеньке – дети, у которых поровну и хорошего и плохого. На 3-ей стоят дети, у которых уже больше плохого. На 2-ой – еще больше, и на 1-ой – самые ужасные, злые и глупые».

После сообщения инструкции ребенку, осуществляется проверка качества ее понимания и усвоения. Для этого ребенка просят воспроизвести ее. В случае объективно наблюдаемых сложностей в понимании сути задания, инструкция повторяется и проверяется еще раз. Как только инструкция усваивается ребенком, его просят указать, на какую ступеньку он поставит себя, маму, папу (в случае неполной семьи кого-либо из значимых взрослых), учителя, и на какую, по его мнению, поставят его они. Для обозначения указанных позиций ребенка просят написать на соответствующих ступеньках буквы «Я» (куда себя ставит ребенок), «М» (куда он ставит маму), «П» (куда ставит папу), и другим цветом «М» (куда, как он думает, поставит его мама), «П» (куда, как он думает, поставит его папа).

Обработка и анализ результатов: дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста проявляют большой интерес к своим отношениям с другими людьми и, как правило, с готовностью участвуют в беседе на данную тему.

При оценке результатов необходимо прежде всего установить отношение ребенка к себе. В старшем дошкольном и младшем школьном возрастах подавляющее большинство детей считают себя «хорошими» и помещают себя на верхние ступеньки лесенки. При этом, как показывают данные, дети, поставившие себя на самую верхнюю ступеньку (т.е. причислившие себя к самым лучшим), практически никогда не могут обосновать такую самооценку. Дети же, не считающие себя самыми хорошими, подходят к оценке себя более объективно и критично и могут объяснять свой выбор различными причинами, например: «Я все-таки иногда балуюсь», «Я очень много вопросов задаю» и др.

Как правило, отношение других людей к ребенку воспринимается им достаточно дифференцированно: дети считают, что близкие взрослые (мама, папа, дедушка, бабушка, а также учитель) по-разному относятся к ним.

Наиболее важным для понимания сложившейся у ребенка самооценки является соотношение оценок «за себя» и «за маму». Благополучным является вариант, когда дети считают, что мама поставит их на самый верх лесенки, а сами себя ставят немного ниже — на вторую-третью ступеньку сверху. Такие дети, ощущая твердую поддержку и психологическую защиту со стороны наиболее значимых взрослых, уже выработали способность достаточно критически подходить к оценке себя как личности. Самооценку таких детей и ситуацию их развития можно считать наиболее благополучными.

Другой вариант — высокое мнение ребенка о себе совпадает с мнением мамы или кого-то из ближайшего окружения. Такая ситуация может быть характерна для детей: а) действительно благополучных; б) инфантильных (все оценки размещаются на самой верхней ступеньке, но при этом нет обоснованных, развернутых формулировок, поясняющих такое приписывание); в) «компенсирующих» (выдающих желаемое за действительное).

Еще одним вариантом является ситуация, когда дети ставят себя выше, чем, как они полагают, поставила бы их мама, или другой значимый взрослый. Такая ситуация расценивается как неблагоприятная для развития личности ребенка, так как расхождение оценок замечено ребенком и несет для него

страшный смысл: «Его не любят». Как правило, прогнозируемая ребенком низкая оценка со стороны матери во многих случаях бывает связана с наличием в семье более маленьких детей, которые, по убеждению испытуемых, будут помещены мамой на самую верхнюю ступеньку. Вместе с тем именно для таких детей чрезвычайно важно, чтобы их позиция на верхней ступеньке была подкреплена кем-то из взрослых. В этой ситуации целесообразно задать вопрос: «А кто из близких все-таки поставит тебя на самую верхнюю ступеньку?» И, как правило, у каждого ребенка находится кто-то из окружающих людей, для кого он «самый хороший». Чаще всего это папа или бабушка и дедушка, даже если ребенок встречается с ними довольно редко. Если же дети не ожидают высокой оценки ни от кого из близких взрослых, они заявляют, что на самую высокую ступеньку их поставит друг или подруга. Для младших школьников важно также выяснить прогнозируемую ребенком оценку со стороны учителя и проанализировать объяснения ребенка по этому поводу.

Методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн применялась с целью исследования типа семейных оценочных отношений. Диагностировался характер самооценки лиц, воспитывающих детей (родителей и близких родственников) по таким параметрам как высота, устойчивость, адекватность самооценки, степень критичности к себе, противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки. Дополнительно испытуемым предлагалось оценить по тем же шкалам остальных членов семьи для выявления иерархии во внутрисемейных отношениях.

Характеристика методики: проективная методика, разработана Т. Дембо, модифицирована С.Я. Рубинштейн.

Направленность: предназначена для диагностики состояния самооценки по таким параметрам как высота самооценки (фон настроения); устойчивость самооценки (эмоциональная устойчивость); степень реалистичности и/или адекватности самооценки (при ее повышении); степень критичности, требовательности к себе (при понижении самооценки); степень удовлетворенности собой (по прямым и косвенным индикаторам); интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки; противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки; зрелость/незрелость отношения к ценностям; наличие и характер компенсаторных механизмов, участвующих в формировании «Я-концепции»; характер и содержание проблем и их компенсаций.

Материалы и оборудование: карандаш и специально подготовленный бланк, на котором нанесены шесть параллельных вертикальных линий – шкал: «здоровье», «ум», «характер», «счастье», «удовлетворенность собой», «оптимизм». На каждой шкале отмечены проценты: 0% - на нижнем полюсе; 50% - строго посередине; 100% - на верхнем полюсе.

Инструкция:

1. «Перед Вами 6 шкал: здоровье, ум, характер, счастье, удовлетворенность собой, оптимизм. Представьте себе такую условность, что на верхнем полюсе каждой из шкал, соответственно, находятся самый

здоровый, самый умный, с самым хорошим характером, самый счастливый, самый удовлетворенный собой, самый оптимистичный человек на свете. На соответствующих нижних полюсах – самый больной, самый глупый, с самым плохим характером, самый несчастный, самый неудовлетворенный собой, самый пессимистичный человек на свете. В середине – средние люди. Как Вы думаете, где Ваше место среди всех этих людей по состоянию здоровья, по уму, по характеру, по счастью, удовлетворенностью собой, оптимизму? Свое место на каждой из шкал отметьте черточкой (—).

2. Теперь кружочком (○) отметьте на шкале то, как Вы думаете, расположил бы Вас супруг(а).

3. Галочкой (V) оцените своего супруга(у): куда бы Вы поместили его на каждой из шкал.

4. А теперь оцените своего ребенка: где он, по Вашему мнению, располагается на каждой из шкал. Отметьте положение крестиком (X).

Если ребенок воспитывается в неполной семье (нет отца или матери), но в его воспитании участвует другой взрослый человек (бабушка, дедушка, тётя, дядя), то оцените их, а они пусть оценят себя, Вас и Вашего ребенка».

Обработка и анализ результатов: оценка характера самооценки проводится по трем основным параметрам: высота, устойчивость, реалистичность (адекватность). Высота определяется для всей самооценки «усреднено». Когда говорится обо всей самооценке, предполагается, что это нечто более-менее однородное, хотя есть различия в высоте по разным шкалам. При характеристике самооценки количественные показатели переводятся в качественные. Как правило, нормальная актуальная самооценка располагается в целом чуть выше середины (около 50-75%). Если испытуемый оценивает себя или близких родственников в диапазоне от 75% до 98%, то данная оценка трактуется как повышенная. Оценки, лежащие от 98% и выше верхнего полюса – 100% - расцениваются как неадекватно завышенные. Самооценка в диапазоне 35%-50% характеризуется как неадекватно заниженная, а лежащая ниже 35% - выражено низкая.

В случае, если устойчивое (одновременное равномерное) повышение оценок испытуемым себя или близких родственников доходит до уровня верхнего интервала, то говорят о нереалистичности оценок, их неадекватности. Это, как правило, сочетается с понижением критичности.

Самооценка считается пониженной, если большинство отметок актуальной самооценки стоят ниже средней отметки (50%). В этом случае говорят о повышенной либо критичности, или чрезмерном повышении требовательности к себе, а не о нереалистичности или неадекватности.

Середина (точка середины шкалы – 50%) может интерпретироваться двояко: или как действительное снижение самооценки, или, что более вероятно, в случае формальных ответов, для избежания «вскрытия» своего «истинного лица».

В случае неравномерности самооценки наблюдаются своеобразные «провалы» - очень низкие показатели – по одним шкалам с гипенсаторными пиками по другим (чрезвычайно высокими показателями). Компенсация

расценивается как попытка испытуемого «затушевать», спрятать от самого себя и окружающих отрицательные переживания, которые возникают, когда он не свободен в выборе поведения [4].

Для оценки успешности овладения учебной деятельностью учителю предлагалось оценить успеваемость каждого учащегося по пятибалльной шкале по основным дисциплинам таким, как математика, письмо, чтение, окружающий мир, труд, изобразительное искусство.

Качественный и статистический анализ показал о наличии взаимосвязи (критерий Спирмана ($p \leq 0,01$)) между характером самооценки, типом оценочных семейных отношений и успешностью в обучении. По результатам исследования первоклассников было выделено одиннадцать типов самооценок, встречающихся среди членов выборки. Разбиение на типы проводилось на базе выделенных нами четырех критериев самооценки, легших в основу анализа: адекватность – неадекватность; наличие/отсутствие критичности в оценке себя; наличие/отсутствие психологической защиты; наличие/отсутствие дифференцированной критической оценки значимых взрослых.

Типы самооценок:

1 - Оптимальная адекватная самооценка (АВСО +, К+, ПЗ +, КДОЗВ +).

2 - Адекватная высокая самооценка с критической дифференцированной оценкой значимых взрослых и отсутствием психологической защиты (АВСО +, К+, ПЗ -, КДОЗВ +).

3 - Адекватная высокая самооценка с отсутствием критической дифференцированной оценки значимых взрослых и психологической защиты (АВСО +, К+, ПЗ -, КДОЗВ – (ВОЗВ)).

4 - Адекватная высокая самооценка с наличием психологической защиты и отсутствием критической дифференцированной оценки значимых взрослых (АВСО +, К+, ПЗ +, КДОЗВ – (ВОЗВ)).

5 - Инфантильная самооценка (НеадВСО, К -, ПЗ +, КДОЗВ – (ВОЗВ)).

6 - Инфантильная самооценка с наличием критической дифференцированной оценки значимых взрослых и психологической защиты (НеадВСО, К -, ПЗ +, КДОЗВ +).

7 - Инфантильная самооценка с наличием критической дифференцированной оценки значимых взрослых и отсутствием психологической защиты (НеадВСО, К -, ПЗ, КДОЗВ+).

8 - Инфантильная самооценка с отсутствием критической дифференцированной оценки значимых взрослых и психологической защиты (НеадВСО, К -, ПЗ -, ДКОЗВ – (ВОЗВ)).

9 - Неадекватная заниженная самооценка с отсутствием психологической защиты и критической дифференцированной оценки значимых взрослых (НеадНСО, К+, ПЗ- , ДКОЗВ – (ВОЗВ)).

10 - Неадекватная заниженная самооценка с наличием психологической защиты и отсутствием критической дифференцированной оценки значимых взрослых (НеадНСО, К+, ПЗ +, ДКОЗВ– (ВОЗВ)).

11 - Неадекватная заниженная самооценка с отсутствием психологической защиты и наличием критической дифференцированной оценки значимых взрослых (НеадНСО, К+, ПЗ-, ДКОЗВ+).

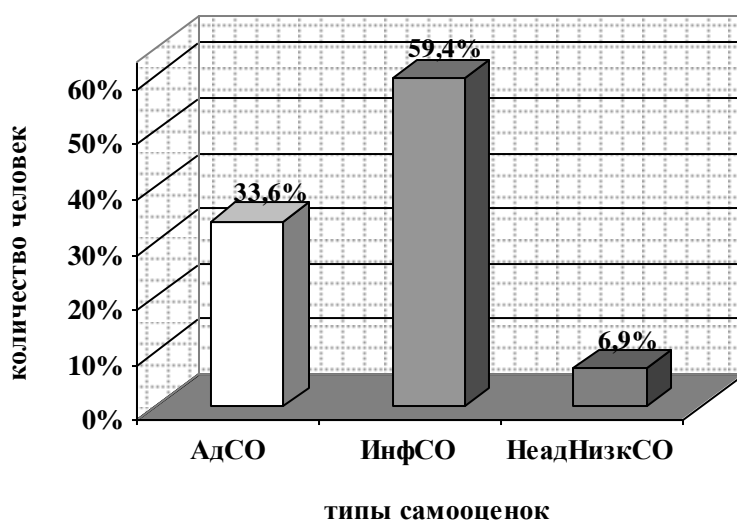


Диаграмма 1. Частота встречаемости типов самооценок в выборке первых классов

Таким образом, наряду с высокой долей детей, имеющих оптимальную адекватную самооценку, для большинства детей все же характерна недостаточно зрелая самооценка. При этом, как показало наше исследование, на данном возрастном этапе на ее характер в большей степени еще оказывает семья: пространство внутрисемейных оценок. Школа и пространство оценок учителя еще недостаточно ассимилируется ребенком в его внутреннем опыте, но уже намечается тенденция модификации самооценки ребенка под их воздействием.

В ходе нашего исследования выявлена также тенденция взаимосвязи высоты самооценки и успешности обучения: так, дети с высокой самооценкой, как правило, более успешны в овладении учебной деятельностью, нежели дети с низкой. Кроме того, среди успешных учеников больше детей с высокой самооценкой. Была выявлена взаимосвязь между успешностью обучения ребенка и наличием в его пространстве оценок критической дифференцированной оценки значимых взрослых. Как правило, у детей, которые способны критично оценивать окружающих показатели успеваемости более высокие. Статистически не подтвердилась гипотеза о взаимосвязи наличия у ребенка внешней психологической защиты и успешностью его обучения.

В наибольшей степени самооценка ребенка зависит от пространства внутрисемейных оценок: как ближайшие родственники, в первую очередь родители, оценивают себя, друг друга, ребенка. Имеется взаимосвязь между адекватной самооценкой родителей и адекватной самооценкой ребенка, а также связь между адекватной оценкой родителями ребенка и адекватностью его самооценки.

В ходе исследования нами была выявлена взаимосвязь достигшая уровня статистической значимости по критерию Спирмана ($p \leq 0,01$) между иерархией семейных отношений и внутрисемейных оценок и наличием или отсутствием у ребенка тех или иных критериев самооценки.

С помощью методики Дембо-Рубинштейна было выделено семь типов семейных отношений, ведущих к формированию той или иной самооценки ребенка:

- семьи с четкой иерархией отношений с выделением лидера и ребенка с оптимальной адекватной самооценкой – типом А;
- семьи с недостаточно четкой иерархией отношений, но наличием лидера, ребенка с адекватной самооценкой, но с отсутствием у него критичности или внутрисемейной психологической защиты – типом В;
- семьи с нарушением иерархии отношений, в которых ребенок имеет статус «кумира семьи» – типом С;
- семьи с отсутствием иерархии отношений за счет уравнивания статусов всех членов семьи, их положением «на равных», в которых ребенок имеет инфантильную самооценку – типом D;
- семьи с отсутствием иерархии отношений за счет неопределенного статуса каждого из членов семьи – типом Е;
- семьи с нарушением иерархии отношений с неопределенным статусом ребенка и одного из родителей и явно заниженным статусом другого родителя – типом F;
- семьи, в которых ребенок и остальные члены семьи имеют низкую самооценку – типом G.

В семьях детей с адекватной самооценкой есть четкая иерархия семейных отношений и признаваемый всеми «лидер» - член семьи, которого все остальные оценивают наиболее высоко, выше себя и других членов. Лидерскую позицию занимает один из супругов, при этом ребенка оба родителя оценивают высоко, но ниже, чем друг друга. Такие данные получены от 68,75% (11 человек) опрошенных родителей. Самооценка детей в таких семьях оптимально адекватна. Во всех остальных типах семейных оценочных отношений мы видим или не до конца развитую по отдельным параметрам самооценку ребенка, как, например, в типе семейных отношений С, или нарушенную в той или иной степени самооценку в остальных типах семейных отношений.

Выводы:

- К концу обучения в первом классе большинство детей имеют незрелую инфантильную самооценку.
- Характер самооценки ребенка, обучающегося в первом классе, в большей степени зависит от пространства внутрисемейных оценок. Пространство школьных оценок на данном возрастном этапе еще недостаточно ассимилируется во внутреннем опыте ребенка, что не приводит к значительной трансформации его самооценки.
- Характер самооценки ребенка тесно связан с характером самооценки его родителей (или людей, заменяющих их).

- Наличие в структуре самооценки ребенка 7-8 лет тех или иных критериев в значительной степени обусловлено типом (иерархией) семейных отношений.
- Система самооценивания ребенка находится в значительной зависимости от характера оценок его родителями.
- Имеет место феномен взаимосвязи характера самооценки первоклассника и успешности его обучения.
- Модифицированная нами методика «Лесенка» С.Г. Якобсона за счет расширения его диагностических возможностей может быть использована для более глубоко изучения структуры самооценки детей в возрасте 7-8 лет; методика Дембо-Рубинштейн в модифицированном виде может применяться для диагностики типа семейных оценочных отношений.

Список литературы

1. Липкина А. И. Самооценка школьника. - М.: Педагогика, 1976., - 176 с.
2. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка / По редакцией А.Г. Рузской. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 384 с.
3. Якобсон С.Г., Психологические проблемы этического развития детей, М., 1984.
4. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб.: Питер, 2004. – 336 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»).

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ МНОГОДЕТНЫХ МАТЕРЕЙ

Суслова Т.Ф., Озар А.М.

Российский государственный социальный университет, г. Москва, Россия

В настоящее время вопросы самореализации личности становятся все более актуальными. Самореализация женщины, имеющей детей, - совершенно особое явление, поскольку жизнедеятельность женщины-матери характеризуется наличием большого количества ролей - профессиональных и семейных, которые необходимо сочетать между собой, кроме этого в современном обществе для женщин все более важным становится самоутверждение на работе, профессиональные амбиции и успех.

Нами было проведено исследование, направленное на выявление особенностей самореализации многодетных матерей.

Исследование проводилось с использованием «Самоактуализационного теста», Л.Я.Гозмана, Ю.Е.Алешиной, М.В.Загика, М.В.Кроз; «Теста смысложизненных ориентаций», Д.А.Леонтьева; теста на удовлетворенность браком Е.Ю.Алешиной, Л.Я.Гозмана, Е.М.Дубовской; опросника оценки удовлетворенности профессиональной деятельностью Т.Ф. Сусловой, А.М. Озар; модифицированной методики «Неоконченные предложения», Ж.М.Сакс, С.Леви. Сравнение двух выборок - многодетных и однодетных матерей проводилось с помощью критерия Манна-Уитни.

Выборку составили 30 многодетных матерей в возрасте от 30 до 40 лет, и 30 однодетных матерей в возрасте от 30 до 40 лет, состоящие в браке.

В группе матерей, имеющих троих и более детей по методике «Самоактуализационный тест» выделены области низких (ниже 54,19%), средних (от 54,19% до 61,78%) и высоких (более 61,78%) значений по шкалам.

Результаты показывают, что для многодетных матерей характерно наличие сформированной системы ценностей и разделение ценностей, присущих самоактуализирующейся личности. Многодетные матери в большинстве своем склонны воспринимать природу человека в целом как положительную («люди в массе своей скорее добры») и не считать дихотомии мужественности – женственности, рациональности – эмоциональности антагонистическими и непреодолимыми. Также многодетные матери способны к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, таких, как телесное и духовное и т.п.

Низкие значения характерны для шкал сензитивности, спонтанности, самоуважения, принятия агрессии и контактности. Это говорит о том, что аспекты самореализации личности, отраженные в данных шкалах, являются проблемными в процессе самореализации многодетной матери.

Самое низкое среднее значение наблюдается по шкале принятия агрессии и шкале контактности. Данный факт позволяет нам говорить о неспособности многодетными матерями принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы. Для них характерно мнение о недопустимости проявления собственных негативных эмоций и

чувств в межличностном общении, возникновение чувства вины при проявлении собственной агрессии в поведении. Однако, низкие значения по шкалам сензитивности и спонтанности свидетельствуют о том, что многодетные матери часто не отдают себе отчета в своих потребностях и чувствах, не уделяют много времени рассмотрению собственных чувств и эмоций, их причин. Они не всегда готовы спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя естественно, демонстрировать окружающим свои эмоции (что соотносится со значениями по шкале принятия агрессии).

Низкие значения по шкале самоуважения позволяют предположить, что многодетные матери не всегда способны оценить свои достоинства и положительные свойства характера. Однако это не мешает им принимать себя такими, какие они есть, что подтверждают высокие значения по шкале самопринятие. Они относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, ценностями, установками и принципами.

По тесту смысложизненных ориентаций результаты по шкалам локус контроля находятся в пределах средних значений (18,58 при стандартном отклонении в 4, 30 балла и 28,70 при стандартном отклонении в 6,10 балла). Многодетные матери полагают, что все происходящее в жизни человека в большой степени зависит от него самого, человек в целом имеет возможность осуществлять свой жизненный выбор по своему желанию, но жизнь не всегда подвластна ему.

Значения по шкалам целей, процесса и результата высокие, что позволяет нам говорить о наличии у многодетных матерей сформированной системы ценностей, четких целей и намерений в жизни, четких принципов и взглядов, об осознании своего призвания и смысла жизни. Многодетные матери находят свою жизнь волнующей и интересной, наполненной новыми событиями и интересными делами.

Результаты теста смысложизненных ориентаций коррелируют с результатами по шкале ценностных ориентаций самоактуализационного теста.

Показатели удовлетворенности браком по «Тесту на удовлетворенность браком» Е.Ю.Алешиной, Л.Я.Гозмана, Е.М.Дубовской в группе многодетных матерей очень высокие (среднее значение – 39,8 при среднем значении по тесту при его апробации 29 баллов). Значения ниже 34 баллов не встречается ни у одной испытуемой, что говорит об очень высоком уровне удовлетворенности браком среди многодетных матерей. Многодетные матери довольны своей семейной жизнью, не жалеют о выборе своего супруга, любят проводить время со своей семьей. Большинство многодетных матерей считает свою семью дружной, благополучной, часто согласны с мужем в различных семейных вопросах.

По методике «Опросник удовлетворенности профессиональной деятельностью» в группе многодетных матерей были получены следующие результаты. Средний балл в группе многодетных матерей – 24,13, что соответствует среднему уровню удовлетворенности профессиональной деятельностью. Многодетные матери в целом положительно оценивают

возможности для творчества на своей работе, отношения в коллективе и с руководством, отношение мужа к своей работе, однако достаточно низко оценивают свои профессиональные успехи и престижность работы, которую в данный момент выполняют, хотя местом работы подавляющее число многодетных матерей довольны, возможно, по причине возможности регулировать график работы и близость от дома.

Нам представлялось интересным получить ответы на вопросы, заключенные в методике «Неоконченные предложения», наиболее интересные и значимые результаты приводим в данной статье полностью.

Ответы, представленные в методике «Неоконченные предложения» были объединены в смысловые группы. Ниже представлены ответы многодетных матерей.

Моя семейная жизнь ...

сложилась благополучно, удалась, счастливая, радостная, приносит радости, делает меня счастливой и т.п.	73,4% испытуемых
не перестает меня удивлять, постоянно преподносит мне сюрпризы, полна неожиданностей	13,3%
большой труд, каждодневный труд, связана с трудностями,	10%
страдает из-за моей работы	3,3%

Свою работу я ...

люблю, выполняю с удовольствием, делаю с любовью и т.п.	46,7%
выполняю хорошо, делаю хорошо, знаю хорошо и т.п.	26,7%
считаю второстепенной по отношению к семье и т.п.	13,3%
другое	13,3%

Завершение предложений «На работе я ...» и «Моя работа позволяет мне ...» были объединены нами в единую группу.

(На работе я ...) Моя работа позволяет мне ...

развивать ум, заниматься творчеством, реализовать свои способности и т.п. (личностное развитие)	40%
переключаться, отвлекаться, отдыхать (смена деятельности)	26,7%
общаться с людьми, с интересными людьми и т.п. (межличностное общение)	16,7
получать заряд хорошего настроения, получать положительные эмоции (положительные эмоции)	10%
зарабатывать деньги, хорошо зарабатывать (доход)	6,6%

Моя профессия ...

одна из самых лучших, одна из самых нужных, нужная, полезная	40%
мне нравится	20%
мне не пригодилась и т.п.	17,7%
скучная, не очень интересная, мне не особо нравится	13,3%
интересная	10%

Мои успехи на работе ...

не очень высоки, могли бы быть выше, средние и т.п.	53,3%
достаточно высокие, очень неплохие и т.п.	30%

вносят вклад в общее дело, важны для организации	6,7%
важны для моей семьи	3,3%
минимальны	3,3%

Осознание своего призвания – «Мое призвание в жизни ...»

Осознают свое призвание в жизни	Мое призвание в жизни ... я постепенно осуществляю, я для себя осознала, я нашла, я переосмыслила и т.п.	36,7%	86,7%
	Мое призвание в жизни ... - воспитание детей, - роль матери и т.п.	33,3%	
	Мое призвание в жизни... я вижу в гармоничном сочетании семьи и работы, передать то, что я люблю детям (своим и чужим)	16,7%	
Не осознают свое призвание	я еще для себя не поняла, я еще до конца не осознала и т.п.	13,3%	

Таким образом, подавляющее большинство многодетных матерей считают свою семейную жизнь благополучной. 13% из них говорят о том, что их семейная жизнь полна неожиданностей. 10% подчеркивает, что их семейная жизнь – это большой труд.

Почти половина многодетных матерей любят свою работу. Чуть больше 13% матерей подчеркивают, что работа для них является второстепенной по отношению к семье. 40% матерей отмечают, что работа дает им возможность личностного развития (развивать ум, заниматься творчеством, реализовать свои способности). Также важным аспектом работы является возможность смены деятельности, и как следствие, психологическая разгрузка. Для 27% многодетных матерей в работе ценно межличностное общение, расширение социальной сферы, возможность пообщаться с интересными людьми. 10% получают на работе положительные эмоции. Лишь 7% многодетных матерей говорят о том, что работа для них является источником ощутимого дохода. Больше половины испытуемых считают свой уровень своих профессиональных успехов средним, не очень высоким. Только 30% оценивают свои успехи как достаточно высокие.

60% многодетных матерей считают свою профессию очень полезной, нужной, «одной из самых лучших», или говорят о том, что их профессия им нравится. 17% многодетных матерей их профессия не пригодилась (что связано с работой не по специальности). Лишь 13% не нравится их профессия.

Подавляющее большинство матерей (87%) осознают свое призвание в жизни. Многодетные матери стремятся осознать свое призвание в жизни, смысл жизни, ищут пути для его воплощения в жизнь, стремятся выделить для себя важные и второстепенные ценности и цели в своей жизни.

В группе матерей, имеющих одного ребенка, были получены следующие результаты.

Результаты «Самоактуализационного теста» Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана, М.В. Загики и М.В. Кроза в группе однопородных матерей также говорят о высоком уровне самоактуализации. Высокие значения получены по шкалам поддержки, гибкость поведения, принятия агрессии и контактности, что позволяет нам предположить, что матери, имеющие одного ребенка, способны принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, ориентированы на поддержку, контактны и гибки в поведении в зависимости от предъявляемым им событиям и ситуациям. Низкие значения получены по шкалам синергии, спонтанности и представления о природе человека. Данные результаты говорят о том, что однопородные матери в меньшей степени склонны воспринимать человека положительно, действуют в большей мере сообразно своим целям, способны к спонтанному проявлению эмоций, как позитивных, так и негативных.

Результаты «Теста смысложизненных ориентаций» Д.А.Леонтьева в группе однопородных матерей также как и в группе многодетных матерей позволяет отметить наличие у них сформированной системы ценностей, четких целей и намерений в жизни.

Результаты «Теста на удовлетворенность браком» Е.Ю.Алешиной, Л.Я.Гозмана, Е.М.Дубовской выявили средний уровень удовлетворенности браком.

Средние значения по методике «Опросник удовлетворенности профессиональной деятельностью» соответствует среднему уровню удовлетворенности профессиональной деятельностью, но находится максимально близко к области высокой удовлетворенности, то есть у однопородных матерей достаточно высокая удовлетворенность профессиональной деятельностью. Такие параметры профессиональной деятельности, как профессиональные успехи и оплату труда, однопородные матери оценивают в целом выше, чем многодетные. Также выше однопородные матери оценивают престижность своей работы.

Ответы по методике «Неоконченные предложения» в группе однопородных матерей представлены ниже.

Моя семейная жизнь ...

удалась, благополучная, приносит мне удовлетворение, делает меня счастливой, мне нравится, меня радует, т.п.	40%
меня устраивает, достаточно благополучна и т.п.	16,7%
складывается не так, как мне хотелось бы, складывается не очень удачно, приносит мне огорчения и т.п.	16,7%
интересная, разнообразная	6,7%
иногда меня радует, иногда огорчает; бывает разной	6,7%
спокойная	3,2%

Свою работу я ...

люблю, делаю с удовольствием и т.п.	43,3%
выполняю отлично, делаю качественно, выполняю хорошо и т.п.	26,7%
не люблю, делаю ради денег, хотела бы поменять	13,3%
другое	10%

(На работе я ...) Моя работа позволяет мне ...

заниматься любимым делом, заниматься интересным делом, реализовать себя	33,4%
зарабатывать деньги, много зарабатывать	23,3%
чувствовать себя независимой, быть независимой, самостоятельной и т.п.	20%
общаться в коллективе, общаться с интересными людьми и т.п.	13,3%
помогать людям	3,3%
другое	6,7%

Моя профессия ...

мне нравится, меня устраивает, интересная	36,6%
нужна людям, полезная	16,7%
не очень мне нравится, мне не интересна,	16,7%
престижная	10%
тяжелая, малооплачиваемая (недостатки профессии)	10%
другое	10%

Мои успехи на работе ...

достаточно высокие, хорошие	43,4%
не очень высокие	23,3%
отличные, очень высокие	13,3%
меня радуют, важны для меня	10%
очень низкие	3,3%
другое	6,7%

Осознают свое призвание в жизни	Мое призвание в жизни... я нашла,	20%	
---------------------------------	-----------------------------------	-----	--

	я стараюсь реализовать, я для себя знаю и т.п.		53,4%
	Мое призвание в жизни ... - воспитание детей, - роль матери и т.п.	16,7%	
	Мое призвание в жизни ... -это моя работа, я реализую на работе, -приносить пользу людям и т.п.	16,7%	
Не осознают свое призвание	я еще не знаю, я ищу, еще не поняла, еще не нашла, не знаю, хотела бы найти и т.п.	46,6%	

Как видно из данных по методике «Неоконченные предложения», 40% одиноким матерям считают свою семейную жизнь вполне благополучной. 17% матерей отметили, что их семейная жизнь складывается не так, как им хотелось бы, приносит им огорчения.

43% одиноким матерям нравятся своя работа, 13% не любят свою работу, хотели бы ее поменять. Для 33% испытуемых работа – это реализация в любимом деле, для 23% – доход, для 20% – возможность быть независимой. 37% одиноким матерям нравится их профессия. 17% матерей не нравится их профессия. 10% подчеркивают престижность своей профессии.

43% одиноким матерям считают свои профессиональные успехи достаточно высокими, 23% – не очень высокими, а 13% – отличными, очень высокими. Лишь 3% одиноким матерям считают свои профессиональные успехи очень низкими.

53% одиноким матерям осознают свое призвание в жизни и стремятся его реализовать. Часть из них связывают свое призвание с профессиональной деятельностью, часть – с семейной жизнью, воспитанием детей. 47% одиноким матерям не осознают свое призвание в жизни.

В результате сравнительного анализа данных, полученных в группах матерей имеющих троих и более детей и одного ребенка были выявлены следующие особенности личностной и профессиональной самореализации многодетных матерей.

1. Для многодетных матерей характерно наличие сформированной системы ценностей, четких целей, принципов в жизни и разделение ценностей, присущих самоактуализирующейся личности. Многодетные матери склонны жить настоящим, переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, способны видеть свою жизнь целостной. Они достаточно независимы в своем поведении и ценностях от воздействия извне. Также относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями,

установками и принципами, а не общепринятым мнением, мало подвержены внешнему влиянию.

Подавляющее большинство многодетных матерей стремятся осознать свое призвание в жизни, смысл жизни, ищут пути для его воплощения в жизнь, стремятся выделить для себя важные и второстепенные ценности и цели в своей жизни. Свою жизнь находят волнующей и интересной, наполненной новыми событиями и интересными делами.

Многодетные матери в большинстве своем склонны воспринимать природу человека в целом как положительную (“люди в массе своей скорее добры”). Также многодетные матери способны к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, таких, как телесное и духовное и т.п.

Большинство многодетных матерей стремятся к приобретению знаний об окружающем мире, считают, что человек должен быть эрудирован, интересоваться различными вещами, литературой, искусством. Они достаточно гибки во взаимодействии с окружающими людьми, способны быстро реагировать на изменяющуюся ситуацию. Многодетные матери в целом склонны принимать себя такими, какие есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков.

2. Нами, были выделены аспекты самореализации личности, которые являются проблемными в процессе самореализации многодетной матери.

Многодетным матерям свойственна неспособность принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы. Для многодетных матерей характерно мнение о недопустимости проявления собственных негативных эмоций и чувств в межличностном общении, возникновение чувства вины при проявлении собственной агрессии в поведении,

Многодетные матери часто не отдают себе отчета в своих потребностях и чувствах, не уделяют много времени рассмотрению собственных чувств и эмоций, их причин. Они не всегда готовы спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя естественно, демонстрировать окружающим свои эмоции. Несмотря на то, что многодетные матери склонны принимать себя такими, какие есть, все-таки они зачастую не достаточно высоко оценивают свои достоинства и положительные черты характера.

3. У многодетных матерей очень высокий уровень удовлетворенности браком. Подавляющее большинство многодетных матерей положительно оценивают свою семейную жизнь, позитивно воспринимают выбор своего супруга, любят проводить время со своей семьей. Они считают свою семью дружной, благополучной, часто согласны с мужем в различных семейных вопросах.

4. Что касается удовлетворенности профессиональной жизнью, в отличие от матерей, имеющих одного ребенка, для многодетных матерей характерен средний уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью. Несмотря на то, что многодетные матери в целом

положительно оценивают возможности для проявления творчества на своей работе, личностного развития (развивать ум, заниматься творчеством, реализовать свои способности), позитивное рассматривают межличностное общение и отношения в коллективе и с руководством, отношение мужа к своей работе, они все же выражают желание иметь больше возможностей для профессиональной реализации. Об этом говорят результаты, характеризующие низкую оценку профессиональных успехов и престижности работы. Больше половины многодетных матерей считают уровень своих профессиональных успехов не очень высокими (только 30% оценивают свои успехи как достаточно высокие), а оплату своего труда оценивают как достаточно низкую.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА ВОСПИТАННИКАМИ ДЕТСКИХ ДОМОВ

Темиргалиева Ю.Е., Фролова М.

**Кыргызско-Российский славянский университет, г. Бишкек,
Кыргызстан**

Процесс социализации современного человека характеризуется повышенными требованиями к личности каждого человека, к максимальной концентрации человека на профессиональной и трудовой деятельности. Это ограничивает возможности установления близких эмоциональных отношений, а, следовательно, увеличивает риск возникновения переживания одиночества. В целом, проблема одиночества и отчужденности на данный момент является актуальной проблемой настоящего времени и проявляется в различных пластах и сферах. Наиболее уязвимой частью населения при рассмотрении проблемы одиночества являются воспитанники детских домов, которые не имеют эмоциональной поддержки и одобрения родных людей, которые имеют меньше возможностей (по сравнению с остальной частью населения) для преодоления чувства одиночества, отчужденности и изоляции. Общую картину также дополняет возраст респондентов, принимающих участие в исследовании, поскольку именно в подростковом возрасте обостряется восприимчивость детей к своему социальному статусу, происходит осознание своего эмоционального состояния. Также актуальность данного исследования состоит в том, что в последнее время увеличивается количество отказных детей в детских домах по таким причинам, как неполная семья, несовершеннолетний возраст родителей, низкий социальный уровень (отсутствие работы, низкая зарплата и т.д.). Дети из детских домов и интернатов гораздо чаще подвергаются чувству одиночества, в независимости от присутствия воспитателей, преподавателей и другого персонала, т.к. никто не заменит ребенку любовь родителей, и тепло и уют дома.

Многие ученые, такие как, Д. Рисмен, О. Тоффлер, К.Хорни, Э.Фромм и другие, занимались проблемой одиночества, но особенности переживания одиночества именно у воспитанников детских домов особенно в условиях Кыргызской Республики мало изучено [1]. *Цель работы:* исследование социально-психологических особенностей одиночества у воспитанников детских домов. *Гипотеза исследования:* особенности переживания одиночества воспитанниками детских домов качественно отличаются от особенностей переживания одиночества детей из полноценных семей, а именно для детей детских домов одиночество обусловлено отсутствием семьи, а для детей из полноценных семей – отсутствием друзей и возможностью пообщаться со своими сверстниками.

Методологическую основу исследования составили системный подход (Б.Ф. Ломов), принцип детерминизма (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн) и принцип развития (Л.С. Выготский). В работе был использован

психодиагностический метод, включающий следующие методики и опросники: шкалу одиночества Д.Рассела «UCLA» [2]; проективную методику «Дом. Дерево. Человек» [3] и авторскую анкету. Данные проведенного исследования были обработаны с использованием программы статистического пакета Statistica - 6.

В исследовании принимали участие подростки от 12 до 15 лет, учащиеся СШ №17 г. Бишкека Кыргызской Республики - дети из полных семей и воспитанники детского дома «Светлый путь», и дети из реабилитационного центра для беспризорников. Общий состав лиц, принимавших участие в исследовании, составил 60 человек и был поделен на 2 группы: I, в которую вошли 30 человек, учащиеся школ № 17 и № 15, II группу составили 30 человек – 15 детей, воспитанников детского дома «Светлый путь» и 15 детей из детского реабилитационного центра для беспризорников.

Прежде чем перейти к непосредственному анализу данных психодиагностического исследования, отметим основные теоретические взгляды на проблему подросткового одиночества. Виды одиночества вообще и подросткового – в частности могут быть различны. Временное одиночество – наиболее распространенный вид этого состояния, относящийся к кратковременным приступам чувства одиночества. Оно наступает в результате значительных стрессовых событий в жизни, таких как смерть близкого человека или разрыв каких-либо отношений. Постоянное одиночество развивается тогда, когда в течение длительного времени подросток не может установить удовлетворяющие его психосоциальные связи. Эмоциональное одиночество представляется результатом отсутствия тесной привязанности к какому-нибудь лицу или разрыва подобных эмоциональных отношений. Одиночество может возникать при эмоциональной холодности родителей, отвержения со стороны взрослых [4]. Поведенческое одиночество проявляется в потере связи с окружающими, отсутствии доступного круга социального общения (отсутствие значимых дружеских связей или чувства общности), невключенности подростка в референтную для него группу сверстников. Такое одиночество может иметь как активную (избегание), так и пассивную формы [4]. Когнитивное одиночество рассматривается как состояние, испытываемое человеком в результате осознания им ситуации собственной депривации [4]. Согласно исследованиям новообразований подросткового возраста, переживание одиночества подростками сопровождается развитием ряда личностных новообразований и является обязательной составляющей комплекса психоэмоциональных реакций в ситуациях конфликта; в некоторых личностных процессах одиночество служит психологическим стабилизатором или дестабилизатором эмоциональных реакций. Существует несколько взглядов на подростковое одиночество. Первый из них – отрицание самого факта наличия этого состояния у подростков как особенности возраста [5]. Однако с этой точкой зрения трудно согласиться, поскольку характеристики новообразований данного возраста ясно

иллюстрирует необходимость подростка остаться наедине со своим Я, что уже можно трактовать как переживание одиночества, пусть даже временного и не глубокого. Следующий взгляд на одиночество подростков признает его как явление социальное по своей сути и поверхностное, несерьезное по природе (якобы обособление и отчуждение в этом возрасте не являются внутренними, личностными психологическими процессами, а некоторыми характеристиками подросткового социального отношения к жизни) [6]. Третья точка зрения, принадлежит И.С. Кону. Он рассматривает одиночество подростка как нормальное состояние, присущее этому возрасту, отмечает серьезность, даже драматичность этого переживания [6]. Особенно, переживанию чувства одиночества подвержены дети, воспитывающиеся в детских домах и домах-интернатах. Это дети, на воспитание которых не всегда хватает средств, времени и, к сожалению желания. Одиночество таких детей может повлечь за собой много негативных последствий, таких как: депрессия и самоубийство, повышенный уровень стресса, снижение памяти и обучения, антисоциальное поведение, алкоголизм и наркомания [7]. Чтобы ребенок комфортно себя чувствовал в эмоциональном плане, необходимы специальные условия, которые определяют его быт, его физическое здоровье, характер его общения с окружающими людьми, его личные успехи. К сожалению, почти во всех типах учреждений, где воспитываются сироты и дети, лишенные родительского попечительства, среда обитания, как правило, не отвечает вышеуказанным требованиям [7].

Результаты и их обсуждение.

В целом анализ данных, полученных с помощью авторской анкеты, показал следующее. Несмотря на то, что представители как I, так и II группы оценивают одиночества как негативное явление и дают ему отрицательные оценки, наблюдаются значимые различия при определении самой дефиниции «одиночество». В понимании школьников, имеющих семью, одиночество, в первую очередь, это состояние, когда скучно и не с кем поговорить. Также представителями I группы одиночество оценивается как преходящее явление, которое вызвано временным отсутствием общения с окружающими и не является настолько глубоким переживанием, которое может ранить, поскольку характеризуют его как скучное, безынтересное времяпрепровождение ($t=1,29$; $p<0,02$). Для воспитанников детских домов понятие «одиночество» более глубокое, это подтверждается тем, что при определении данного переживания, они вкладывают в его понимание отсутствие семьи ($t=2,29$; $p<0,02$), что является для них насущной проблемой. Таким образом, для воспитанников детских домов, одиночество является не сиюминутным переживанием, которое характеризуется скукой, а представляет собой экзистенциальное состояние, характеризующееся протяженностью во времени. Также показательным является то, что воспитанникам детского дома сравнительно легче было назвать признаки одинокого человека, тогда как у подростков из полных семей был достаточно высок процент респондентов, которые затруднялись дать ответ на данный вопрос. Это можно объяснить тем, что члены семьи ограждают ребенка от

переживаний такого рода, вследствие чего он не переживает глубокого чувства одиночества, а возможно, что ему даже не знакомо это чувство.

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью шкалы одиночества Д. Рассела не показал достоверно значимых различий в представленных группах. Надо отметить, что эти данные иллюстрируют только количественные показатели уровня одиночества, тогда как в данном исследовании нас более интересуют качественные характеристики этого переживания. Однако данный факт можно использовать для проведения дальнейших исследований и подбора батареи психодиагностических методов, позволяющий более глубоко рассмотреть уровень переживания одиночества у подростков. Правомерность данного высказывания подтверждают данные, полученные с помощью проективной методики «Дом. Дерево. Человек.», которые свидетельствуют о том, что эмоциональные состояния представителей I и II групп различаются. Показатели тревожности у детей, проживающих в детском доме превышает показатели подростков из полных семей ($t=2,61$; $p<0,01$). Возможно, это обусловлено тем, что семья ограждает детей от жизненных трудностей, тем самым, снимая тревогу за будущее, что нельзя сказать о воспитанниках детского дома. Также воспитанники детского дома больше подвержены замкнутости ($t=1,32$; $p<0,05$) и характеризуются переживанием ощущения собственной малоценности ($t=2,61$; $p<0,01$). Это можно объяснить тем, как у них сложилось детство, а также психологической травмой, обусловленной потерей родителей. Исходя из полученных данных, можно сказать, что подростки из детских домов чувствуют некую изоляцию, отчужденность, что, в свою очередь, является проявлением чувства одиночества. Иными словами эмоциональное переживание, в котором находятся представители II группы приближено к состоянию, которое испытывает человек при переживании одиночества: эмоциональное состояние воспитанников детских домов более угнетенное по сравнению с подростками из полных семей.

Выводы.

Подытоживая результаты проведенного психодиагностического исследования, отметим основные моменты. Воспитанники детских домов отличаются своим эмоциональным состоянием от подростков, имеющих полную семью, а именно первые характеризуются повышенным уровнем тревожности, замкнутости, а также переживают ощущение собственной малоценности и ощущение отчужденности. При этом дети, не имеющие семьи, оценивают одиночество как более глубокое и длительное состояние по сравнению с детьми из полных семей, которые воспринимают одиночество весьма поверхностно. Также в ходе проведенного исследования нашла свое подтверждение основная гипотеза исследования, а именно: особенности переживания одиночества воспитанниками детских домов качественно отличаются от особенностей переживания одиночества детей из полноценных семей: одиночество обусловлено отсутствием семьи, а для детей из полноценных семей – отсутствием друзей и возможностью поговорить.

Подводя итоги важно отметить тот факт, что значимость данного исследования состоит не только в описании качественных характеристик переживания чувства одиночества подростками, имеющими полную семью и воспитанниками детских домов, а также в предоставлении данных, которые могут являться базисом для продолжения научных исследований в данной области, в первую очередь в отношении психодиагностических методов изучения эмоционального состояния одиночества и отчужденности у воспитанников детских домов .

Список литературы:

1. *Миускович Б.* Одиночество: междисциплинарный подход // Лабиринты одиночества (сост., общ. ред. и предисл. Покровский Н. Е.)- М., 1989.
2. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009.
3. Большая энциклопедия психологических тестов. – М., 2006.
4. *Лебедев В.И.* Одиночество / Психические состояния. Хрестоматия/ Сост. и общая ред. Л.В.Куликова.- СПб., 2001.
5. *Карпиков А.Р.* Позитивные аспекты переживания одиночества в подростковом возрасте. – М., 2002.
6. *Кон И.С.* Многоликое одиночество // Популярная психология. Хрестоматия. М: Пед., 1990.
7. *Корчак Я.* Детский дом; уроки прошлого.- М. 1990.

КРИТЕРИИ СФОРМИРОВАННОСТИ ОТЦОВСТВА КАК ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВОСПИТАНИЮ РЕБЕНКА

Токарева Ю.А.

Уральский гуманитарный институт, Екатеринбург, Россия

Распространение образования на все общественное пространство ведет к педагогизации многих сфер жизнедеятельности, ранее не соприкасавшихся с воспитательной или образовательной проблематикой, в том числе, сфера взаимодействия отца и ребенка, воспитательная деятельность семьи.

В обыденной жизни, оценивая то или иное действие, мы говорим о нем: умелое – неумелое, ловкое – неловкое, рациональное – нерациональное, продуманное, спонтанное, эффективное, успешное и т.д. С позиции научного объяснения эффективности построения той или иной деятельности, есть смысл говорить о готовности субъекта к осуществлению деятельности, сформированности у него необходимых психологических качеств и умений.

Эффективное родительство Е.А. Нестеровой рассматривается как система взаимоотношений между родителем и ребенком, способствующая развитию личности и эмоциональному благополучию обоих [1]. *Психолого-педагогические критерии эффективного родительства включают:*

1) подсистему «отношение ребенка»:

- отношение к себе;
- отношения с родителями;
- отношение к окружающему миру как социальная адекватность поведения;

2) подсистему «отношений родителя»:

- отношение к себе как родителю;
- отношение к ребенку;
- стиль семейного воспитания.

Говоря о критериях сформированности отцовства, как воспитательной деятельности, следует обратиться к понятию воспитательной деятельности.

Воспитательная деятельность - особый вид деятельности, представляет собой преднамеренную активность родителей с целью формирования определенных установок, понятий, принципов, обеспечивающих необходимые условия развития ребенка, подготовки его к общественной жизни и труду.

Осознавая специфику и вклад каждого конкретного компонента в общую характеристику воспитательной деятельности, следует уточнить критерии эффективности каждого.

Учитывая то, что воспитательная деятельность направлена на достижение воспитательной цели (ближней, дальней, глобальной, конкретной), а воспитательное действие – на решение локальной задачи, важно говорить о сформированности и эффективности только в соотношении с мотивационно-потребностной сферой личности.

Анализируя мотивацию отцовства, следует заметить, что именно она будет задавать систему последующих действий и определять её эффективность.

Обобщение психолого-педагогических источников позволяет предположить, что мотивационно-потребностная сфера отцовства представлена четырьмя видами мотивации, свидетельствующими о разной степени эффективности реализации мужчины в роли отца. Так, сформированность мотивационно-потребностной сферы отцовства проявляется в доминировании мотивации в *саморазвитии, самоусовершенствовании* – стремление к реализации личностного потенциала (запасу жизненной энергии), почувствовать себя творцом, хозяином жизни и обстоятельств, раскрытие новых способностей, испытание своих возможностей. Другой мотив отцовства – *достижения высоких результатов в развитии ребенка, в отношениях с ним*, также говорит о внутренней готовности отца и наличии позитивной воспитательной цели. Мотив отцовства – *получение социального одобрения* относится к группе общественно значимых мотивов, он связан с осознанием общественного значения деятельности, с чувством долга, ответственностью перед группой или обществом.

О несформированности мотивационно-потребностной сферы отцовства, как воспитательной деятельности может свидетельствовать такой мотив как: *мотивация самоутверждения* (мотивация власти). Данный вид мотивационной направленности слабо определяет цель воспитания, размывает результат воспитательной деятельности в целом (табл. 1).

Таблица 1
Сформированность мотивационно-потребностной сферы отцовства

	Мотивационно-потребностная сфера отцовства	Характеристика мотивации
Эффективная мотивация отцовства	Мотивация саморазвития, самоусовершенствования, самореализации	Стремление к реализации личностного потенциала (запас жизненной энергии), почувствовать себя творцом, хозяином жизни и обстоятельств, раскрытие новых способностей, испытание своих возможностей
	Мотивация достижения высоких результатов в развитии ребенка, в отношении с ним	Одна из разновидностей мотивации деятельности, связанная с потребностью добиваться успехов и избегать неудач. Мотивация достижения является побочным продуктом более фундаментальных социальных мотивов «стремление к повышению уровня собственных возможностей».
	Мотивация социального одобрения	Данный мотив относится к группе общественно значимых мотивов, мотив, связанный с осознанием общественного значения деятельности, с чувством долга, ответственностью перед группой или обществом.

Неэффективная мотивация отцовства	Мотивация самоутверждения	Потребность иметь преимущество перед окружающими (быть сильнее, результативнее, умнее и т.п.). Стремление к власти и её демонстрации. Стремление быть лучше, уважать самого себя, быть довольным самим собой, быть уверенным только в себе, в своих силах и способностях.
---	------------------------------	---

Теоретический анализ психологии отцовства убедил в том, что основной функцией отца является обеспечение необходимого уровня социального развития ребенка, создание условий для его успешной социализации. Данное понимание приближает весь процесс воспитательного взаимодействия отца ребенка к единому пониманию его результата, а именно, социальному развитию ребенка [2].

Развитие личности - это единый процесс *социализации*, когда ребенок осваивает социальный опыт, и *индивидуализации*, когда он определяет собственную позицию, противопоставляет себя другим, проявляет самостоятельность путем установления все более широких отношений, он проверяет себя [3].

Социализация и индивидуализация необходимо предполагают друг друга. Индивидуализация есть неизбежный результат (оборотная сторона) процесса социализации, и, наоборот, дальнейшее развитие личности индивида возможно только через социализацию, лишь на ее основе могут строиться индивидуальные формы поведения. Механизмами социализации и индивидуализации являются идентификация и обособление.

В силу несимметричности социальных позиций ребенка и взрослого персонализация начинается для ребенка, прежде всего, с «вклада» в его жизнедеятельность значимых других. А.В. Петровский различает три уровня персонализации: имитационное научение (научение через подражание); стимуляция взрослым (зачастую неосознанно) желательных для него форм поведения и свойств личности ребенка; усвоение и отражение ребенком существующего в референтной для него группе типа отношений [3].

Тип отношений со взрослыми не только фиксируется в идеальных образах, но и реально «опредмечивается» в окружающих ребенка материальных объектах в семье, детском саду и школе. Следовательно, ребенка воспитывает не только личность взрослого, но и вся окружающая действительность. Более того, тип персонализации в фазе «ребенок-взрослый» отражается на персонализации в фазах «ребенок-ребенок» и «ребенок-группа» [1].

Формирование личности есть процесс взаимодействия внешних и внутренних факторов. Внутренние, связанные с собственными физиологическими изменениями, усилиями по самоизменению, активностью в освоении окружающей среды, интериоризацией и личностным усвоением социального опыта, культуры, то есть тем, что составляет собственно

человеческую основу развития. Внешние, связанные с теми или иными влияниями на личность, в том числе, воспитанием.

Наличие вышеуказанных характеристик, свидетельствует о достижении эффективности воспитательной деятельности и важного её результата – высокого уровня социального развития ребенка.

Следующим компонентом воспитательной деятельности, являются действия отца. Успешность и правильность воспитательных действий означает способность обеспечить успех деятельности. Правильность или эффективность воспитательного действия является понятием (свойством) относительности. Правильность воспитательного действия оценивается относительно поведенческой представленности и той или иной цели воспитания. *Эффективным является действие, благодаря которому достижение цели воспитания облегчается или становится возможным, оно безопасно и не ведет к нарушениям состояния или развития личности.* По аналогии, не эффективным является действие, которое делает цель воспитания не достижимой или затрудняет развитие личности.

Предпосылками эффективных воспитательных действий, как и деятельности в целом, принято считать его экономизацию (отсутствие серьезных физических, психических и др. энергозатрат, например, четкость и лаконичность требований), подготовленность (наличие модели деятельности, знание сути воспитательного действия, его последствий), оснащенность (сопровождение действия наглядными образцами, предметами помогающими усвоить знание).

С точки зрения А.С. Захарова, Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкого, А.Я. Варги, В. Сатир и других психологов, стиль воспитания ребенка и родительское отношение, относятся к показателям эффективности воспитательной деятельности и являются ведущими факторами развития ребенка [1].

Обратимся к краткой характеристике основных стилей воспитания ребенка и родительскому отношению, с точки зрения их эффективности.

Тип «явное отвержение» (отсутствие любви, ненависть, диктат и т.д.). Психологи едины во мнении, что эта тактика воспитания очень неблагоприятна для развития ребёнка. Суть состоит в негативном отношении к ребёнку, неприятие его индивидуальности, неодобрение сопровождается инфантилизацией и инвалидизацией ребёнка. Ребёнок постоянно чувствует, что он обуза в жизни родителей. Ещё более ситуация усугубляется, когда рядом есть кто-то другой – брат или сестра – кто гораздо любимее и дороже, воспитание по типу «Золушка». В семьях с таким типом воспитания родители пытаются жёстко контролировать поведение ребёнка, часто используют наказание за поведение и установки ребёнка. Послушание оценивается как добродетель, достоинство, а различные наказания должны обуздать самоволие ребёнка. Родители уверены в необходимости внушить ребёнку такие ценности, как уважение к авторитету, трудолюбие, необходимость сохранять существующий порядок.

Итак, основные психологические характеристики данного типа: авторитарность родителей на основе отвержения ребёнка.

Другим типом семейного воспитания является тип, называемый: «сверхтребовательность» [4]; «повышенная моральная ответственность»; «условная любовь». Родители устанавливают для ребёнка высокие уровни достижений в различных областях жизни, питают большие надежды в отношении будущего своего ребёнка, его способностей и талантов. Они часто лелеют мысль о том, что их потомок воплотит в жизнь собственные мечты. Ребёнок чувствует, что от него ждут многого. Любовь родителей к ребёнку «условна», ребёнок признаваем и любим тогда, когда он оправдывает повышенные ожидания и требования родителей. К тому же она имеет «собственный характер». Родители любят не столько самого ребёнка, сколько его соответствие своему навязываемому или внушаемому образу «Я». А.Е. Личко и Э.Г. Эйдемиллер относят этот тип семейного воспитания к неблагоприятным.

Третий тип неправильного воспитания – гиперопека (гиперпротекция) или симбиотический тип родительского отношения. Под гиперпротекцией понимается такая ситуация в семейном воспитании, когда родители уделяют ребёнку крайне много времени, сил и внимания. Воспитание становится центральным делом жизни таких родителей. Выделяется два основных типа гиперпротекции – доминирующая и потворствующая [1].

Под доминирующей гиперпротекцией понимается опека, мелочный контроль за каждым шагом, каждой минутой, каждой мыслью, вырастающая в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за ребёнком, достигающего иногда постыдной для него слежки». А.Я. Варга, выделяет в авторитарно – симбиотическом родительском отношении кроме авторитарного контроля всей психической жизни, положительное отношение к ребёнку и близкую межличностную дистанцию, требование чуткости от ребёнка. Ученый считает, что этот тип родительского отношения может быть и благоприятным, и неблагоприятным для ребёнка. Субъективно он неблагоприятен в том случае, когда он (тип родительского отношения) фрустрирует психические потребности ребёнка, что приводит к конфликтам ребёнка с родителями или искажениям развития личности ребёнка. Последствиями такого воспитания, в котором сочетается родительская любовь и ограниченность (что и является сутью доминирующей гиперпротекции) будут такие качества личности ребёнка как: покорность, зависимость, вежливость, аккуратность, минимальная агрессия, максимальное придерживание правил, отсутствие дружелюбия, некреативность, максимальная уступчивость.

При потворствующей гиперпротекции ребёнок находится в центре внимания семьи, родители стремятся к максимальному удовлетворению всех желаний и потребностей ребёнка. Для родителей характерно стремление «поглотить ребёнка, слиться с ним, прожить жизнь вместо него, потакание всем прихотям и стремлениям ребёнка, желание защитить его от трудностей и разочарований». Очень часто подобный тип семейного воспитания находит

выражение в снижении критичности, требовательности родителей во взаимоотношениях с детьми, в отсутствие деловых взаимоотношений между родителями и детьми, ребёнка оберегают от всякого труда, освобождают от любых трудовых нагрузок.

В процессе исследования влияния воспитания по типу гиперопеки на ребёнка обнаружилось формирование трудностей в адаптации к широкой социальной среде, в связи с неадекватно завышенной самооценкой [2]. Сталкиваясь с реальной действительностью и не находя подтверждения своей высокой самооценки, у ребёнка возникает конфликт между реальным и идеальным «Я». Это приводит к возникновению тяжёлых переживаний и формированию негативных свойств личности, агрессивности, недоверчивости, подозрительности, упрямства, болезненной обидчивости, которые затрудняют воспитательные воздействия. Кроме этого, социальная адаптация детей затрудняется тем, что «гипертрофия положительных эмоциональных контактов родителей и детей в семье способствует возникновению конфликта амбивалентности у детей, который проявляется в виде противоречий между стремлениями детей к контактам с незнакомыми людьми и отсутствии у них средств, для установления этих контактов».

Среди типов неправильного воспитания выделяется также гипопротекция или пренебрежение. Этот тип неправильного воспитания в крайней форме проявляется в полной безнадзорности, но чаще лишь в недостатке опеки и контроля за ребёнком. Чаще, чем полная безнадзорность, проявляется скрытая гиперпротекция, или «формальное отношение». Этот тип отношений возникает в тех случаях, когда родители по тем или иным причинам (дефицит времени, чрезмерная поглощённость своими собственными интересами, педагогическая неграмотность и т.д.) слишком узко представляют себе родительские обязанности: одеть, накормить ребёнка, проконтролировать его, наказать за поступки. Часто ребёнок чувствует, что старшим не до него, что они несут в отношении него лишь тягостные обязанности.

Стиль «потворствующая гиперпротекция» или воспитание по типу «кумира семьи», характеризуется бесконтрольностью и вседозволенностью в отношении родителей к ребёнку, сочетается с некритичным отношением к его поведению. Родители стараются всегда оправдать ребёнка, при всех его поступках переложить вину на других, оградить его от общественного порицания и тем более от выполнения заслуженного наказания. Этот тип неправильного воспитания отчётливо выступил у 10% делинквентных подростков и в исследовании Личко. М. Бескер считает, что последствием вседозволенности, особенно в сочетании с враждебностью родителей, являются такие особенности ребёнка, как неуступчивость, максимальная агрессия, возможна делинквентность подростка.

Описывая типы семейного воспитания, Г.А. Ковалёв, Л.А. Петровская обращают внимание на манипулятивный тип. Его суть заключается в том, что на первый план выдвигаются вопросы, регулирующие внешнее поведение ребенка, выработка, на основе точного расчёта социально

одобряемых реакций. Считается, что на смену спекулятивным подходам к социализации ребенка должны прийти детально разработанные педагогические техники, обоснованные бихевиоризмом методики, способные обеспечить нужные обществу стандарты социального поведения ребенка и усвоение определённой суммы знаний и навыков, необходимых для выполнения той или иной функциональной роли в современном обществе.

Авторитет «подкупа», выделенный А.С. Макаренко, по сути, представляет манипулятивный тип воспитания. Главная черта - «низведение личности» до автомата с основанным на предшествующем опыте поведенческим репертуаром» то есть дегуманизация процесса воспитания личности.

Рассматривая проблему неправильного воспитания, Р.В. Овчарова [1], исходя из результатов теста-опросника Э.Г. Эйдемиллера [5], отмечает, что устойчивое сочетание различных черт воспитания представляет собой тип целенаправленного воспитания. Классификация типов нарушения семейного воспитания, предложенная Р.В. Овчаровой, выглядит следующим образом.

- Потворствующая гиперпротекция;
- Доминирующая гиперпротекция;
- Эмоциональное отвержение;
- Повышенная моральная ответственность;
- Гипопротекция (гипоопека).

При этом причины неправильного воспитания весьма различны: порой это определённые обстоятельства в жизни семьи, мешающие наладить адекватное воспитание, чаще – низкая педагогическая культура родителей. Во втором случае, нередко основную роль в нарушении воспитательного процесса играют личностные особенности самих родителей.

От стиля взаимодействия родителя с ребёнком, зависят и воспитательные возможности семьи. Положительно окрашенные эмоциональные контакты ребёнка с родителями облегчают воспитательные воздействия на него, отрицательные же, напротив, затрудняют. Стиль воспитания оказывает влияние и на нравственное развитие детей. Общение, основанное на доверии и уважении детей, способствует формированию у них чувства собственного достоинства, развивает максимальную самостоятельность, доброжелательность. Приказной стиль, формирует скрытность, озлобленность, жестокость, низкий уровень человеческого достоинства, безинициативность, привычку к слепому подчинению [5].

Представления о ребёнке и отношение к нему родителей – это внутренняя основа воспитательной деятельности, реализуемая через воспитательные воздействия и способы обращения с ребёнком. В литературе выделяются такие воспитательные воздействия, как контроль, наказание и поощрения. Кроме этого, характеризуя поведенческий компонент воспитания, необходимо обратить внимание на степень открытости – закрытости в отношениях между родителями и детьми.

Глубокий анализ и обобщение трудов отечественных и зарубежных психологов, позволяют выделить признаки психолого-педагогических критериев эффективного отцовства (табл. 2).

Таблица 2
Признаки психолого-педагогических критериев эффективного отцовства

	Название критерия	Признаки критериев
Цель-результат воспитательной деятельности	<i>Субъектные свойства личности</i>	
	Субъект самосознания	Позитивный образ «Я» и адекватность самооценки
	Субъект общения	Удовлетворенность и минимальная эмоциональная дистанция в отношениях с родителями; оценка семейной ситуации как благоприятной
	Субъект деятельности	Развитость социальной и познавательной рефлексии, адекватная (внешняя) активность в общении, адекватное социальное поведение, готовность к коллективным формам деятельности, умение самостоятельно разрешать конфликтные ситуации мирным путем), принятие и соблюдение социальных норм. Хорошая обучаемость, сформированность основных способов игровых, учебных действий (рефлексия, кодирование, перенос, прогнозирование). Успешность в игровой и учебной деятельности.
Мотивационно-потребностная воспитательная деятельность	Мотивационно - потребностная сфера отцовства	Стремление к саморазвитию, самообразованию в области родительства, осознание родительской ответственности, стремление к достижению высоких результатов развития ребенка
	Отношение к ребенку	Эмоциональное принятие ребенка, позитивные чувства и эмоциональный фон во взаимодействии, стремление к контакту, доверие ребенку, его силам и возможностям, удовлетворенность отношениями в целом
	Стиль семейного воспитания	Ориентированность на субъект-субъектные отношения с ребенком, что выражается в выборе сотрудничества как стиля семейного воспитания: учет возрастных возможностей и состояния ребенка при построении взаимодействия, оказание поддержки. Эмоциональное принятие родительской роли; способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния, умение воздействовать на поведение, состояние ребенка и проявление эмпатии по отношению к нему как оценка своей родительской компетентности, последовательность в своих требованиях.

Умение эффективно действовать требует специального обращения к задаче и связано с предварительной подготовкой. В данном случае, речь идет как о внешнем, так и о внутреннем обеспечении эффективности, она может достигаться в результате подражания за эффективными действиями, так и в результате собственного целенаправленного обучения.

Таким образом, проведенный анализ выделения критериев сформированности и эффективности отцовства как воспитательной деятельности, позволил сформулировать ряд *выводов*: Сформированность мотивационно-потребностной сферы отцовства связана с мотивацией в саморазвитии, самоусовершенствовании – стремлении к реализации личностного потенциала; достижении высоких результатов в развитии ребенка, в отношениях с ним, стремлении к получению социального одобрения. О несформированности мотивационно-потребностной сферы отцовства, как воспитательной деятельности, может свидетельствовать такой мотив, как мотивация самоутверждения (мотивация власти). Основной функцией отцовства, как воспитательной деятельности, является социальное развитие ребенка, создание условий для его успешной социализации. О сформированности отцовства, как воспитательной деятельности, свидетельствуют высокий уровень развития ребенка, как субъекта самосознания, субъекта общения и субъекта деятельности. В качестве эффективных воспитательных стратегий и действий отца выступают: ориентированность на субъект-субъектные отношения с ребенком, что выражается в выборе сотрудничества, как стиля семейного воспитания: учет возрастных возможностей и состояния ребенка при построении взаимодействия, оказание поддержки. Эмоциональное принятие родительской роли; способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния, умение воздействовать на поведение, состояние ребенка и проявление эмпатии по отношению к нему, как оценка своей родительской компетентности, последовательность в своих требованиях.

Литература:

1. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства [Текст] / Р.В. Овчарова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 319с.
2. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования [Текст] / Е.Г. Силаева / под ред. Е.Г. Силаевой. – М.: Академия, 2002. – 192 с.
3. Психология семьи: хрестоматия [Текст] / Д.Я. Райгородский / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара.: Бахрах, 2002. – 752 с.
4. Соловьев Н. Роль отца в семье [Текст] / Н. Соловьев // Культура семейных отношений: сб. науч. статей. -М. : Знание, 1985. - С.59 - 64.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер. – СПб.: Питер, 2000. – 652с.

МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОТЦОВСТВА ПРИ ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ

Токарева Ю.А.

Уральский гуманитарный институт, Екатеринбург, Россия

Воспитательная деятельность отца, воспитывающего ребенка дошкольного возраста, предполагает широкий спектр специализирующего воздействия на ребенка. В общении с отцами дети дошкольного возраста знакомятся с образцами мужского ролевого поведения, как в семье, так и в обществе (А. Адлер, А. И. Захаров, И.С. Кон, Б.И. Кочубей, З. Фрейд, Э. Фромм, Э.Г. Эйдемиллер и др.). Решающим, в данный возрастной период, является формирование полового самосознания, и это касается как сыновей, так и дочерей (Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, И.С. Клецина, И.С. Кон, Р.В. Манеров и др.). Образцы фактической деятельности отца в семье - основа формирования представлений о мире и о себе, основа социализации и социальной успешности ребенка (Н.Д. Завалова, Б.Ф. Ломов, З. Марова, З. Матейчек, М. Мид, Н.Н. Наричин, В.А. Пономаренко, С. Радванова и др.). Поведение отца только тогда оказывает воспитательное воздействие, когда оно протекает на глазах у детей и при непосредственном взаимодействии отца с ребенком.

Воспитательное значение отцовства - это необходимая предпосылка формирования в сознании ребенка гармоничности мира, отсутствие или пассивная роль одного из родителей воспринимается как дисгармония мира в целом и способствует развитию различных нарушений в психологии и сознании детей.

Исходя из выше сказанного, возникает задача, создания модели эффективного отцовства.

Модель – это упрощенное описание сложной системы, в некоторых существенных частях является изоморфной (т.е. подобной) оригинальным системам.

Рассмотрев различные теоретические подходы, результаты исследований отечественных и зарубежных ученых об эффективности родительства и варианты достижения воспитательной эффективности, можно сказать, что ситуация создания модели эффективного отцовства, как воспитательной деятельности, по отношению к ребенку дошкольного возраста не предпринималась.

Проведенное исследование показало, что воспитательная деятельность отцов, детей дошкольного возраста характеризуется преобладанием мотивации в самореализации, исключением внесемейных отношений, побуждением словесных высказываний и подавлением агрессивного поведения ребенка. В большинстве случаев, в воспитательной деятельности отца преобладает стиль «гипопротекция» и «повышенная моральная ответственность», а в качестве преобладающего типа отцовства выступает «гиперопекающий тип». В результате воспитательной деятельности родителя, как показал анализ контрольно-оценочного компонента, ребенок

имеет средние и ниже среднего показатели социального развития. Подобным родом выстроенная воспитательная деятельность слабо отвечает представлениям и критериям эффективного отцовства и рассогласуется с ролью отца в жизни ребенка, которая достаточно четко обозначена как в отечественной, так и в зарубежной психологии (А. Адлер, Э. Фромм, З. Фрейд, В. Саир, М. Мид и др.). Накопленный теоретический материал, является достаточной базой, для построения теоретической модели эффективного отцовства, как воспитательной деятельности, учитывающей всю специфику возраста и психологию мужчины.

Формирующий эксперимент включал в себя следующую программу мероприятий повышения эффективности отцовства как воспитательной деятельности: диагностика, просвещение и коррекционно-развивающие занятия в виде индивидуальных и групповых консультаций, тренинга для родителей.

В эксперименте приняли участие 46 отцов и их дети старшего дошкольного возраста, 21 мальчик и 25 девочек. Концептуальной основой программы формирования эффективного отцовства, явилась идея структурного анализа воспитательной деятельности отца и успешности взаимодействия отца с ребенком, поэтому основная задача программы — формирование эффективного отцовства посредством повышения результативности воспитательного взаимодействия отца с ребенком.

В рамках данной программы были реализованы следующие этапы:

1. Диагностический этап. Цель: определение особенностей воспитательной деятельности отца, ребенка дошкольного возраста, выявление эффективности используемой стратегии. На данном этапе отцы и матери дошкольников работали с методиками, изучающими стиль воспитания ребенка, родительское отношение, установки и реакции родителей. Производился анализ полученных результатов в сравнении воспитательной деятельности отца и матери дошкольников. Выявлялись сферы влияния родителей.

2. Информационный этап. Цель: повышение психолого-педагогической и воспитательной культуры родителя.

2.1. Консультирование родителей по результатам психодиагностики.

2.1.1. Проведение цикла лекций об эффективных стратегиях воспитания ребенка дошкольного возраста. Роль воспитательной активности отца в социальном развитии ребенка дошкольного возраста. Проблемы воспитания ребенка и принципы их решения.

3. Консультативный этап. Цель: оказание психологической помощи в решении частных вопросов и тем, связанных с трудностями воспитания ребенка, испытываемые отцом ребенка дошкольного возраста. Индивидуальное и групповое консультирование отцов по проблемам воспитания ребенка и отношений с ним.

4. Тренинговый этап. Цель: обучения отца эффективным стратегиям воспитания ребенка и успешного взаимодействия. Проведение детско-родительского тренинга.

Задачи детско-родительского тренинга: создание условий для формирования позитивного отношения к ребенку и мотивации отцовства; формирование эффективных родительских установок, позволяющих принять и понять своего ребенка; развитие умения договариваться с ребенком, организовывать его время; формирование навыка контроля за поведением ребенка в обществе, побуждение к социально поощряемым формам поведения; умение увидеть причину нарушенного поведения ребенка и эффективно отреагировать на него; умение эффективно использовать различные методы поощрения и наказания.

Основные блоки программы: диагностический, информационный, развивающий. Содержание каждого занятия выстраивается по следующей схеме: Ритуал приветствия – Разминка (Проведение психогимнастических упражнений и игр для снятия напряжения, смены деятельности, создание ситуации объединения отца и ребенка) - совместная деятельность родителей и детей - Ритуал обсуждения (Проводится в форме групповой дискуссии в большом кругу и включается всегда после совместной деятельности, вопросы подготавливаются ведущим (тренером) заранее по теме занятия) - Информационная часть. Работа с отцами. Ведущий (тренер) готовит сообщения на темы, которые помогают достичь выполнения цели и задач данного тренинга - Обсуждение домашнего задания - Ритуал прощания.

В результате детско-родительского тренинга с 46 отцами и их детьми дошкольного возраста была проведена оценка результативности всей проведенной работы по формированию эффективного отцовства.

Оценка статистической достоверности эффективности программы проводилась с помощью Т-критерия Стьюдента для зависимых выборок в программе Statistika 6.1. Полученные расчеты показали достоверные различия по всем изучаемым параметрам воспитательной деятельности отца.

Подробнее остановимся на результатах по каждому компоненту воспитательной деятельности (табл. 1).

Таблица 1
Показатели мотивационно-потребностной сферы отцовства до и после формирующего эксперимента (средние значения, сырые баллы)

Мотивационно-потребностная сфера отцовства	До формирования	После формирования	t-значения значимые на уров. $p < ,05000$
Мотивация социального одобрения	4,41	4,5	3,169
Мотивация самореализации	3,78	4,93	-4,634
Мотивация достижения высоких результатов в развитии ребенка	4,47	7,10	-5,072
Мотивация самоутверждения	7,56	5	7,362

Таким образом, количество отцов с мотивацией самореализации в детях и принятием ребенка, как ценности в жизни мужчины, выросла, по сравнению с группой отцов, мотивированных желанием самоутвердиться. Напомним, что мотивация самоутверждения отца, включает в себя факты

жестокое обращение к ребенку, необоснованную агрессию, чрезмерный контроль выполнения ребенком социальных норм и требований. Увеличилась группа отцов, мотивированных получением социального одобрения, что может быть связано с самой ситуацией тренинга, которая подразумевала самооценку эффективности воспитательных действий и оценку успешности поведения с ребенком других отцов, участвующих в тренинге. Описанный выше результат, несомненно, позитивно характеризует основания воспитательных намерений отца и последующие воспитательные действия. Подобного рода мотивационные направленности исключают необоснованность выбора воспитательных средств и санкций в отношении поведения ребенка.

Сравнивая результаты используемых отцом стилей воспитания ребенка, до и после программы формирования, также обнаружилось значимые различия, связанные с увеличением количества отцов, эмоционально принимающих ребенка, сокративших дистанцию с ребенком. В результате тренинга отцы научились оптимальным образом организовывать контакт с ребенком, устранять конфликты и разногласия. Сближение или отдаление от ребенка детерминировано потребностями самого ребенка, желанием получить поддержку отца или предоставление самостоятельности (табл. 2).

Таблица 2

Показатели типов воспитания до и после формирующего эксперимента
(средние значения, сырые баллы)

Типы воспитания детей	До формирования	После формирования	t- значения значимые на уров. $p < ,05000$
«Кумир семьи»	7	7,45	-3,48
Гиперопека	5,30	7,80	-9,7
Гипоопека	4,65	3,37	4,37
Безнадзорность	2,73	2,73	-
Повышенная моральная ответственность	4,54	7,17	-9
«Культ болезни»	5,54	1,95	17,68
«Кронпринц»	5,28	2,21	8,94
Противоречивое воспитание	6,84	2,63	10,05

Изучая стили воспитания отца, после проведения детско-родительского тренинга, также были выявлены значимые различия, связанные с позитивным изменением в стиле воспитания, а значит, и в построении воспитательной деятельности в целом (табл. 3).

Таблица 3

Показатели типов родительского отношения отца к ребенку до и после формирующего эксперимента (средние значения, сырые баллы)

Родительское отношение	До формирования	После формирования	t-значения значимые на уров. $p < ,05000$
Принятие-отвержение	34,5	92	11,8
Кооперация	3,62	19,2	-99,2
Симбиоз	86,9	86,9	-
Авторитарная гиперсоциализация	47,1	25,8	-13,9
Маленький неудачник	60,6	58	10,4

Заметно увеличилось количество отцов с гармоничным стилем воспитанием ребенка. В процессе тренинга отцы научились вести себя, полагаясь на особенности своего ребенка, опираясь на ведущие мотивы его поведения, отцы выбирают воспитательные мероприятия, исходя из ситуации, а не из собственных, когда-то сложившихся представлений. Пересмотр воспитательных позиций отца с ребенком говорит об осознанности всего процесса взаимодействия и наличии устойчивых представлений отца о результате воспитания (табл. 4).

Таблица 4

Показатели установок и реакций отца до и после формирующего эксперимента (средние значения, сырые баллы)

Установки и реакции отца	До формирования	После формирования	t-значения значимые на уров. $p < ,05000$
Побуждение словесных высказываний	15,73	15,73	-18,20
Чрезмерная забота	15,84	15,84	-
Зависимость от семьи	8,10	7	-9,88
Подавление воли	15,65	11,06	14,65
Ощущение самопожертвования	7,06	9,8	-6,49
Создание безопасности	13,69	14,56	3,48
Семейные конфликты	11,32	6,65	-5,47
Раздражительность	8,63	7,58	4,7
Излишняя строгость	11,13	8,26	5,31
Исключение внесемейных отношений	7,17	6,26	-0,66
Сверхавторитет родителей	12,23	14,36	6,01
Подавление агрессивности	10,43	7,69	8,04
Неудовлетворенность ролью отца	9,28	4,28	1,89
Партнерские отношения	5,80	9,5	3,81
Развитие активности ребенка	12,15	15,26	3,40
Установление контакта с ребенком	7,58	16,73	-12,97
Безучастность жены	8,86	3,86	-9,05
Подавление сексуальности	8,15	6,1	6,02
Доминирование отца	10,52	8,10	7,46

Чрезмерное вмешательство в жизнь ребенка	15,97	12,89	16,74
Уравнение отношений	6,39	9,65	-10,21
Стремление ускорить развитие ребенка	13,04	13,04	3,78
Уверенность в воспитательной функции	7,32	13,41	-7,67

*-жирным, отмечены параметры, в которых отсутствуют различия

Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что эффективность программы «Формирование эффективного отцовства» доказана, как на количественном, так и качественном уровне. Мотивация на самореализацию в отцовстве, привела к позитивным изменениям в отношениях отцов к детям. Отцы, проявлявшие ранее эмоциональное отвержение установили с ребенком оптимальный эмоциональный контакт. Изменились и установки отцов таким образом, что, если до тренинга отцы, приписывали ребенку личную и социальную несостоятельность, тем самым стремились удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни, не пытались понять ребенка, то после тренинга отцы проявляют искреннюю заинтересованность и участие в делах ребенка, используют сотрудничество, стремление понять. Все вышеперечисленные изменения повлияли на типы негармоничного воспитания. Если до тренинга в исследуемой группе самым распространенным типом воспитания была доминирующая гиперпротекция, то после тренинга отцы, воспитывающие детей дошкольного возраста, демонстрируют гармоничное воспитание.

Определяя эффективность программы для социального развития ребенка, повторная диагностика дошкольников была проведена спустя четыре месяца после формирующего эксперимента, выяснили, что уровень социального развития и его параметры заметно изменились (чем выше показатель, тем ниже уровень социального развития дошкольника) (табл. 5).

Таблица 5

Показатели социального развития дошкольника до и после программы формирования (средние значения, сырые баллы)

Параметры социального развития ребенка	До формирования	После формирования	t-значения значимые на уров. $p < ,05000$
Субъект самосознания	16,53	11,41	6,947
Субъект общения	11,15	5,93	11,76
Субъект деятельности	8,98	5,91	5,80
Общий уровень тревожности	7,24	5,91	5,80
Воспитательный микросоциум	7,77	6,46	3,22

Полученные в результате формирующего эксперимента данные свидетельствуют о повышении уровня социального развития дошкольников, преодоление трудностей связанных с неуспешностью в игре. Низкий уровень

социального развития проявляется в наличии трудностей в игровых и реальных отношениях детей, а также в предпочтении ребенком предметных игр; несостоятельности в других видах деятельности; неподготовленности к предстоящему обучению в школе. Последнее выражается в несоответствии уровня представлений ребенка об окружающей действительности возрастным возможностям, дисгармоничности эмоционально-волевой сферы, неразвитости психических процессов ребенка, отсутствии или слабой мотивации учения, неумении выделять специальные учебные задачи в ходе игровой, познавательной и других видах деятельности; отклонениями поведенческой сферы, нарушениями процесса интеграции в семье и группе детского сада.

Таким образом, модель эффективного отцовства, представленная в формирующем эксперименте, доказала свою состоятельность и может быть использована в работе практического психолога с семьей.

Литература:

1. Соколова В.Н., Юзефович Г.Я. Отцы и дети в меняющемся мире [Текст] / В.Н. Соколова. – М.: Академия, 1986. – 196 с.
2. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватной родительской позиции [Текст] / А.С. Спиваковская // Семья и формирование личности: сб. науч. трудов / под ред. А.А. Бодалева. – М.: НИИ ОП, 1981. – С.38 - 45.
3. Спирева Е.Н. Стиль семейного воспитания и личностные особенности родителя [Текст] / Е.Н. Спирева // Семейная психология и семейная терапия. – 2001. - № 4. – С. 71-85.
4. Столин В.В. Психологические основы семейной терапии [Текст] / В.В. Столин // Вопросы психологии. -1982. - №4. – С. 15-31.
5. Титаренко В.Я. Семья и формирование личности [Текст] / В.Я. Титаренко. – М.: Мысль, 1987. – 352с.

НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ МАТЕРИНСТВА У СОВРЕМЕННЫХ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Трушкина С.В.

Научный центр психического здоровья РАМН, Психологический институт РАО, г. Москва, Россия

Введение. Феномен родительского отношения к ребенку активно изучается как отечественными, так и зарубежными психологами. Ими было показано его несомненное влияние на ход развития ребенка, на формирование черт его личности, на его здоровье и поведение, а также на личностное развитие самого родителя. Большинство современных авторов в целях научного анализа выделяют в родительском отношении эмоциональную, когнитивную и поведенческую составляющие, которые, как правило, изучаются порознь. Знакомство с литературой по теме позволяет увидеть явное преобладание интереса исследователей к эмоциональным и поведенческим проявлениям родителя. Когнитивная сфера родителя, содержащая его представления, ожидания, ценности, установки и личностные смыслы, связанные с ребенком и фактом родительства, является значительно менее исследованной областью. Кроме того, большинство работ, изучающих те или иные аспекты родительско-детских взаимоотношений, обращено к детям дошкольного, школьного и подросткового возраста. Исследования материнского отношения к ребенку раннего возраста немногочисленны и, что особенно существенно, они в наименьшей степени ориентированы на изучение когнитивных и личностных особенностей матери. Вероятно, сказывается традиция относиться к материнству на этом этапе как к явлению скорее биологического, нежели психологического порядка.

Базовым элементом материнских когниций являются представления женщины о том, каким должно быть «нормальное», «правильное» материнство, которые служат образом желаемого результата и, следовательно, ориентиром для ее родительских усилий. Убежденность матери в существовании тех или иных норм, связанных с воспитанием детей, принятие или непринятие женщиной этих норм во многом определяют то, как она будет выстраивать свои отношения с ребенком. Как правило, эти представления не бывают случайным набором убеждений в правильности чего-либо, а представляют собой развернутую и более или менее логически выстроенную систему ожиданий от всей ситуации материнства. Эта система опирается на семейные традиции, личный опыт, знания, усвоенные из книг для родителей, и образы, почерпнутые из кинофильмов и художественной литературы. Кроме того, такие представления обычно находятся в большем или меньшем соответствии с наличной семейной ситуацией. Такую систему взаимосвязанных представлений о том, каким должно быть материнство, мы обозначили термином «*нормативная модель материнства*» (НММ).

Актуальной является также дальнейшая теоретическая разработка понятия нормы для материнского отношения к ребенку раннего возраста.

Исследованиям в этой области традиционно задает направление повышенный интерес к нарушениям в материнской сфере. Представления о материнском отношении, отвечающем норме, на сегодняшний день бедны, разрозненны и весьма противоречивы. В их становлении явно прослеживается тенденция к поиску некоего единого образца нормы материнского отношения и, более того - стремление задать его всем матерям в качестве, якобы, обязательного условия успешного материнства. Такое представление вступает в противоречие с пониманием здоровой психики и адаптивного поведения как, по сути своей, чрезвычайно полиформных. Исходя из этого, логично предположить существование не единственного образца, а целого набора моделей здорового материнского отношения, гибко адаптированных к самым разнообразным сочетаниям семейных ситуаций, личностных черт матери, физических и психических особенностей ребенка, культуральных влияний. Однако такой подход в психологии материнства еще достаточно нов и слабо разработан.

Целью данной работы было изучение нормативных представлений о материнстве у современных городских женщин, имеющих детей раннего возраста, с точки зрения их индивидуальных различий и влияния на успешность развития детей. В качестве гипотез были приняты следующие положения: 1. нормативные модели материнства у современных городских женщин отличаются друг от друга; 2. НММ, мотивируя реализуемое женщиной материнское поведение и определяя его приоритеты, влияет на уровень и особенности развития ее ребенка.

Выборка состояла из 35-ти диад «мать-ребенок», все дети были в возрасте от одного года до двух лет, без физических или психических нарушений. Возраст матерей – от 24-х до 38-лет, выборка была выровнена по показателям социального благополучия – все женщины проживали с семьей в отдельной квартире, имели достаточный доход и стабильные отношения с отцом ребенка.

Были применены следующие методы исследования: структурированная беседа с матерью, методика Q-сортировка (для выявления степени удовлетворенности матери собой как родителем), две методики для выявления уровня развития детей («Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет» Е.О.Смирновой с соавторами и родительский опросник RCDI) и методика «Игродиагностика» Г.В.Скобло, С.В.Трушкиной (для определения у ребенка уровня избыточной тревоги при интеракциях). Предпочтение отдавалось методикам, основанным на процедурах непосредственного наблюдения и эксперимента.

Результаты. Анализ содержания бесед с применением факторного анализа позволил выявить и описать пять достоверно отличающихся друг от друга моделей материнства, получивших названия «педагогическая», «партнерская», «психологическая», «феминная» и «жертвенная». Кроме того, был оценен в баллах уровень сформированности и фиксированности нормативных представлений у женщин о ребенке и о матери. При помощи остальных методик были определены показатели развития и эмоционального

благополучия у детей и уровень удовлетворенности собой как матерью у женщин. При условии соответствия этих показателей нормам (возрастной норме развития для детей и групповой статистической норме удовлетворенности собой как матерью для женщин) диада считалась нами успешной.

Женщины, имеющие «педагогическую» НММ, считали, что мать должна быть ответственной, строгой, требовательной к себе и к ребенку, и обязательно - успешной в глазах окружающих. Она должна много заниматься с ребенком, образовывая его во всех сферах. Ребенок должен быть здоровый, хорошо развитый, воспитанный, послушный, обладающий целым рядом социально одобряемых качеств и умений. Нормативные образы матери и ребенка у испытуемых из этой группы отличались наибольшей сформированностью и фиксированностью. Это определяло довольно жесткую позицию матерей в вопросах воспитания и обуславливало предъявление высоких требований к ребенку и к себе самой. В повседневной жизни они много внимания уделяли развивающим игрушкам и занятиям с ребенком, а их озабоченность достижением конкретного результата от взаимодействия с ребенком часто препятствовало получению обоими удовольствия от общения. Дети, постоянно испытывая на себе воспитательное давление матерей, уже в раннем возрасте приобретали обыкновение реагировать на многие действия взрослых с недоверием и негативизмом. Психическое развитие детей, в основном, соответствовало возрасту. Однако при возрастании степени определенности нормативного образа ребенка до крайних значений воспитательный стиль матерей приобретал черты гиперсоциализирующего, а дети демонстрировали отставание в развитии, особенно заметное в сфере общения и речи. Степень удовлетворенности собой как родителем у матерей находилась в пределах статистической нормы с тенденцией к более низким ее значениям.

Представления о нормальном материнстве у женщин с «партнерской» НММ сводились к тому, что мать не должна постоянно решать за ребенка, что и как ему делать, что ей нужно стремиться как можно лучше понимать своего ребенка, проводить с ним много времени, играть. Мама должна доверять своим чувствам и делать то, что приносит радость ребенку и ей самой – именно это и будет правильным; она должна в равной степени заботиться о себе и о ребенке, т.к. если будет плохо ей, то будет плохо и ребенку. Ребенок должен быть здоровым и веселым, для него должен существовать минимум запретов. Нормативные образы матери и ребенка в этой группе имели средние значения сформированности, что обуславливало отсутствие у матерей ожидания от ребенка каких-либо жестко заданных результатов или качеств. Матери из этой группы отличались эмоциональной уравновешенностью, высокой способностью к эмпатии по отношению к ребенку и отсутствием избыточной тревоги по поводу своего материнства. Взаимодействие в диаде было хорошо налажено, однако большинство матерей отмечали склонность детей к раздражительности и конфликтности.

Психическое развитие детей соответствовало возрасту, матери имели высокие показатели по степени удовлетворенности собой.

«Психологическая» НММ имела в своей основе представления об особой важности удовлетворения матерью эмоциональных потребностей ребенка (в любви, принятии, спокойствии, чувстве защищенности и благополучия) и об обязанности матери увидеть и развить индивидуальность своего ребенка. Эта НММ описывается высокими показателями определенности образа матери и средними – ребенка, т.е. испытуемые были склонны предъявлять высокие требования к себе как к родителю, а ребенка часто были готовы принимать таким, каков он есть. Матери из этой группы выделялись высоким уровнем интеллекта, творческим складом личности и убежденностью в том, что только они сами ответственны за то, как складывается их материнство. Отношения в диадах были спокойными, доверительными, эмоционально насыщенными и практически бесконфликтными. Дети выглядели уверенными в себе, спокойными, эмоционально яркими, активными и компетентными в общении, проявляли черты независимости и своенравия. Психическое развитие соответствовало возрасту при опережающих показателях по развитию игры и речи. Матери имели высокие показатели по степени удовлетворенности собой как родителем.

Испытуемые с «феминной» НММ, описывали «нормальную» мать как очень любящую, балующую, утешающую, но при этом отвергали ее ответственность за воспитание и социализацию ребенка, считая их не материнскими функциями. Они были убеждены в том, что предъявлять требования, запрещать и наказывать – это обязанность отца, других членов семьи или воспитателей в детских учреждениях. Мама же, по их мнению, должна позволять ребенку развиваться так, как он хочет. Образ ребенка имел низкие показатели по сформированности: представления матери касались лишь самых общих характеристик с констатацией безусловного принятия своего ребенка («должен быть таким, какой он и есть»). Развитие детей в этой группе напрямую зависело от того, насколько другие члены семьи разделяли ригидные представления матерей о гендерных и семейных ролях. Если отец или бабушка ребенка принимали на себя социализирующие функции, то ребенок оказывался и развит по возрасту, и эмоционально благополучен. В остальных случаях дети имели сниженные показатели развитию речи и навыков самообслуживания.

«Жертвенная» НММ была основана на убеждении, что мать обязана всегда быть целиком предоставленной ребенку – он может постоянно быть у нее на руках, спать вместе с ней, годами находиться на грудном вскармливании. Мать должна все ему прощать, все разрешать и никогда не наказывать. Требований к ребенку в принципе быть не должно, так как иначе он будет неправильно развиваться. Такая предельно самоотверженная позиция давала парадоксальные результаты: дети из этой группы отставали в развитии по многим параметрам и отличались выраженной тревожностью в сфере общения и взаимодействия с другими людьми. Объяснение этому

факту может состоять в том, что маленький ребенок в ситуации крайней неопределенности родительских ожиданий лишен ориентиров в своем поведении и реагировании, испытывает неуверенность в себе и, как следствие, сильную тревогу. Это порождает снижение его инициативности, любознательности, спонтанности в поведении и проявлении эмоций. Матери из этой подгруппы в наименьшей степени удовлетворены собой в родительской роли. Им не удается полностью реализовать поведение, соответствующее их представлениям. Все матери из этой подгруппы отмечали у себя бурные эмоциональные срывы и следующие за ними наказания ребенка. Это понижало самооценку матери, порождало ее самообвинения и увеличивало тревогу у обоих членов диады.

Наибольший процент успешных диад был выявлен в случаях с «партнерской» и «психологической» моделями - 89 и 100% соответственно. «Педагогическая» модель также была вполне способна обеспечивать психологическое благополучие своих членов, но при условии, что степень определенности образов матери и ребенка не будет слишком высока (67 % успешных диад). В диадах с «феминной» моделью лишь 25% случаев оказались успешными. Среди диад с «жертвенной» моделью не оказалось ни одной психологически благополучной.

Была выявлена статистически достоверная зависимость успешности функционирования диады от показателя степени сформированности образов ребенка и матери. Дети матерей, имеющих средние значения этого показателя, оказались наиболее благополучными в своем развитии и эмоциональном состоянии. При крайних значениях показателя – как низких, так и высоких – диада испытывала трудности, поскольку в случае низких показателей резко снижалась способность НММ мотивировать материнское поведение, в случае высоких – материнское поведение и реагирование утрачивало гибкость и возможность соответствовать меняющейся ситуации.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что современные городские социально благополучные женщины-матери обладают не одним «единственно верным» представлением о нормальном материнстве, а обнаруживают целый ряд его вариантов, которые достоверно отличаются друг от друга. Такая картина является, по-видимому, следствием неоднородности представлений о семье в современном обществе и высокой степени свободы, существующей в этом вопросе. Все выявленные в исследовании модели материнства, за исключением «жертвенной», были способны обеспечить диаде достаточный уровень ее психологического благополучия. Это подтверждает гипотезу о разнообразии моделей материнства, а также еще раз убеждает в верности исходного тезиса о вариативности нормы. При этом реализация женщиной той или иной модели материнства отражается на индивидуальных особенностях развития и эмоционального состояния ребенка.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ В СТРУКТУРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ

Филатова Т.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Предотвращение вовлечения подростков в употребление психоактивных средств (ПАС) является одной из актуальных и до сих пор нерешенных проблем современной наркологии [3, 5, 10, 11]. Наиболее эффективным методом ее решения является первичная профилактика – комплекс мероприятий, направленный на предотвращение вовлечения, прежде всего, несовершеннолетних в потребление ПАС. Профилактические мероприятия должны проводиться с учетом совокупности факторов, приводящих к потреблению ПАС. По данным литературы [1, 2, 6, 14, 15, 16], к числу значимых факторов риска, помимо клинико-биологических (наследственная отягощенность злоупотреблением ПАС и психическими заболеваниями, перинатальная патология, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе, преморбидные личностные девиации), преимущественно относятся социально-психологические – нарушение состава родительской семьи, дефекты семейного воспитания, влияние асоциальной микросреды. При традиционном подходе объектом превентивных мероприятий является «группа риска» – несовершеннолетние, характеризующиеся большей склонностью к употреблению ПАС, т.е. имеющие большее количество факторов риска. Реже внимание специалистов – врачей-наркологов, педагогов, школьных психологов, социальных работников – обращено к родителям детей и подростков, к функционированию их семей. Как бы не был авторитетен специалист, реальная программа жизни, практические навыки повседневного поведения и общения, отношения к вредоносным факторам формируются – активно, целенаправленно или исподволь – через личный пример родителей [13]. Зарубежные специалисты утверждают, что родители в большинстве случаев прямо не виноваты в том, что их дети начинают принимать те ли иные ПАС, но они так или иначе участвуют в становлении и развитии болезненного пристрастия [20]. Многие авторы считают нарушение нормального состава семьи, негармоничные взаимоотношений в семье, неправильные воспитательные стили одними из важнейших факторов риска приобщения детей и подростков к ПАС. К ним относят воспитание в неполной, «деформированной» семье (с отчимом или мачехой), отсутствие родительской семьи. Асоциальные семьи, злоупотребление ПАС в семье также не способствуют правильному воспитанию детей и подростков. В дисгармоничных, проблемных, распадающихся семьях, где во взаимоотношениях между родителями отсутствует понимание и нередко семейные конфликты, сложно воспитать гармоничную личность, а наличие напряженной атмосферы может спровоцировать «уход» ребенка от реальности в наркотизацию [7]. К важным факторам риска приобщения к ПАС относят различные нарушения

семейного воспитания. Выявлена положительная корреляция между риском приобщения ребенка к ПАС и такими воспитательными стилями, как гипоопека (вплоть до безнадзорности), гиперопека, противоречивое воспитание, жестокое отношение, завышенные требования родителей (чаще матери) к ребенку [8, 12]. В настоящее время на первый план выдвигается проблема разрушения и искажения общественного института материнства и семьи, неготовности родителей к родительской роли, неуверенность в жизненных позициях, некомпетентности их в вопросах материнства и отцовства [9]. Важный социально-психологический фактор риска – наличие в ближайшем окружении ребенка или подростка лиц, употребляющих ПАС, или лиц с девиантным поведением, одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка [4]. Факторов, сдерживающих приобщение к ПАС, гораздо меньше, чем факторов риска. Важнейшим из них является гармоничное развитие личности, которое возможно только в полноценной, продуктивно функционирующей семье. Специалисты NIDA рассматривают среди данных факторов [19] крепкие семейные узы, активную роль родителей в жизни детей, понимание их проблем забот, ясные правила, стандарты внутри семьи, постоянные обязанности (система поощрений эффективней системы наказаний).

Целью нашего исследования явился анализ роли семьи в развитии зависимости от психоактивных средств и разработка программы психотерапевтической работы в рамках профилактики зависимости от ПАС.

Для этого нами было проведено комплексное клинко-психопатологическое и катamnестическое исследование обследовано 129 больных алкоголизмом и опийной наркоманией, находящихся на лечении в Курской областной наркологической больнице и наркологическом отделении Курской психиатрической больницы (средний возраст больных составил $36,57 \pm 11,03$ лет), которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 113 здоровых лиц со средним возрастом $36,97 \pm 13,56$ лет и сходными с основной группой половыми и социально-демографическими характеристикам. При исследовании всех испытуемых заполнялась специально разработанная формализованная индивидуальная карта больного и здорового человека. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с помощью компьютерной программы Stat Plus 2006 с использованием t-критерия Стьюдента для определения достоверности разности средних и χ^2 – относительных величин.

В результате статистической обработки полученных данных были выявлены значимые различия в частоте встречаемости в анамнезе больных, страдающих зависимостью и здоровых людей ряда социально-психологических факторов [17, 18].

При исследовании социально-психологических условий становления личности нами была обнаружена более неблагоприятная картина в основной группе в сравнении с контрольной. Она отличалась по целому ряду показателей: составу родительской семьи, стилю воспитания, уровню

полученного образования, наличие тяжелых психологических травм, наличие в ближайшем окружении лиц, употребляющих ПАС.

В результате проведенного исследования было выявлено, что только половина больных алкоголизмом и наркоманиями воспитывалось в полных семьях (диаграмма 1). В контрольной группе этот показатель оказался достоверно выше – $\chi^2 = 29,96$; $p < 0,001$. Причем 6,2% (8 человек) обследованных 1-ой основной группы отмечали наличие конфликтных отношений в этих семьях. В контрольной группе на это указывали 2,7% (3 человека). В полных многодетных семьях воспитывалось практически одинаковое количество обследованных обеих групп – 15,5% (20 человек) основной группы и 12,4% (14 человек) контрольной группы. В неполных семьях достоверно чаще воспитывались больные алкоголизмом и наркоманией ($\chi^2 = 11,61$; $p < 0,001$) по сравнению со здоровыми людьми. В обеих группах неполная семья состояла чаще всего из матери (39 случаев в основной группе и 15 случаев в контрольной группе, что составило 88,6% и 88,2% от всех неполных семей соответствующих групп). Больные алкоголизмом и наркоманиями достоверно чаще воспитывались в «деформированных» семьях (с наличием отчима) ($\chi^2 = 8,96$; $p < 0,01$). Причем у половины лиц 1-ой основной группы, воспитывавшихся в «деформированных» семьях, сложились отрицательные отношения с приемным родителем, чего не наблюдалось в контрольной группе. Среди больных алкоголизмом и наркоманиями присутствовали 6 сирот, в том числе и социальных (имеющих живых родителей, но отказавшихся от них), воспитывающихся бабушками и дедушками (3 человека) и в детских домах (3 человека). В контрольной группе ни один из обследованных не был сиротой.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в семьях контрольной группы достоверно чаще наблюдался гармоничный *стиль воспитания*, чем в основной группе ($\chi^2 = 78,26$; $p < 0,001$) (табл.1). В обеих группах преобладала гипоопека, в контрольной группе не наблюдалось случаев воспитания по типу эмоционального отвержения, значительно реже присутствовало жестокое обращение и несогласованный стиль воспитания в родительской семье.

Таблица 1.

Стили воспитания в родительских семьях основной и контрольной групп (n=242)

Стили воспитания	1-я основная группа (n=129)		Контрольная группа (n=113)	
	Абсолютные значения	Относительные, %	Абсолютные значения	Относительные, %
1. Гармоничный	39	30,2%	98	86,7%
2. Негармоничный:				
2.1. Гиперопека	20	15,5%	4	3,5%
2.2. Гипоопека	49	38,0%	7	6,2%
2.3. Жестокое обращение	8	6,2%	1	0,9
2.4. Эмоциональное	1	0,8%	–	–

отвержение				
2.5. Несогласованный между родителями стиль	12	9,3%	3	2,7

Полученные нами данные свидетельствовали о том, что в основной группе достоверно преобладало наличие в ближайшем окружении лиц, употребляющих ПАС (63,6% – 82 человека) по сравнению с контрольной группой (29,2% – 33 человека) – $\chi^2 = 28,52$; $p < 0,001$. Необходимо отметить, что влияние алкогольного и наркотического окружения у больных алкоголизмом и наркоманиями учитывалось в случае его наличия в преморбидном периоде их жизни.

На основании приведенных данных можно сделать вывод о значительном влиянии состава семьи (неполные, «деформированные» семьи, отсутствие родительской семьи), условий воспитания в ней (негармоничный стиль воспитания) и алкогольного и наркотического окружения на формирование зависимости от ПАС.

Учитывая особую роль семьи в формировании гармоничной личности с высокой антинаркотической устойчивостью, мы предлагаем комплексную программу профилактики злоупотребления ПАС, направленную не только на детей и подростков, входящих в группу риска, но и на их ближайшее окружение.

При наличии неблагоприятных социально-психологических факторов (дефекты семейного воспитания, нарушение состава родительской семьи, влияние асоциальной микросреды) оптимальным методом коррекции является системная семейная психотерапия (СП).

К задачам СП в рамках профилактической работы с подростками относят:

- информирование родителей о роли семьи в развитии зависимости у подростка, о возможных семейных причинах употребления ПАС;
- ознакомление родителей с признаками приема подростком ПАС;
- оптимизацию системы внутрисемейного воспитания;
- нормализацию детско-родительских отношений и снижение уровня конфликтности;
- повышение адекватности реагирования подростком на семейную ситуацию;
- усиление ответственности членов семьи за свое внутрисемейное поведение;
- создание позитивного эмоционального фона семейных отношений.

СП включает в себя 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В.В., 1989): 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидации семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Длительность СП определяется выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений.

Вначале СП проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем – 1 раз в 2 недели, далее – 1 раз в 3 недели.

Поставленные задачи невозможно решить с помощью только одного психотерапевтического подхода. В данном случае необходима гибкость тактики лечебного воздействия, индивидуальный подбор методов диагностики и коррекции. К наиболее эффективным и апробированным техникам диагностического этапа относятся: социометрические методики, построенные на том, что все члены семьи выбирают (или отвергают) партнеров для совместной работы, совместного проведения свободного времени и т.п.; метод циркулярного опроса, заключающийся в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношения между ними; невербальные методы, основанные на анализе взаиморасположения членов семьи в пространстве (как спонтанного, так и заданного специальными упражнениями: «Построение семейной скульптуры», «Организация семейного пространства»); наблюдение за совместной деятельностью членов семьи, например, при строительстве соломенной башни. На последующих этапах – ликвидации конфликтов и реконструкции отношений – эффективно использование метода групповой дискуссии, совместного анализа и интерпретации взаимоотношений, анализа аудио- и видеозаписей сеансов, разыгрывания семейных ролей (особенно с их попеременной сменой между членами семьи), создания «живых скульптур». Реконструкция отношений должна сопровождаться обучением правилам конструктивного спора, навыкам эмпатического общения. Также целесообразно предоставления заданий по модификацию поведения. Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Молчаливому члену семьи можно предложить высказаться, в то время как лидер должен молчать в течение 5 минут. Сыну, который чаще общается с матерью, можно предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр. Детям на несколько дней поменяться ролями со своими родителями и т.п.. При этом стимулируется любая совместная деятельность. Эффективно использование кинотерапии, заключающейся в просмотре специально подобранного художественного фильма с его последующим совместным обсуждением. На поддерживающем этапе в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения нового ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, наблюдается динамика внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Семейная психотерапия является наиболее эффективным, но, в то же время – наиболее трудоемким методом психокоррекционного воздействия на неблагоприятные микросоциальные факторы. Если ее проведение является невозможным в силу технических причин (несовпадение свободного времени у членов семьи и т.п.) или подросток отказывается от участия в СП, то более

доступным, но не менее эффективным методом в данном случае может служить тренинг родительской компетенции. Родители составляют значительную часть микросоциального окружения подростка, способны влиять на приобретение им социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи его развития и помогать в решении проблем. Изменения в их поведении и образе жизни оказывают значительное влияние на опыт и поведение ребенка. Следует заранее (за две-три недели) пригласить родителей для участия в тренинге, доступно изложить его цель, план и методику, выяснить наличие препятствий для совместной работы. Подбирая группу, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на занятия могут приходиться оба партнера, что помогает следить за особенностями семейной динамики. Оптимальным вариантом проведения тренинга являются занятия в группе численностью от 6 до 8 человек с частотой 1 раз в неделю продолжительностью 2 часа (6 занятий). Тематическая группа способствует обмену опытом между семьями, помогает снять напряжение, спланирует родителей. В начале проводится анализ стереотипов поведенческих взаимодействий, определяется круг проблем во взаимоотношениях с подростком. Продумываются и совместно прорабатываются в упражнениях альтернативные воспитательные подходы. При этом можно использовать такие приемы, как дискуссия, «мозговой штурм», клинические ролевые игры и видеонаблюдение. Особое внимание уделяется отделению родительской подсистемы от детской в семье, восстановлению внутрисемейных границ, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации. На занятиях необходимо производить обучение родителей навыку выявления своей позиции и позиции подростка методом транзактного анализа, способам передачи подростку ответственности за свои поступки и разрешения конфликтов.

В результате проведения тренингов родители должны научиться формировать равноправные взаимоотношения с подростком, адекватную самооценку в роли родителя. Информационный компонент включает знакомство с внешними признаками употребления различных ПАС, проявлениями зависимости от них. Важной является правовая информация об ответственности родителей за воспитание детей и их правонарушения.

Следует учитывать, что изменение воспитательных подходов ведет в переходной фазе к неуверенности воспитателя. Это может привести к временному усилению симптоматики у подростка после родительского тренинга. Поэтому в некоторых случаях улучшение проявляется после определенной латентной фазы. Важно, чтобы родители были осведомлены о возможных критических периодах и чтобы в эти периоды с родителями и подростком проводились поддерживающие беседы.

При наличии индивидуально-психологических факторов риска развития зависимости от ПАС (склонности к девиантному поведению, акцентуаций характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного

типов, повышенной тревожности и др.) психотерапевтические мероприятия должны включать трениговую работу с подростками с целью развития способности к сознательной психологической саморегуляции, формирования позитивных жизненных целей, мотивации к сохранению здоровья, функциональных стратегий поведения, препятствующих употреблению ПАС [11]. Информация о ПАС не дается в лекционной форме, а включается в дискуссию на этапе, когда реализованы три важнейших направления работы: 1-осознание собственных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения; 2-развитие этих ресурсов; 3-развитие стратегий и навыков поведения, ведущего к здоровому образу жизни и препятствующего злоупотреблению ПАС. Важнейшим компонентом работы является выполнение домашних заданий, предназначенных для включения в профилактическую работу членов семьи и друзей; для самостоятельного осмысления полученного на занятиях и в жизни опыта.

Для подростков, испытывающих сложности социальной адаптации, целесообразно проведение тренинга коммуникативных навыков (5 занятий по 40 минут в группе численностью 12-15 человек с частотой 1 раз в неделю), со сниженной способностью справляться со стрессовыми ситуациями – тренинга стрессоустойчивости (10 занятий 1 раз в неделю по 80 минут в группе из 6-12 человек с использованием релаксационных, медитационных упражнений, ролевых и психологических игр) [6]. При наличии повышенного уровня личностной тревожности показана комбинация индивидуальной поведенческой и семейной психотерапии.

Обучение умению отказаться от предложения принять ПАС, формирование навыков регулирования эмоций, разрешения конфликтов, эффективного общения, принятия решений также возможно осуществлять в процессе групповой психотерапии. Занятия проводятся в группе численностью от 7 до 15 человек с частотой 1 раз в неделю. Их продолжительность 1 академический час (рекомендуется 15-20 занятий).

В случае возможности индивидуальной работы с подростком наиболее оптимальным методом психокоррекционного воздействия является когнитивная поведенческая психотерапия. Она основана на положении, что чувства и поведение человека определяются не ситуацией, в которой он оказался, а восприятием этой ситуации. Целью когнитивной поведенческой психотерапии является формирование более адаптивных паттернов поведения через изменение привычных стереотипов мышления, освоение новых способов видения сложившейся ситуации. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосрочный курс, состоящий из 10 – 20 сеансов с частота 1 – 2 раза в неделю.

Список литературы:

1. *Альтшуллер В.Б.* Наркомания – дорога в бездну. / В.Б. Альтшуллер, А.В. Надежин. – Москва, 2000. –29 с.
2. *Благина И.А.* Динамика аддиктивного поведения у детей с резидуально-органическим психосиндромом / И.А. Благина, Н.Е. Буторина,

Е.Н. Кривулин. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 36-40.

3. *Бохан Н.А.* Современные тенденции наркологической ситуации среди подросткового населения / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Л.Л. Трефилова // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 40-42.

4. *Дорофеев Р.Д.* Факторы риска формирования аддиктивного поведения у учащейся молодежи по данным анонимного анкетирования / Р.Д. Дорофеев, В.И. Долгова, В.Л. Юлдашев // Вопросы наркологии, 2007. – №1. – С. 26–31.

5. *Егоров А.Ю.* Современные особенности наркоманий у подростков / А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9.1. – С. 22-34.

6. *Измайлова И.Г.* Хроническая посттравматическая головная боль после легкой черепно-мозговой травмы в детском возрасте / И.Г. Измайлова, О.А. Колосова, В.В. Белопасов. // Российская научно-практическая конференция с международным участием «Хронические болевые синдромы»: тезисы докладов (23-25 мая 2007 г., г. Новосибирск). – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2007. – С. 156-161.

7. *Каражанова А.С.* Особенности детского наркотизма (обзор отечественной и зарубежной литературы) / А.С. Каражанова // Наркология, 2003. – №11. – С. 37–55.

8. *Козлов А.А.* Зависимость формирования наркоманической личности от предрасполагающих факторов / А.А. Козлов, М.Л. Рохлина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2001. – №5. – С. 16–20.

9. *Козловская Г.В.* Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы микропсихиатрии / Г.В. Козловская // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. – Т. 12. – №2. – С. 27–30.

10. *Кошкина Е.А.* Распространенность наркологических расстройств среди подростков в России в 2007 г. / Е.А. Кошкина. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 72-73.

11. *Кошкина Е.А.* Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Е.А. Кошкина, К.В. Вышинский, Н.И. Павловская, И.А. Збарская, О. И. Антонова // Наркология. – 2010. – № 4 –С. 27-36.

12. *Макеева А.Г.* Особенности нормативных представлений современных подростков о злоупотреблении наркотическими веществами. / А.Г. Макеева. // Вопросы наркологии, 2005. – №6. – С.37-43.
13. *Пелипас В.Е.* Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. Сообщение 3. Позиция семьи / В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цетлин // Вопросы наркологии, 2000. – № 2. – С. 54-60.
14. *Погосов А.В.* Мероприятия профилактики зависимости от психоактивных веществ для учащихся общеобразовательных учреждений (медикаментозная и психотерапевтическая коррекция в группе риска): Методические рекомендации. / А.В. Погосов, Т.А. Филатова. – Курск: КГМУ, 2009. – 15 с.
15. *Психопатологические* расстройства резидуально-органического круга при юношеском алкоголизме /Д.В. Детков, К.Ю. Ретюнский, Д.Я. Ойкер и др. [Электронный ресурс] // Информационно-поисковый портал «Медгородок.ру». – Уральский медицинский журнал. Психиатрия. – 2007. – № 4 (32) <http://www.urmj.ru/arhpsih07.htm>
16. *Тузикова Ю.Б.* Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией / Ю.Б. Тузикова. // Вопросы наркологии, 2001. – №5 – С.26-34.
17. *Филатова Т.А.* Профилактика употребления психоактивных средств в подростковой среде / Т.А.Филатова, А.В. Погосов, Н.С. Степашов. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2008. – №3 – С. 79-87.
18. *Филатова Т.А.* Предикторы развития зависимости от психоактивных средств / Т.А. Филатова // Материалы II Архангельской международной медицинской конференции молодых ученых и студентов «Бюллетень Северного государственного медицинского университета (выпуск XXII)» – №1 – 2009. – Изд-во Северного государственного медицинского университета – С.23.
19. *Preventing and controlling dnig abuse* / Перевод Андреевой Т.И // Ed. by M.Gossop & M.Grant. – Geneva: WHO, 1990 – P. 71–74.
20. *Warns C.* // Drogensucht. – Stuttgart, New York: Schattauer. – 1994. – S.24-36.

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР НОРМАЛЬНОГО И АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ДЕВУШЕК В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Харланова Л.В., Арина Г.А, Николаева В.В.

**Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г.
Москва, Россия**

Подростковый возраст, период полового созревания характеризуется значительными изменениями в эмоциональной, когнитивной, мотивационной сферах, и, кроме того, серьезными преобразованиями телесного опыта. Системная перестройка, в которую вовлекается вся личность и организм подростка в это время, сопровождается появлением новой феноменологии на когнитивном, эмоциональном, телесном и даже физиологическом уровне. Изменения внешнего облика, пропорций тела, развитие вторичных половых признаков — все это, появляясь в телесном опыте подростка, требует порой значительных эмоциональных усилий по их принятию и освоению. Девушкам-подросткам, помимо этого, приходится осваиваться с началом менструаций. Появление новой телесной функции чаще всего оказывается значительным эмоциональным событием подросткового периода.

Начинаясь в подростковом возрасте, эта функция просуществует в телесном, поведенческом и эмоциональном опыте женщины около 40 лет, закончившись менопаузой. Менструация, по сути своей, являясь физиологическим явлением и запускаясь в организме подростка после достижения определенных количественных и качественных телесных и организменных параметров, с самого начала, с самого первого своего появления на телесной сцене, никогда не сводится только к физиологическим процессам, в большой степени определяясь сопровождающими ее психологическими феноменами.

Появляясь довольно поздно в онтогенезе и являясь завершающим звеном предшествующих скрытых физиологических и явных телесных изменений, сопровождающих половое созревание, менструация является частью необходимого здорового телесного опыта женщины. С точки зрения культурно-исторического подхода к изучению телесности [2], установление менструаций представляет собой начало очередного этапа нормального развития телесного опыта в подростковом возрасте. Культурой присвоено особое название самому первому событию менструации — менархе. Культурно-исторический подход к изучению телесности предполагает, что первая менструация и несколько последующих циклов являются периодом особой чувствительности, становящейся телесной функции, в течение которого влияния различных факторов могут оказать существенное влияние на ее дальнейшее развитие.

Новая телесная функция в силу своей значительности и важности для всей последующей судьбы девушки, появляясь, никогда не является «делом» только самой девушки. Установление менструации, появление новых нюансов в отношении с собой и своим телом, у девушки отмечается всей

семейной системой, в которую она включена. Ровно так же, как с появлением и развитием нового телесного феномена, девушке открываются новые аспекты самоотношения, во взаимоотношениях между фигурами ближайшего окружения и девушкой появляются новые грани. Таким образом, появление новой телесной функции означает изменение социальной ситуации развития девушки-подростка.

Телесный опыт периода полового созревания, прирастая новыми явлениями, создает опыт нового восприятия своего тела девушкой, дает ей неизвестный ранее опыт самочувствия и самовосприятия. Новые телесные феномены могут стать точкой отсчета для значительных изменений в системе самооценки девушки. Появляясь в системе ее сложившихся отношений с собой, своим телом, значимыми фигурами и миром, эти феномены играют роль опосредующего фактора изменений в этой системе. Одновременно с этим, развитие отношения девушки к новым телесным феноменам оказывается опосредовано системой сложившихся к тому времени отношений.

Период становления менструации, как нового телесного опыта, открывает новый этап становления женской телесности. Новые телесные феномены должны найти место в складывающейся системе «женское тело - женская идентичность».

В это время уточняется и меняется характер парных семейных взаимодействий «Мать-Дочь», «Отец-Дочь», «Мать-Отец» и «Сестра-Брат», «Сестра-Сестра» и т.д.

Менструация как гендерная функция для многих женщин и мужчин эмоционально связана с мужско-женскими и сексуальными отношениями, а начало менструирования у многих девушек инициирует осознание новых граней своей женственности. Иногда установление менструаций знакомит девушку с амбивалентным и даже негативным отношением к своему «бытию женщиной». Кроме того, появление новой телесной функции, начало отсчета нового гендерного опыта может проблематизировать, выявлять дефицитарные области в поле отношений с людьми и миром: «обнаружив» благодаря менструации, что она принадлежит миру женщин, девушка может «открыть» свое эмоциональное противопоставление миру мужчин; осознать страхи, стыд, неуверенность, связанные с общением с противоположным полом. Отец в период начала менструации может впервые осознаваться как принадлежащий «миру мужчин».

Таким образом, телесный опыт в период полового созревания и установления новой телесной функции — менструации — существует как особый психосоматический феномен, имеющий сложное системное строение и претерпевающий изменения на всех уровнях системы.

В исследовании, проводимом среди московских школьниц 13-17 лет, мы изучали отношение к телесным феноменам этапа полового созревания на примере отношения к менструации в период ее становления. Кроме того, интерес представляло изучение влияния появления новой телесной функции

на изменения в системе значимых отношений девушки и в системе самооценки.

В качестве феноменов, доступных исследованию, мы изучали ретроспективные представления о менструации на разных этапах знакомства с этой функцией; отношение к данному телесному феномену у девушки в настоящее время; особенности позитивного и негативного отношения к феномену менструации, как части своего телесного опыта, у девушек на этапе становления этой функции.

Основная гипотеза исследования: начальный период, становление новой телесной функции у девушек в период полового созревания представляет собой период смены социальной ситуации развития, в рамках которой происходят изменения в системе самооценки и в системе идентичности. Период установления менструации являет собой существенный этап развития телесного опыта, во-первых, опосредующий изменения в системе значимых отношений девушки; во-вторых, испытывающий влияние уже сложившейся системы отношений. В первом случае, появление новой телесной функции означает появление значимых изменений в системе отношений девушки; во-втором — сложившаяся система отношений девушки оказывает влияние на ее отношения к новой телесной функции и телесной феноменологии, связанной с ней.

Эмпирические гипотезы:

1. Менструация с самого своего момента появления в телесном опыте девушки является иерархически организованной системой, включающей телесный, эмоциональный, когнитивный и смысловой уровни и феномены особого самочувствия.

2. Особенности строения системы отношений девушки оказывают существенное влияние на установление позитивного либо негативного отношения к новому телесному опыту.

3. Появление новой функции в телесном опыте девушки оказывает существенное влияние на изменения в ее системе самооценки.

4. Развитие и становление нового телесного опыта у девушки испытывает влияние материнского опыта.

5. Встраивание нового телесного опыта дочери в систему идентичности дочери происходит через опосредующее влияние материнских воспитательных стратегий.

6. Отношения девушки с отцом в период становления новой телесной функции у подростка оказываются столь же важны для закрепления позитивного либо негативного отношения к менструации, как и отношения с матерью.

7. Особенности конфигурации семейной системы, отношений в детско-родительском треугольнике «Мать-Отец-Дочь», характерные черты взаимодействий в парах «Мать-Дочь» и «Отец-Дочь», и специфические паттерны воспитательных стратегий матери оказывают влияние на восприятие дочерью своей менструации, как недомогания и неприятного симптома, окрашенного резким эмоциональным неприятием.

8. Опыт первой менструации оказывает существенное влияние на отношение к менструации в течение периода становления новой функции.

Задачи исследования.

Разработка теоретико-методологических основ и эмпирической модели исследования развития телесного и эмоционального опыта, а также развития самосознания в период полового созревания у девушек.

Выявление возможных механизмов обращения нормального телесного феномена — менструации — в психосоматический симптом.

Актуальность исследования подтверждается широким распространением нарушений нормального развития телесного опыта в период полового созревания у девушек.

Первую группу испытуемых составили девушки, чей менструальный опыт составлял не более года. Для девушки это период установления определенного эмоционального отношения к новой функции, выработки собственных способов поведения и взаимодействия с собой, своим телом и окружающими людьми в этот период; сама же телесная функция в это время обретает устойчивые характеристики в виде постоянной длины менструального цикла (количества дней от первого дня одной менструации до первого дня следующей) и количества дней ежемесячного менструирования и интенсивности кровотечения. Однако для значительного числа девушек столь же устойчивой характеристикой менструации является ежемесячное переживание болевых ощущений, которые можно субъективно оценить в баллах от 0 до 10. Оказалось, что практика даже очень сильных болевых ощущений (субъективно оцениваемых в баллах 9-10) во время менструации не означает, что менструация переживается девушкой как «болезнь» и/или приравнивается к «симптому». Оказалось, что даже болезненная менструация оставляет возможность позитивного эмоционального к ней отношения.

Кроме того, негативное эмоциональное отношение к менструации возможно и тогда, когда менструация не сопровождается болевыми переживаниями. Таким образом, нормальный гендерный телесный опыт — менструация — преобразуется в психосоматическое неблагополучие в том случае, когда одновременно существует отношение к менструации, как к «симптому», сопровождаемому болевыми ощущениями, негативное эмоциональное отношение к менструации, как части своего телесного опыта и негативное декларируемое (высказываемое) отношение к менструации.

Использование количественных и качественных методов анализа (ЦТО, Цветовой тест отношений) [4], его статистическая и графическая интерпретация [1] позволили определить три типа эмоционального отношения к менструации:

9. позитивное, в данную группу попадают девушки, графические интерпретации теста ЦТО которых отчетливо делятся на паттерны позитивно и негативно окрашенных объектов, противопоставленных друг другу (по результатам статистической обработки) «обратными» связями. При этом «Менструация» как объект ЦТО входит в паттерн «позитивно окрашенных»

объектов; к этой же группе отнесены девушки, структура отношений у которых (по ЦТО) имеет только зачатки поляризованной структуры, менструация не связана с другими объектами, изолирована, но по результатам ЦТО оказывается в ряду позитивно окрашенных объектов;

10.негативное, в данную группу входят девушки, у которых в системе отношений присутствует поляризованные структуры (паттерны) явно позитивных и негативных объектов, при этом «Менструация» (как объект ЦТО) входит в негативный паттерн;

11.неустойчивое, данную группу составили девушки, графически обработанные результаты ЦТО которых не выявляют четко выраженного разделения на негативные и позитивные паттерны; у которых цветовые выборы для объекта ЦТО «Менструация» проявляют амбивалентное отношение испытуемых к этому явлению; за «Менструацией» еще не определилось четкого места в системе отношений и самоотношения.

Анкета девушки, сконструированная специально для целей данного исследования, содержит некоторое количество вопросов, обращающих испытуемую к рефлексии своего болевого менструального опыта. На этапе поиска значимых переменных из всего массива данных о болевом опыте испытуемых был взят только один факт: наличие либо отсутствие боли во время менструации в актуальном опыте. Иначе говоря, если бы менструация у нашей испытуемой проходила во время заполнения ею анкеты, была бы она болезненной или нет (то есть, как об этом говорилось выше, стало ли болевое сопровождение менструации устойчивой характеристикой менструального цикла). Наличие либо отсутствие боли во время менструации в актуальном опыте позволило разделить испытуемых внутри уже выделенных трех подгрупп таким образом, что образовалось шесть видов или типов менструального опыта, при этом каждый тип по своему содержанию является конструктором третьего уровня:

12.позитивное отношение в менструации при наличии боли в актуальном опыте (ПозитБолев);

13.позитивное отношение к менструации и неболевая менструация (ПозитНеболев);

14.негативное отношение к менструации при наличии боли в актуальном опыте (НегатБолев);

15.негативное отношение к менструации и неболевая менструация (НегатНеболев);

16.неустойчивое отношение к менструации при наличии боли в менструальном опыте (НеустБолев);

17.неустойчивое отношение к менструации и неболевая менструация (НеустНеболев).

Декларируемое отношение к менструации у девушки выявлялось с помощью ответов на ряд вопросов анкеты девушки (АД): вопроса №6 «В то время (когда девушка впервые узнала о менструации). Вы думали, что менструация - это...»; вопрос №7 «Вспомните, пожалуйста, что Вы испытали, когда узнали, что у Вас тоже будет менструация? (подчеркните все нужные

ответы или добавьте свои варианты)»; вопроса №12 «Какие чувства Вы испытывали во время первой менструации? (подчеркните нужные ответы и/или добавьте свои варианты)»; актуальное отношение к менструации выявлялось с помощью открытого вопроса №16 «Мое отношение к менструации сейчас — ...».

Таким образом, сочетание нескольких (телесных, эмоциональных и когнитивных) факторов опыта, относящихся к менструации: негативного эмоционального отношения в менструации, наличия болевого менструального синдрома и декларируемого отношения к актуальному опыту менструации, как «недомоганию» и «болезни», позволяет достаточно строго отнести такую менструацию к психосоматически неблагоприятному опыту.

Нас интересовало, на фоне какой внутрисемейной динамики отношений существуют те или иные типы отношений к менструации у девушки.

Для анализа отношений внутри пары «Мать-Дочь» использовалась методика АСВ [3]. Опросник данной методики предлагался матери девушки и самой девушке. Девушка получала инструкцию заполнить опросник, представляя, как бы на данные вопросы ответила ее мать. Во втором варианте этой же методики девушке предлагалось заполнить опросник, воображая себе идеальную ситуацию «Каким бы Вам хотелось видеть отношение к Вам мамы».

На фоне какого материнского отношения существует Позитивное ЭО к менструации у девушки? Безусловно, мы не можем говорить обо всей полноте материнского отношения, данная методика отличается тем, что, выявляя некоторые из патологизирующих родительских типов отношения к своим детям, она остается нечувствительна к характеристикам гармонических отношений.

Не имея возможности привести здесь полное описание пошагового анализа результатов методики АСВ, приведем общую характеристику группы.

Итак, наиболее характерные конфликтные зоны по подгруппам с различным отношением к менструации в отношениях между матерью и дочерью:

В подгруппе с Позитивным ЭО к менструации — девушка приписывает своей матери предпочтение женских качеств, как стиля воспитания, в то время, как матери этих же девушек приписывают себе предпочтение в подростке детских качеств. С одной стороны, такое расхождение не «опасно»: вроде бы нет ничего патологического в том, что девочка воспитывается как «будущая» женщина, а не как «будущий» мужчина. Это означает не только утрированное, подчеркнутое предпочтение и культивирование тех черт в дочери, которые мама считает «женскими», но и эмоциональное принятие дочери как дочери, без сожалений, что она — не мальчик. Наличие такой шкалы в результатах обработки опросника АСВ у дочери означает, что она чувствует это принятие и поощрение женского от

своей матери. Но эти же матери предпочитают пока детские качества в характерах и поведении дочерей.

В подгруппе девушек с Негативным ЭО проблемной зоной отношений с матерью оказывается практика запретов и санкций; матери этой подгруппы девушек считают, что они сторонники небольшого количества запретов в воспитании, а дочери с этим не согласны.

Сопоставление особенностей воспитательных стилей матерей наших испытуемых и опытом боли во время менструации позволяет сделать следующие наблюдения.

Эмоциональное отношение к менструации девушки оказывается связанным не с реальным поведением (конечно, мы можем обсуждать лишь те аспекты поведения матери, которые мы выявляем с помощью психологических методик, а в данном случае, речь идет об аспектах воспитательного поведения матери), а тем, как девушка воспринимает это поведение или отдельные его аспекты.

Например, мать может декларировать полное отсутствие запретов, а девушка может продолжать хотеть, чтобы запретов вообще не было, отвечая на опросник АСВ с условием «как вам бы хотелось, чтобы вела себя мама».

Воспитательная неуверенность матери сама по себе не создает предпосылок к определенному отношению к менструации у дочери, а создает предпосылки к определенному восприятию поведения матери дочерью, создает своеобразную ткань отношений между ними, рисунком на которой может быть удовлетворенность либо неудовлетворенность дочери. Воспитательный стиль (как совокупность действий матери) — восприятие девочкой отдельных элементов этого стиля, как отвечающие ее ожиданиям, или не отвечающие — это своеобразная двухзвенная цепочка, служащая опосредующей эмоциональное отношение к менструации структурой.

Например, в подгруппе девушек с Негативным ЭО к менструации на фоне воспитательной неуверенности матери (что означает частую смену правил, того, что можно и нельзя для ребенка) и запретительного стиля, в котором мать не отдает себе отчета, развивается неудовлетворенность (чем именно - мы не знаем) и все вместе это опосредует отношение к своей менструации у девушки. Неудовлетворенность дочери здесь рассматривается как вариант несовпадения с материнской постоянной линией поведения; отдельные компоненты этого поведения могут матерью даже не осознаваться, открытых конфликтов не вызывать, не быть тем, о чем дочь могла бы сказать «я так не хочу». Это скорее не наличие в материнском поведении чего-то, с чем трудно справиться дочери, а отсутствие того, что ей нужно. Даже в чем-то трудном и плохо переносимом нечто есть, с чем можно бороться, даже конфликтуя, а в таких случаях, просто нет важного, не за что ухватиться дочери, ткань отношений «не того» качества.

Прямых опосредований эмоционального отношения к менструации какими-либо воспитательными чертами матери мы не наблюдаем ни для одного из выделенных типов ЭО.

Несколько иначе это выглядит для болевой и неболевой менструации. Оказалось, что болевая менструация связана с таким материнским паттерном, который частично совпадает со стилем доминирующая гиперпротекция (Г+, У±, Т±, З+, С±), выделенным авторами методики АВС [3]. В нашем исследовании болевая менструация девушки оказывается связанной с двухкомпонентным паттерном воспитательных черт: (Г+, У+) у матерей и (У+, Т-) у дочерей (когда дочь отвечает на опросник АСВ с условием, как бы она хотела, чтобы регулировались отношения между ней и мамой). Мать, которая совмещает черты гиперопеки и сверхудовлетворения требований дочери и дочь, которая хочет еще большего удовлетворения своих нужд и снятия требований со стороны матери).

Особенности взаимоотношений в паре «Отец-Дочь» в нашем исследовании не было приоритетным направлением. Первоначальные гипотезы, вокруг которых выстраивалась конфигурация исследования, не учитывали существенного влияния отношений с отцом на функционирование менструации и отношения к ней у девушек. Вопрос № 64 Анкеты девушки, сконструированной специально для целей нашего исследования, содержал открытый вопрос «Мои отношения с отцом сейчас...».

Ответы девушек были классифицированы экспертным решением. Оказалось, что даже в тех ситуациях, когда девушка определяет свои отношения с отцом как «хорошие» («отличные», «прекрасные» и «супер» и т.д.), она, отвечая на вопрос о том, как она бы хотела, чтобы отец вел себя по отношению к ней во время ее первой менструации, в большинстве случаев (75% случаев) выбирает ответ «было бы лучше, если бы он не интересовался «женскими делами», и в 45% случаев данный ответ дополнялся еще и ответом «чтобы он понял, как мне неловко и не заговаривал об этом». Данные ответы не соотносятся с определенным типом эмоционального отношения к менструации и с наличием/отсутствием болевого синдрома при менструации. Такие ответы равновероятно дают девушки с разным ЭО к менструации. Полагаем, что высокая частота данных ответов отражает стигматизацию менструации, имеющей корни глубоко в человеческой истории и страхе перед кровью и менструирующей женщиной как опасной для мужчины [5].

Неблагополучной, существующей в опыте девушки как негативный психосоматический феномен, выше мы обозначили только такой опыт менструации, когда совпадает негативное эмоциональное и декларируемое к ней отношение девушки, при этом менструация сопровождается болевым синдромом и переживается как «болезнь» или «симптом». Такой тип отношения характерен только для девушек с Негативным ЭО к менструации и болевым синдромом.

В структуре систем отношений этих девушек, выявляемых с помощью Теста цветовых отношений (ЦТО) (Эткинд,) было выделено три вида паттернов эмоционального «расположения» менструации (объект «Менструация» в Тесте цветовых отношений) относительно важных слоев системы отношений. К таким слоям относятся связи «Я-объектов» («Я» и «Я-

Идеальное»), родительских объектов («Мама», «Папа»), «мужских» объектов («Мужчина» и «Идеальный мужчина»), объектов телесности девушки («Грудь», «Тело», «Женские органы»).

Для первого паттерна системы отношений девушки с негативным ЭО к менструации характерно следующее взаиморасположение объектов: внутренние объекты самости (Я и Идеальное Я) связаны тесно связаны с позитивными образами родителей, которые представлены объектами «Мама» и «Папа». Другой важной образующей позитивного ядра в системе отношений этих девушек являются «мужские» образы: «Мужчина», «Идеальный мужчина». Менструация не просто вынесена из позитивного ядра, центром кристаллизации которого являются родительские образы, а эмоционально противопоставлена ему.

Второй паттерн системы отношений девушки с негативным ЭО составили следующие значимые взаимодействия: менструация выведена из системы самоидентификации: нет значимых связей с объектами «Я» и «Идеальное Я», но введена в систему объектов, которым девушка себя противопоставляет. При этом образ «Я» не обязательно строго позитивен, отмечаются случаи эмоциональной амбивалентности. Образ «Я» у этих девушек, что в целом является особенностью данной группы, может быть плохо определено, отличаться отсутствием связей с другими объектами идентичности, а построение идентичности происходит благодаря укоренению «Идеального Я» на полюсе позитивных объектов, идентификации с мамой. «Идеальное Я» успешно компенсирует недостаточно выстроенные отношения у девушек данной группы с «Я», выполняя те же функции. Итак, важной особенностью данного паттерна является включенность менструации в группу эмоционально негативных объектов и эмоциональная противопоставленность «Я»-объектам. Отличием данного паттерна отношений является отнесенность материнского образа к позитивному ядру, противопоставленному негативному, в основу которого составляют «мужские» объекты и образ отца. В отличие от вышеописанного Первого паттерна, образы отца и матери оказываются на разных полях эмоциональных координат, противопоставленными друг другу. При этом менструация относится к негативному ядру.

Третий паттерн организации системы отношений девушек с негативным эмоциональным отношением к менструации характеризуется следующими особенностями: главным отличительным признаком данного паттерна является существование плотно сформированного компактного позитивного ядра, в которое входят родительские объекты («Мама», «Папа»), Я-объекты («Я» и «Я-Идеальное»). Кроме позитивных эмоций, данное ядро может дополняться объектом «Лицо». Данное позитивное ядро противопоставлено негативному, в котором «Менструация», «Женские органы» и «Грудь» и «мужские» объекты связаны с эмоциями стыда, страха и унижения.

Таким образом, развитие телесного опыта девушки-подростка в период установления менструации оказывается тесно связанным с особенностями воспитательного стиля ее матери.

Влияние матери на развитие опыта менструации у дочери происходит несколько сложнее, чем как вариант «запечатления» (первого опыта) либо прямого наследования транслируемых сознательно и бессознательно материнских посланий относительно этой функции. Безусловно, собственный материнский опыт менструаций и ее в целом «женский» опыт воспринимается дочерью и оказывает влияние на развитие ее отношений телом, но не в виде прямого интроецирования материнского эмоционального опыта и всего комплекса отношений к этому телесному явлению. Опосредующим фактором развития того или иного типа отношения к телесной функции у дочери является многокомпонентная система ее взаимоотношений с матерью.

Оказывается, негативное отношение к специфически гендерному опыту — менструации у девушек определяется многоуровневым взаимодействием «объектов» ее системы отношений. Выделено три устойчивых паттерна организации системы отношений у девушек с негативным ЭО к менструации. При этом эмоциональные координаты родительских образов (одного из них либо обоих) оказываются определяющими в каждом из этих паттернов. Роль образа отца в системе отношений девушки для организации отношения к специфическому женскому телесному опыту оказывается столь же важным, сколько и образ матери.

Список литературы:

- Айвазян Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности.// Автореферат дисс. канд. психол. наук. М., 2005
- Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности// Вестник Моск. ун-та. Сер.14, Психология. 1996, №2.
- Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. // Семейный диагноз и семейная психотерапия., С.-Петербург: Речь, 2005.
- Эткинд А.М. Цветовой тест отношений: методические рекомендации. М.: 1985.
- Фрезер Д.Д. Золотая ветвь. М.: Изда-во полит. литературы, 1983.

СЕМЬЯ И ШКОЛА КАК ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ

Чернышев А.С.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Проблема. Человек связан с обществом многочисленными каналами, наполненными психологическим давлением различного содержания. Глобальные социальные преобразования в современном мире породили огромное число проблем, вызывающих интеллектуальное, духовное, эмоциональное и физическое напряжение человека. Благодаря мощному воздействию средств массовой информации, расширению контактов, миграционным процессам человек по-новому воспринимает, понимает, открывает мир, который он сам изменил, и сам в нем изменился (Д.И. Фельдштейн, 2005). Все это проявляется на разных уровнях существования человека – физиологическом, психологическом, социальном, что отражается в перестройке ментальности, смене целей, ценностей, ориентаций индивидов. Психологи отмечают свыше 20 фундаментальных проблем личностного, духовного и социального развития и функционирования человека, среди которых наиболее актуальными можно отметить две следующие:

- работу по определению социальных механизмов поддержания духовного и физического здоровья людей, особенно детского и юношеского возрастов.

Здесь нужны совместные усилия врачей, психологов, педагогов, физиологов, социальных работников и др. Ибо речь идет не только о характере учебной нагрузки, особенностях организации учебного процесса и т.д., а прежде всего – поиске возможностей оздоровления школьной среды в целом. В этой связи можно сослаться на перспективность школ здоровья и развития (В.Н. Касаткин, 2000; О.А. Форопонова, 2002).

Большую тревогу вызывает проблема будущего в развитии человека как личности. Известно, что раньше, еще 20-30 лет назад образ будущего хорошо был представлен в сознании молодежи. Юноши, в основной своей массе, мечтали и представляли кем они будут, кем станут, когда вырастут, т.е. у подрастающего поколения активно формировалась установка на будущее и на успех в нем. Сейчас у большинства молодых людей образ будущего не сформирован, а представления о возможной благополучной и зажиточной жизни достаточно поверхностны и размыты.

В этой связи методологически значимым является положение о системной детерминации психических явлений, сформулированных Б.Ф. Ломовым. Многоплановость, многоуровневость, многомерность личности, находящейся в постоянном развитии и включающей в себя явления разных порядков, требуют построения системы психологических воздействий и выбора интегральной личностной характеристики в качестве предмета формирования [4].

На наш взгляд, наиболее адекватно целостность личности описывается понятием «социальное самочувствие личности». В нем отражаются два основных пласта отношений: отношение к образу «Я» и отношение к социальному окружению. Таким образом, главная цель социально-психологической помощи заключается в восстановлении (формировании) благоприятного социального самочувствия личности, т.е. положительного образа «Я» и личностной позиции социального оптимизма. При создании технологий формирования мы исходили из того, что оптимизация отношений личности с социумом как исторически начальной ступени ее социализации есть главное условие формирования положительного отношения к себе [12].

Однако, известно, что большую роль в формировании взаимоотношений личности и общества играет малая группа (группа членства) вообще и семья как малая группа в первую очередь, выступающая своеобразным «буфером» в смягчении давления общества на индивида. Критикуя «парную педагогику», А.С. Макаренко отмечал, что прямое, непосредственное воздействие на индивидов, носителей общественных норм и ценностей – учителей и воспитателей, перегружает психику ребенка, поэтому целесообразно «прикасаться» к детской душе через коллектив, смягчающий жесткое воздействие взрослых. Концептуальное положение о сущности детского коллектива как эффективного способа прикосновения к личности с целью передачи ее общественно значимых ценностей и норм А.С. Макаренко подтвердил в условиях уникального естественного формирующего эксперимента [6].

Интенсивное исследование феноменов «малая группа», «коллектив» в отечественной и зарубежной науке выдвинули острую проблему гармоничного соотношения «автономности – зависимости» индивидов в группе, ведущую или к «растворению» личности в группе, или к полному отчуждению от группы. Идеальным вариантом решения проблемы является позитивное взаимное влияние индивидов и групп, при котором образ индивидов «внедряется в сознание группы», а образ группы – в сознание индивида. Особенно остро эта проблема проявляется в семье.

Г.М. Андреева отмечает, что личность является субъектом социальной деятельности и включение ее в группу не уменьшает субъектных свойств личности. Напротив, если группа достигает определенного уровня развития, становится коллективом, то она не противостоит личности как члену группы, а сама становится интеграцией субъектных свойств своих членов. Другая сторона этой проблемы – какова зависимость складывания и формирования определенных качеств группы, ее психологических характеристик, от того «исходного материала», с которого начинается процесс оформления группы [1].

Однако в ряде работ влияние группы на индивида абсолютизируется, а роль вторичной (основной) социальной организации и общества в целом умалчивается. По мнению американского социального психолога П. Хэйра, все влияния социальной среды на человека обязательно опосредованы через психологическую структуру малой группы, которая выступает в таком

случае в качестве фильтра и аккумулятора всех воздействий социальной среды на индивида [1].

Отечественный психолог Б.Д. Парыгин с этим не соглашается, считая, что при такой абсолютизации роли и значения малой группы в процессе социально-психологического отражения человеком воздействия социальной среды совершенно необоснованно упускается из виду возможность прямого воздействия на индивида помимо малой группы традиций, настроений, ценностей и норм поведения как больших социальных групп, так и непреходящих социальных ценностей в целом. Данный подход интересен тем, что социализация личности включает в себя не только характеристики первичного коллектива, непосредственно действующие на человека, но и влияние социальной среды в целом [8].

За абсолютизацией роли малой группы как фильтра, через который проходит вся идущая к личности информация, не трудно увидеть и факт недооценки самой личности как фактора, опосредующего поток внешних влияний. В связи с вышеуказанным перспективной представляется задача выявления социально-психологических механизмов формирования положительного социального самочувствия индивидов через призму их взаимодействия с группой членства и через нее – с другими группами, основной организацией и общественными влияниями.

Семья как социально-психологическая система. Семья как общность представляет собою, с одной стороны, особый уникальный вид малой группы; а с другой – обладает основными, типичными психологическими свойствами малой группы: направленностью активности, организованностью, подготовленностью к совместной деятельности, психологическим климатом, интеллектуальной и волевой коммуникативностью (Л.И. Уманский, А.Н. Лутошкин, А.С. Чернышев и др., 2001). В итоге в семье создаются необходимые социально-психологические условия для личностного развития и самореализации ее членов – лидерство, сплоченность, совместимость; нравственные основания – система ролей, норм и санкций; оптимальная структура эмоциональных и деловых межличностных взаимоотношений.

В системе ценностей семьи приоритет ценности ребенка как личности, большие ожидания от него и надежды на его успех в будущем выступают мощным стимулом формирования зрелой (по Г. Олпорту) и гармоничной (по А.С. Макаренку), успешной личности. Данное положение оценивается как одно из условий рождения и развития одаренных детей. Однако, семья как малая группа имеет определенные уровни социально-психологической зрелости – от диффузной группы через ассоциацию, кооперацию, корпорацию – и до коллектива. (Наиболее наглядно эти этапы символически обозначены через понятия: «песок – глина – сверкающий маяк – горящий факел» (А.Н. Лутошкин, 1988).

Поэтапное развитие семьи от психологии диффузной группы до психологии коллектива соответственно увеличивали ее воспитательные возможности. Кроме того, семья уникальна своей способностью становиться

референтной группой для своих членов, особенно для детей. Здесь раскрываются мощные механизмы психологической защиты семьи как субъекта психологической помощи. Не случайно, в системе ценностей современных подростков и юношей семья, как правило, стоит на первом месте. Это, с одной стороны, хорошо, но с другой, – проблемно, т.к. свидетельствует о психологической незащищенности молодежи в современном мире (С.В. Кривцова, 1997; А.С. Чернышев, 2007).

Из всех социальных институтов семья, имеющая детей, больше всего взаимосвязана со школой.

Психологические проблемы школы. Влияние «социального ужесточения» на напряженность отношений между учителями и школьниками в системе образования нашей страны отмечают отечественные ученые. По данным А.Н. Майорова, свыше 40% подростков в школе испытывают стрессы, более 12% детей в школе подвергаются физическому и моральному надругательству (сверстники представляют в этом смысле самую большую угрозу). В 12,6% случаев учителя и администрация школы причиняли сильное оскорбление или унижение учащимся (А.Н. Майоров, 1995). Ожесточение отношений учителей с учащимися вызывает нежелание 65% школьников посещать школу (З.К. Шнекендорф, 1997).

В ходе нашего исследования выявлено пять групп факторов, различающихся по степени их энерго-заряженности на провоцирование напряженности.

Наиболее деструктивными (первая группа факторов) оказались следующие факторы: телепередачи, принижение социального статуса учителя, центры развлечения (казино, клубы), социальное расслоение населения на бедных и богатых, недостатки в материально-технической базе школы. Вызывает тревогу их структура: все они по своей природе носят социальный характер и в принципе не зависят от позиции руководителей образования. Не случайно самым «большим злом» для образования названы: бездуховная стратегия отечественного телевидения, социальная дискредитация учителя, наспех организованные сомнительные по культуре казино, бары, социальное расслоение населения и ветхая материально-техническая база школы.

Показательно, что пальма «первенства» отдана телевидению, т.к. оно дает в яркой, эмоционально насыщенной, а потому легко запоминающейся форме готовые образцы мироощущения и поведения, освобождая тем самым человека от мучительного духовного поиска истины, что свойственно людям при работе с книгой. Естественно, школьники предпочитают легкий путь, не требующий от них напряжения духовных сил.

Менее «заряженными» на напряженность оказались остальные четыре группы, включающие как психолого-педагогические, так и социальные факторы (вероисповедование, национальная принадлежность, роль семьи, качество учебников и т.д.), что является естественным явлением, ибо образование – «сплав социального и психолого-педагогического». В структуре психолого-педагогических факторов вызывает тревогу тенденция

необоснованного усложнения содержания образования без соотнесения с психическим и физическим здоровьем школьников. К сожалению, становится модным наращивать темп и усложнять содержание образования.

Обостряется положение с мотивами учебной деятельности детей: в ущерб интересам и любознательности на первое место выходят прагматичность и меркантильность. Социально-психологическая атмосфера в образовании чревата конфликтами при отсутствии сплоченности школьных классов и всего педколлектива, а также при отсутствии единства требований педагогов, что зафиксировано экспертами.

Позитивными тенденциями является относительно благополучное восприятие факторов «национальная принадлежность» и «вероисповедование», которые в принципе выпали из обоймы провоцирующих напряженность факторов. Однако не надо забывать, что при определенных условиях (часто умышленно и искусственно созданных) именно эти два фактора могут стать разрушительной силой. Достаточно сбалансированными, без травмирующих последствий представлены в общественном сознании стереотипы: обычная школа, гимназия, лицей, колледж, ПТУ и т.д. Эксперты из сельских школ обращают внимание на необходимость более качественной помощи сельским учителям в повышении их квалификации.

Проблемным является вопрос о реальном взаимодействии семьи и школы. По данным нашего исследования данная позиция оценена в 2 балла из 10, т.е. очень слабо выражена, хотя современное образование ориентировано на очень тесное сотрудничество с семьей. В большинстве случаев возможно (за исключением элитарных учебных заведений) родители не проявляют интереса к содержанию образования, не вносят инициативных положений и не предлагают своих услуг для совершенствования процесса образования.

Пути профилактики. Решение проблемы видится нами через введение комплекса социально-психологических факторов, опосредующих снятие личностных барьеров при выборе школьником альтруистической стратегии самореализации (А.С.Чернышев, 2007).

В рамках нашего сорокалетнего научного поиска одним из вариантов теоретического и практического решения проблемы представляется периодическое включение индивидов и групп подростков и юношей в качестве субъектов деятельности и общения в специально созданные реальные улучшенные социальные среды («социальные оазисы»), которое способствует стремлению личности к высшим ценностям как смыслу жизни, т.е. ведет к «социальному обновлению» личности. В этой связи весьма современными и плодотворными представляются идеи Э. Фромма о социальных оазисах и их постепенном расширении на все общество как основном средстве «духовного оздоровления человечества» (Э. Фромм, 1994).

Развивающая социальная среда – это социум, отличающийся от обычной среды более высокими по содержанию и интенсивности

характеристиками совместной деятельности и общения, эмоционально и интеллектуально насыщенной атмосферой сотрудничества и созидания. В такой среде наиболее полно актуализируются и межличностные, и межгрупповые механизмы развития личности. В условиях такого «социального оазиса» можно успешно актуализировать и формировать базовые духовные качества подростков и юношей: положительное социальное самочувствие, отражающее удовлетворенность жизнью вообще, уверенность в жизни, оценка благоприятности социальной ситуации для своих планов и т.д.; субъектность личности как высшее проявление возможностей человека, как способность выстроить самостоятельно свою судьбу.

На основе вышесказанного была сформулирована гипотеза социально-психологической помощи учащейся социально одаренной молодежи в личностном развитии в рамках формирующего эксперимента в масштабах региона.

Гипотеза. Периодическое включение индивидов и групп подростков и юношей в качестве субъектов совместной деятельности и общения в специально созданные реальные улучшенные социальные среды («социальные оазисы») на основе актуализации принципа сочетания социального знания и социального действия ведет к значительным лидерским и личностным изменениям индивидов («социальному обновлению» личности) и повышению уровня социально-психологической зрелости групп.

Итоги крупномасштабного эксперимента позволяют сделать вывод о позитивном влиянии развивающих социальных сред на различные аспекты социального самоопределения подростков и юношей, в частности, формированию установки к позитивному изменению среды и социальной ситуации; достаточно развитому отношению к себе, умению увидеть самое существенное и сущностное в своей личности и жизни.

Литература.

1. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М.Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 6 с.
2. Касаткин В.Н. Школа здоровья // Школа здоровья, т.1, 1991. – С. 5-12.
3. Кривцова С.В. и др. Подросток на перекрестке эпох. Проблемы и перспективы социально-психологической адаптации. – М.: Генезис. 1997.
4. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы социальной психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
5. Лутошкин А.Н. Эмоциональные потенциалы коллектива. – М., 1988.
6. Макаренко А.С. Трудовое воспитание: Отношения, стиль, тон в коллективе // Собр. соч. – М., 1980. – Т.5.
7. Мониторинг. Изучение школ здоровья. Состояние образовательной системы / Под ред. А.Н. Майорова. – М.-СПб., 1995.

8. Парыгин Б.Д. Основы социально-психологической теории / Б.Д. Парыгин. – М.: Мысль, 1971. – 348с.
9. Уманский Л.И. Личность, организаторская деятельность, коллектив: Избр. труды. – Кострома: Изд-во Костром. гос. ун-та, 2001.
10. Фельдштейн Д.И. Приоритетные направления развития психолого-педагогических исследований // Бюллетень ВАК Министерства образования Российской Федерации. № 6, ноябрь, 2005 г.
11. Форопонова О.А. Динамика психофизиологических показателей соматически ослабленных детей «Школы здоровья и развития». Автореф. дис... канд. мед. наук.– Курск, 2001.
12. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: «Республика», 1994.
13. Чернышев А.С. Социально одаренные дети: путь к лидерству (экспериментальный подход) / А.С. Чернышев, Ю.Л. Лобков, С.В. Сарычев, В.И. Скурятин – 2 изд., испр. и доп. Воронеж: Кварта, 2007.
14. Шнекендорф З.К. Конвенция о правах ребенка и создание нравственного пространства в образовательном учреждении // Человек. Культура. Здоровье. – М., 1997. – С.85-94.

ФОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЕМЬИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (В.П. XIX – НАЧ. XX ВВ.)

Чуркина Н.И.

Омский государственный педагогический университет, г. Омск, Россия

Исторически в России сложилось разделение сфер влияния - школа занималась обучением, а семья и церковь воспитанием молодого поколения. Государство, которое стало инициатором создания образовательных учреждений, поддерживало эти роли. Впервые Екатерина II попыталась изменить традиционный ход вещей, поставив перед учителями задачу «заступать у учеников место родителей». [1] Но оказалась, что педагогов, даже среди получивших образование в первой учительской семинарии, готовых обучать и воспитывать, способных воспитывать без запугиваний и наказаний, знающих детскую природу в России не было. На протяжении всего XIX века, с некоторыми трансформациями, отношения между семьей и школой развивались в рамках привычной модели. Только в начале XX века начинается взаимодействие родительской общественности с учебными заведениями. Целью данного исследования является выявление специфики сотрудничества семьи и учебных заведений Западной Сибири в обозначенный период.

До 1917 года в стране получили развитие три вида участия родителей в образовательном процессе: попечительские советы, родительские кружки и родительские комитеты. Попечительские советы являлись структурой осуществления общественного контроля над школой, так как в их состав входили представители выборных органов местного самоуправления. Значительные полномочия получили попечительские советы, согласно положению о женских училищах 1860 года, в том числе по назначению педагогического персонала, хозяйственным вопросам, финансовой деятельности. В женских училищах в состав совета входили директор народных училищ, начальница учебного заведения, Городской голова и два депутата из состава думы. Так как долгое время женские училища, а позже гимназии не получали государственного финансирования, то их жизнедеятельность целиком зависела от активности попечительского совета, привлечения средств города. Попечительские советы принимали участие в решении педагогических проблем, но в связи с тем, что его члены утверждались попечителем учебного округа только после запроса о политической благонадежности, при решении конфликтных ситуаций они чаще всего поддерживали государственные интересы.

Родительские кружки, являлись разновидностью просветительских организаций, сфера их деятельности охватывала внешкольное образование - организация различных кружков, экскурсий, поездок, вечеров для учащихся. Этот вид объединений появился в России после выхода в 1897 году Высочайше утвержденного положения Комитета Министров. В Западной Сибири родительские кружки начали функционировать в период первой русской революции, но широкого распространения так и не получили. Еще

до начала революционных событий, в Тобольске по примеру других городов Европейской России возникла идея создания родительского кружка. В декабре 1904 года родительская общественность выступила с ходатайством о его учреждении перед дирекцией народных училищ Тобольской губернии, попечителем западносибирского учебного округа и Тобольским губернатором. Все административные лица высказались против утверждения устава кружка, усмотрев в этой организации потенциальную опасность. [2.С.5] Устав Тобольского родительского кружка был утвержден только 4 сентября 1905 года, целью его деятельности провозглашалось взаимное содействие родителей и учителей в деле воспитания и образования детей. В некоторых городах Западной Сибири действовали подобные организации, но по распространенности и массовости они значительно уступали родительским комитетам.

На фоне подъема общественной активности в 1905-06 гг. сначала стихийно, а позже с разрешения либерального министра И.И. Толстого в разных городах страны стали создаваться родительские комитеты. Государство обратилось к родителям после того, как ситуация в образовательных учреждениях вышла из-под контроля. Понимая тщетность прежних мер поддержания дисциплины, оно разрешает создание родительских комитетов, преследуя, прежде всего, охранительные цели. Новые общественные объединения очень сложно вписывались в привычную структуру системы образования. Все субъекты образовательного процесса не были готовы к такому сотрудничеству: родители не имели опыта взаимодействия с педагогами и друг с другом, учителя не желали получить очередную контролирующую сторону, государство не могло определить степень их участия в работе учебных заведений. Отсутствие четкого курса проявлялось в том, что с одной стороны министерство требовало от округов предоставления отчетов о процессе создания и деятельности комитетов, с другой стороны, вводились жесткие критерии проведения выборов (на собраниях должны были присутствовать 2/3 родителей и опекунов учащихся, проживающих в городе), организационные рычаги полностью передали администрации учебных заведений. В период 1905-07 гг. вышло несколько нормативных документов, регламентирующих их деятельность: высочайше одобренное постановление Совета Министров от 13 ноября 1905 года, циркуляры МНП от 5 августа 1906 и 4 июня 1907 года за № 15152, 13775. С 1905 по 1907 год законодательство о родительских комитетах развивалось в сторону упрощения процедуры выбора комитетов. Если по постановлению от 13 ноября 1905 года для выборов комитета на общем собрании должны были присутствовать 2/3 родителей и опекунов, проживающих в городе, в 1906 году квота была снижена до 1/2, а в 1907 году до 1/5. Как отмечалось в этих актах, образование родительских комитетов средних учебных заведений должно было иметь своей целью оказание содействия со стороны общества правильной постановке учебно-воспитательного дела, устранению из него ненормальных явлений жизни и решению конфликтных ситуаций. В

деятельности родительских комитетов Западной Сибири можно выделить пять периодов:

1. 1904 г. зарождение движения родительской общественности.
2. 1905-07 гг. возникновение и активная общественная деятельность.
3. 1908-10 гг. период занятия благотворительной и хозяйственной работой.
4. 1911-15 гг. приостановка деятельности комитетов.
5. 1915-17 гг. возрождение комитетов.

В начале второго периода (1905-06 гг.) особую активность проявили родительские комитеты крупных городов Западной Сибири. При создании комитетов государство надеялось в их лице получить независимую и объективную структуру для решения конфликтных ситуаций, предполагая использовать известный психологический прием - вмешательства «авторитетного третьего». Эти планы в большинстве случаев не были реализованы: родительские комитеты видели свою задачу в безусловной поддержке учащихся и поэтому при решении конфликтных ситуаций между педагогами и учащимися принимали сторону воспитанников, стремясь завоевать их доверие и поддержку. Именно так повели себя родительские организации в гимназиях крупных городов Западной Сибири. Широкую известность приобрел комитет Томской мужской гимназии, созданный в конце 1905 года. В его составе было 32 члена, председателем комитета избрали мирового судью Гаттенбергера. Родительский комитет уже через несколько месяцев работы пришел к полному противостоянию педагогическому коллективу, представители учащихся, вопреки типовому положению, были введены в состав комитета. По инициативе учащихся был проведен сбор подписей гимназистов под петицией об увольнении одного из преподавателей. Своими действиями комитет только усугубил ситуацию, порождая новые конфликты: учащиеся начали игнорировать правила поведения, выходить из класса во время урока, курить в столовой, громко петь песни. [3.С.30]. Короткий период демократизации общественной жизни привел к негативным явлениям, на которые позже указывал педагог В.Н. Сорока - Росинский «демократизация обходится недешево обществу, за нее приходится расплачиваться частным и временным понижением культурности, огрубением и опошлением вкусов, повышением преступности». [4.С.39] Не все члены комитета были согласны с позицией его руководителей: в знак протеста наглому поведению воспитанников на заседаниях родительского комитета, из его состава вышли 8 членов, среди которых ректор и три профессора университета, врачебный и тюремный инспектор. Оставшаяся часть родительского комитета поддержала петицию учащихся, содержащую широкие общественно-политические требования (о свободе собраний, возвращении трех уволенных по политическим соображениям учеников, отмене ограничений по приему евреев), образовательные (отказ от балловой системы, устройство библиотеки и читальни), но больше всего положений касалось административных вопросов: удаление неугодного преподавателя, отмена обязательного

посещения церкви, ношения формы, включение учащихся в состав комитета, и разрешении выхода с урока без спроса у учителя. Многие из этих требований через несколько лет были введены в практику гимназического образования постановлениями правительства, но в период снижения общественной активности привели к закрытию комитета Томской мужской гимназии с 1 июля 1906 года.

Сходные процессы наблюдались и в других учебных заведениях. В Томском Алексеевском реальном училище родительский комитет поддерживал некоторые необоснованные действия учащихся, например, бойкот отдельных учителей. В Томской Мариинской женской гимназии родительский комитет встал на защиту уволенных 29 учениц, чем, по мнению Директора, «внес в работу гимназии сумятицу». В Омской мужской гимназии в 1905 году из членов родительского комитета была избрана комиссия для рассмотрения петиции о реформе средней школы, без разрешения администрации комитет пригласил на отчетное собрание педагогического совета представителей учащихся, чем вызвал законное негодование наставников. Все это способствовало закрытию комитета летом 1906 года и до 1912 года по настоятельной просьбе директора гимназии не учреждался. Более плодотворно работал родительский комитет Тюменской женской гимназии, поднимавший такие вопросы, как уменьшение учебных программ, увеличение большой перемены для катания учениц на коньках, отмене экзаменов.

В Омской учительской семинарии, не попадавшей в разряд средних учебных заведений, искали свои пути сближения с семьей, с той же целью - наладить нормальную жизнь учебного заведения в новых условиях. В январе 1905 года стали регулярно организовываться беседы с родителями учащихся 2-х классного училища при семинарии. Встречи с родителями должны были помочь предотвратить нарушение дисциплины и снятия проблем в обучении. Педагоги сошлись на мнении, что: «Беседы должны быть не формальны, носить дружественный, семейный характер, происходить под руководством учителей училища. Необходимо стараться сблизить родителей со школой на почве оберегания детей от вредных уличных влияний и опасностей». [5.С.34-35] В этот же период начался поиск контактов с родителями учащихся семинарии, решено было завести сношение с родителями о поведении и успехах воспитанников. [6.С.39]

Деятельность родительских комитетов во-многом зависела от личности председателя, среди которых были как демократически настроенные граждане, так и одиозные фигуры. Например, в Томской Мариинской гимназии председатель комитета Введенская, по отзывам, имеющая собственных недисциплинированных детей, при посещении уроков позволяла себе вмешиваться в ход урока, могла начать преподавать вместо наставницы. Членами комитета в Тюменском реальном училище и женской гимназии были участники политических выступлений – Матусевич и Михайлов, уволенные со службы за революционную деятельность. Председателем комитета Тюменской женской гимназии избрали Панфилову,

которая ранее не была утверждена членом Попечительского Совета гимназии.

После бурного, но мало результативного, в смысле реализации поставленных целей и задач, периода работы родительские комитеты в 1906-07 учебном году были созданы в основном, в уездных городах, которые по уровню политической активности значительно отставали от крупных, но собрать там необходимое количество родителей было проще. Эти комитеты не могли проводить вполне самостоятельную политику, прежде всего по причине отсутствия образованных родителей. Подводя итог ревизии в Тюменском уезде, инспектор Министерства народного просвещения писал: «Родители и общество в провинциальном городе еще не доросли до оказания содействия школе в правильной постановке учебно-воспитательного дела. Большинство родителей не обладает для этого достаточным умственным кругозором и знаниями. Часто родительский комитет представляет собою враждебное школе учреждение, жертвою в борьбе которого являются учащиеся». [7] В мужских и женских гимназиях родительские комитеты в это время не работали по причине отсутствия кворума или отказа дирекции проводить собрания. Но в это время появилась и позитивная тенденция, когда в ряде учебных заведений (Томской женской гимназии Миркович, Томской Мариинской гимназии, Курганской женской прогимназии) сложился костяк родителей, настаивающих на своем праве создания комитета и ходатайствующих перед попечителем о возможности проведения дополнительного третьего собрания.

Низкий уровень образования большинства родителей региональных учебных заведений препятствовал развитию движения родительской общественности. Поэтому и в третий период родительские комитеты в значительной части учебных заведений не были учреждены, в основном, по причине неявки родителей на собрание, в том числе: при Омской мужской и двух женских гимназиях, при Петропавловской, Барнаульской, Бийской женских гимназиях, Томской мужской гимназии, при Павлодарской, Каинской, Мариинской, Туринской, Тарской женских прогимназиях. В тех учебных заведениях, где комитеты избрали, выполнением основной своей задачи - разрешение и предотвращение конфликтов между администрацией и учениками, они не занимались, переориентировавшись на благотворительную деятельность. В курганской женской гимназии для сбора средств за правоучение необеспеченных учениц был устроен спектакль и проведена подписка среди родителей, собранных денег хватило на оплату учебы нескольких девочек и помощь отдельным семьям. Еще одним направлением работы стало устройство воскресных чтений, в которых принимали участие и члены комитета. Благодаря Председателю этот комитет «вывел педагогов из состояния постоянной самозащиты, создал более отрядные условия существования». [8.С.20] В Семипалатинской женской гимназии комитет организовал в начале 1907-08 учебного года два благотворительных вечера, были собраны деньги для недостаточных учениц.

Комитет Ишимской женской прогимназии для этих же целей провел сбор денег по подписке.

Выйти за рамки благотворительности попытался комитет Тобольской мужской гимназии, вынесший резолюцию: принять меры, чтобы преподавание естественной истории сопровождалось демонстрацией наглядных картин и опытов, потребовал улучшить вентиляцию, изменить устройство парт, в соответствии с гигиеническими нормами. Родительский комитет Томской Мариинской женской гимназии внес предложения, относительно разработки единой системы оценивания успехов учениц, изменения системы экзаменов, которые направил на рассмотрение Педагогического совета. Директор в своем отчете отметил, что деятельность комитета способствовала сближению школы и семьи.

Некоторые родительские комитеты в это время существовали формально, например, в Ялуторовской прогимназии за два года существования председатель комитета лишь посетил несколько заседаний Педагогического совета. В частной Томской гимназии Миркович члены родительского комитета не являлись на заседания, и он вскоре закрылся. При Петропавловском реальном училище комитет хоть и был создан в 1905 году, но за несколько лет прошло всего два заседания. В Барнаульской мужской гимназии родительский комитет пытался заниматься хозяйственными вопросами, улучшением условий обучения, устройством завтраков, катка, клуба, но большинство предложений были или отвергнуты учебным начальством или самой жизнью (по недостатку средств). Поняв бесполезность своих усилий, комитет пошел на конфликт с администрацией: во время беспорядков в гимназии зимой 1907 года откровенно встал на сторону учащихся, за что был закрыт. В 1908 году не смотря на общее снижение интереса к родительским комитетам, в Барнауле попытались создать родительскую организацию, объединяющую представителей различных учебных заведений. Председатель родительского комитета частной Барнаульской гимназии Будкевич – Розанов, опубликовал в газете обращение с призывом провести общее собрание родительской общественности, которое состоялось 1 февраля 1908 года, на нем присутствовало 70 человек. Розанов предложил создать родительский кружок, не связанный с учебной администрацией, основная задача которого – организация разумных внешкольных занятий учащихся (спортивных, изучение иностранных языков). Несколько собраний родителей не имели продолжения, и вскоре движение самораспустилось.

После окончания периода подъема политической активности министерство еще более усложнило правила создания родительских комитетов, законно опасаясь, что их малообразованные члены могут легко попасть под влияние «легкомысленных интеллигентов». Согласно распоряжению МНП от 23 июня 1911 года №20556, председатель и его заместитель должны были принадлежать к православной вере и иметь высшее образование. Была возвращена прежняя квота - 2/3 родителей и опекунов, живущих в городе. Еще одним препятствием стало ограничение

время выборов и количество проводимых общих собраний – до 15 сентября должно было пройти два собрания. Еще одним урезанием свободы деятельности комитетов стал обязательная процедура утверждения членов комитета попечителем учебного округа. Эти решения привели к полной приостановке деятельности комитетов, особенно в сибирских городах где лиц с высшим образованием даже было мало даже среди родителей учащихся средних учебных заведений. К этому необходимо добавить изменение государственной политики по отношению к названным комитетам. Это отчетливо отразилось на ситуации с Барнаульской женской гимназией, где в сентябре 1912 года родители проявили настойчивость и в течение двух часов собрали недостающее число участников для проведения выборов. [9] Но если в предшествующие годы учебная администрация шла навстречу родителям и по их ходатайствам, разрешала проведение третьих собраний, то в данном случае и попечитель учебного округа и директор гимназии рекомендовали министру просвещения признать собрание незаконным. Ситуация мало изменилась в 1913-14 гг.: из 37 средних учебных заведений западносибирского учебного округа: в 8 комитет сформирован, в остальных 18 не сформирован, хотя собрания проводились, но не было кворума, в 11 по разным причинам собрания не проводились». [10.С.120]

Пятый период в деятельности родительских комитетов начинается в период реформы образования 1915-16 гг. В документе «Общие основы средней школы» были определены девять направлений реформирования гимназий одно, из которых сегодня звучит банально: «сближение семьи и школы» [11.С111]. Главным средством этого сближения провозглашались родительские комитеты: был повышен их статус, расширены возможности участия во всех сферах деятельности учебных заведений. Еще одним фактом, подтверждающим истинное желание министерства дать реальные права комитетам, стало упрощение процедуры выборов – на собрании требовалось присутствие одной трети родителей, проживающих в городе, был упразднен обязательный образовательный ценз председателя и членов комитетов, а также согласование результатов выборов с попечителем учебного округа. В периодической печати выходило много заметок о деятельности отдельных комитетов, судя по этим публикациям многие комитеты, взяли под контроль такие части учебно-воспитательного процесса как корректировка учебных программ, выработка здорового режима занятий, изменение совместно с учителями системы контроля знаний. Родители участвовали в организации внешкольных занятий. Деятельность комитетов не всегда встречала поддержку как педагогов, считавших родителей некомпетентными по многим важным вопросам воспитания и обучения, так и правительства, что привело к отставке министра П.Н. Игнатьева. Но запущенный маховик общественной инициативы уже не возможно было остановить, поэтому, когда в феврале 1917 года в России произошла смена власти, родители первым делом стали возобновлять работу родительских комитетов, включившихся в перестройку всей системы образования. В этот период развернулась работа всех типов объединений родителей. Например,

родительский кружок при Омском коммерческом училище устроил 31 января 1917 года празднование четырехлетней годовщины учебного заведения, для учеников был организован литературно-музыкальный вечер, для проведения образовательных сеансов закуплен кинематограф. Родительский комитет при второй мужской гимназии построил в школьном дворе горку и каток, приобрел 10 пар коньков для бедных гимназистов, отмечая, что «это здоровое развлечение отвлекает детей от шалостей: ни драк, ни борьбы, ни ссор почти не наблюдается». По предложению того же родительского комитета в кинотеатре Прогресс был проведен благотворительный сеанс в пользу бедных учеников гимназии. Стремление к сотрудничеству появилось и у педагогов, по инициативе директора в коммерческом училище стали проводиться собеседования педагогического персонала совместно с родителями учеников, на актуальные темы: «школьная дисциплина», «причины неуспеваемости» и т.д.

Родительские комитеты за короткий легальный период своего существования занимали различные позиции при решении социальных конфликтов в образовательных учреждениях – от открытого противостояния педагогическому коллективу до полной его поддержки. Но в истории их деятельности есть много примеров, когда родители способствовали мирному разрешению сложных ситуаций, защищая своих детей и, когда это необходимо, педагогов. Сегодня опыт прошлого показывает возможный путь привлечения родителей в школу: в начале XX века этому способствовала государственная образовательная политика и общественная активность на фоне демократизации всех сторон жизни.

Список источников и литературы:

1. Руководство учителям первого и второго разряда народных училищ Российской империи. СПб. 1818.- 110с.
2. Государственный архив Томской области Ф.126. Оп.2. Д.1873
3. ГАТО. Ф.126. Оп.2. Д.2323
4. Карпова Г.Ф. Образовательная ситуация в России в п.п. XX века, Ростов на Дону. 1994. –
5. Государственный архив Омской области Ф.115.Оп.1.Д.70
6. ГАОО. Ф.115. Оп.1. Д.74
7. ГАТО. Ф.126. Оп.2. Д.2323
8. ГАТО. Ф. 126. Оп.2. Д.2323
9. ГАТО. Ф.126. Оп.2. Д.2110
10. ГАТО. Ф.126. Оп.2. Д.2323
11. Цирульников А.М. История образования в портретах и документах, М., 2000.

ОПИСАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКОМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Шевченко А.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Около полугода назад ко мне за консультацией обратилась Анна, 36 лет, по поводу состояния своей старшей дочери Елены тринадцати лет. Дело в том, что Лена уже около месяца находилась на лечении в отделении гастроэнтерологии с жалобами на периодически возникающие режущие боли в животе. У девочки стоял диагноз хронический гастродуоденит, длительное медикаментозное лечение не приносило результатов. Лечащий врач Лены посоветовал её родителям обратиться к психологу.

На первую очную консультацию пришли Анна и Елена. Первой в кабинет вошла Лена, подталкиваемая в спину матерью, и села на край дивана, сцепив руки в замок и опустив взгляд. Следом вошла Анна, её движения были уверены, однако взгляд выдавал растерянность. Она также села на диван близко к дочери, через несколько минут взяла её за руку. Первой заговорила Анна, Лена изредка поправляла мать, лишь при прямом обращении девочка заметно оживлялась, говорила более громко, отворачивалась от матери. В этом случае Анна активно вклинивалась в монолог Лены, пыталась говорить за неё, объяснять её высказывания. Приведу выписку из протокола.

Я (Анне): «Расскажите что-нибудь о своей семье».

Анна (несколько растерянно): «Я даже не знаю... У нас ещё есть младший сын Артём, ему пять лет, наша бабушка, моя мать, ей 58... »

Лена (тихо): «Ещё папа...»

А.: «Да, ещё папа и дедушка».

Я (Лене): «Расскажи о своём братике»

Л. (оживляясь, подаётся вперёд): «Он очень весёлый, озорной, правда, иногда мешает мне делать уроки, лезет под руку, козявка, а мне и так вечно времени не хватает...»

А. (улыбаясь, громко): «Лена имела в виду, что они с Артёмкой вообще-то хорошо дружат, она его очень любит, переживает, если брат болеет, почти всё ему разрешает...» (в этот момент Лена вынимает ладонь из ладони матери, отодвигается от неё). *Возможно, имеется запрет на открытое проявление злости, гнева.*

Я (Анне): «Вы заметили, что сейчас произошло?»

А.: «Да просто у вас жарко...»

Я (Лене): «Что ты сейчас чувствуешь?»

Л. (не глядя на мать, пожимает плечами): «Я не знаю... И правда, жарко немного...»

Данный пример ярко демонстрирует нарушения внутрисемейной коммуникации, а также даёт возможность говорить о наличии ненадёжной привязанности (симбиотической или амбивалентной) в диаде мать-ребёнок,

что проявляется в отсутствии чётких границ и трудности выражения чувств как у Анны, так и у Лены.

Анна рассказала, что состоит в браке уже 15 лет, её муж много работает, с семьёй бывает нечасто. Активную роль в воспитании детей принимает бабушка Мария Алексеевна, мать Анны, однако в последнее время она начала часто болеть, в связи с чем Анне приходится много времени проводить с ней, оставляя заботу о семье на Лене. Сама Лена добавила, что с радостью помогает матери, хотя иногда сильно устаёт. Касаясь заболевания дочери, Анна призналась, что в детстве сама часто болела, однако с возрастом всё прошло. Свой запрос на терапию Анна сформулировала следующим образом: понять причину заболевания дочери и избавиться от него. Лена хотела лучше разобраться в себе, избавиться от стеснительности и научиться свободнее общаться с окружающими. Мы договорились о еженедельных консультациях с Леной и периодических (раз в 3-4 недели) встречах с Анной.

Первичная гипотеза относительно того, что происходит в семье клиента, может быть сформулирована следующим образом:

- *главенствующую роль в семье Лены занимает её бабушка, возможно, являясь функциональной матерью для внуков, Анна занимает в своей семье позицию ребёнка. Такая семейная структура (доминирующее положение женщины) в целом характерна для семей с психосоматическими расстройствами[5];*

- *имеет место межпоколенная передача по материнской линии ненадежного типа привязанности в диаде «мать-ребёнок»;*

- *отсутствие чётких внутрисемейных границ и связанные с этим нарушения коммуникации, характерные для симбиотического типа привязанности, затруднили для Лены осознание и дифференциацию собственных чувств. Данное нарушение также встречается в семьях с психосоматическими расстройствами у одного или нескольких членов семьи, в этом случае сама болезнь будет являться средством коммуникации;*

- *запрет на выражение агрессии сформировался у Лены в основную форму защиты – ретрофлексию;*

- *растущее эмоциональное напряжение (тревога в связи с отдалением матери, противоречивые чувства к младшему брату, увеличение нагрузки в семье) привело к развитию у девочки психосоматической симптоматики.*

Основные цели психотерапии Лены были мною сформулированы таким образом:

1. *В интрапсихическом пространстве Лены основной мне виделась работа по осознанию и принятию собственных чувств, прежде всего – агрессии и гнева, а также работа, направленная на их конструктивное выражение.*

2. *В межперсональном пространстве первостепенным было восстановление нарушенной коммуникации в диаде «мать-ребёнок», а*

также в расширенной семейной системе. Кроме того, несомненно важным мне виделось протравивание Леной чётких границ между собой и Анной, осознание отличия себя от матери.

На следующую встречу Лена пришла вместе с мамой, однако попросила её подождать в коридоре. Это был единственный раз, когда Анна сопровождала дочь, в дальнейшем обе они приходили самостоятельно, за исключением совместных консультаций. В отсутствие матери Лена была оживлённее, активно жестикулировала, при обращении внимания на столь заметную разницу в поведении удивилась тому, насколько это видно со стороны. В ходе беседы выяснилось, что, кроме двух одноклассниц, у Лены нет подруг, всё своё время девочка тратит на учёбу и занятия в музыкальной школе и театральной студии. Родители Лены оба окончили институт с красным дипломом, сама девочка также стремилась к отличным оценкам, четвёрки воспринимались очень болезненно. Приведу выписку из протокола:

Лена (подавленно): «Не знаю, что делать, учебный год с тремя четвёрками заканчиваю...»

Я: «Что это значит для тебя?»

Л.: «Ну, мама расстроится, что я не попаду в профильный класс».

Я: «Ты сейчас говоришь о маме, а что будет с тобой?»

Л.: «Мне будет стыдно...» (немного подумав, хмурится) «Я так много занимаюсь, хожу к репетиторам, до полуночи делаю уроки, а тут четвёрки. Несправедливо!» (сидит, плотно прижав скрещенные руки к животу, в дальнейшем будет часто принимать эту позу в моменты эмоционального напряжения).

Я: «Ты злишься сейчас?»

Л.: «Не знаю... Может быть, чуть-чуть ».

Наблюдается высокая значимость для Лены соответствия семейному паттерну поведения (ориентация на высокие достижения), при этом отклонение от заданной модели («неуспешность» или её угроза) вызывает гнев и чувство вины.

Кроме того, Лена призналась, что ей давно нравится один знакомый, с которым она общается через Интернет, однако в реальности она боится заговорить с ним, т.к. не знает, что сказать, сильно смущается. Мы условились, что будем вместе придумывать варианты начала разговора или выберем различные способы поведения в разных ситуациях. В конце этой встречи Лена сказала, что даже на время забыла о болях в животе.

Началась психотерапевтическая работа с девочкой. В течение нескольких встреч Лена рассказывала о себе, делилась своими успехами, планами на будущее. *Оказание поддержки, искренний интерес к жизни девочки позволили достаточно быстро установить с ней консультативный контакт.* Описание физиологических проявлений различных эмоций позволило Лене начать понемногу дифференцировать собственные чувства. Мы беседовали о смысле и ценности разных чувств в жизни человека, Лена вспоминала эпизоды из своей жизни, наполненные особо яркими переживаниями. Однажды Лена высказала предположение, что ей сложно

понимать себя, потому что в её семье почти не говорят о чувствах. По словам девочки, для её мамы большей ценностью обладали поступки, чем слова. Поддержка и поощрение не высказывались вслух, недовольство чаще выражалось уходом или закрытой дверью, при этом часто не было понятно, чем же оно вызвано. *Болезнь самой Лены как способ передачи своих переживаний невербально чётко вписывается в систему коммуникации, принятую в их семье.* Несколько раз девочка жаловалась, что мама излишне активно интересуется её личной жизнью, хотя самой Лене это неприятно. Мы начали работать над созданием в её интрасубъективном пространстве места, принадлежащего только ей одной, надёжного и защищённого. В ходе работы Лена представила маленький домик, окружённый высоким забором, за который невозможно пробраться. *Высокая потребность в защищённости и чётких собственных границах.* Рисунок этого места и разговор о нём на протяжении нескольких встреч наполнял Лену энергией и чувством уверенности. Уже позже сама Лена призналась, что иногда, если к ней «лезли», представляла себя окружённой таким же забором.

С момента начала терапии физическое состояние девочки стабилизировалось, болевые ощущения начали уменьшаться. Однако в общении с окружением Лена всё ещё испытывала затруднения. На одной из встреч она попросила помочь ей придумать ответ одной из подруг, с которой она поругалась. Приведу фрагмент протокола.

Лена: «Хочу так написать (через Интернет), чтобы она сразу поняла, но не могу слова нужные подобрать».

Я: «Давай сделаем так: я буду предлагать варианты, а ты выбирай, какой тебе подойдёт (Лена соглашается, берёт бумагу и ручку, готовится записывать). «Ты зануда и тупица, не хочу тебя видеть!»»

Л.(смеётся): «Это слишком!»

Я: «А если так: «Я не понимаю, чего ты от меня хочешь, и очень сильно злюсь. Прошу, выражайся яснее». Или ещё: «Здорово, что ты решила об этом поговорить. Твоё мнение для меня очень важно»».

Л.: «Первый вариант мне нравится (записывает). Я ещё добавлю, что мне жаль, если это недоразумение разрушит нашу дружбу».

Возможность выбора из нескольких вариантов, предложенных другим, снижает тревожность, а также позволяет лучше понять себя, более тонко дифференцируя свои чувства.

В дальнейшем Лена неоднократно прибегала к такой помощи с моей стороны, мы совместно придумывали ответы Лениному другу, с которым она начала встречаться, её маме, если самой Лене что-то не нравилось. Чаще всего это были «злые письма», как сама Лена их называла, наполненные гневом, обидой или раздражением. Далеко не всегда они доходили до адресата, однако девочке чрезвычайно нравился процесс их написания. На тот момент Лена не была готова к совместной консультации с мамой, она всё ещё долго готовилась в моём кабинете, перед тем как высказать матери свои желания и недовольства. Постепенно Лена начала более спонтанно выражать свои переживания, хотя по привычке продолжала записывать на бумаге

несколько вариантов своих реплик. Я иногда ей помогала, однако теперь Лена справлялась самостоятельно. Такая динамика чётко соответствует положениям Выготского о зонах актуального и ближайшего развития.

Параллельно шла работа с Анной, мамой Лены. Обычно мы встречались один раз в 3 недели. Моей задачей на этих встречах было оказание поддержки Анне, поддержание её чувства самоценности, налаживание внутрисемейной коммуникации между ней и Леной, а также между ней и её собственной матерью.

На первых индивидуальных консультациях Анна мало говорила о себе, интересовалась исключительно состоянием дочери, часто винила себя в том, что произошло, и очень боялась, что состояние Лены ухудшится. *Эта тенденция к самообвинению наблюдалась в это время и у Лены. Так же, как и Лена, Анна испытывала трудности в осознании и выражении собственных чувств.* Дополнительной нагрузкой для Анны являлась болезнь матери, поставившая саму Анну в позицию главы семьи, к чему она не стремилась и не оказалась готова. Сильная обида и гнев на мать у Анны оказались заблокированы, что подтвердилось её высказыванием о том, что в их семье «не принято обижаться на родителей, а уж тем более, если они болеют». Лишь иногда на консультации Анна могла сказать, что её силы заканчиваются, и она будет рада любому исходу болезни матери. *Косвенное выражение агрессии. Задача осознания Анной истинных чувств к матери до сих пор остаётся актуальной.*

В отношении дочери Анна начала замечать за собой те же способы поведения и реагирования, что были у её матери, Лена же в многом напомнила Анне её саму в этом возрасте. Это открытие оказалось очень ценным для Анны, многие реакции дочери стали для неё более понятными, а отношение к ним более терпимым. Анна спокойно приняла решение Лены бросить занятия в театральной студии, потому что девочке там не нравилось. Кроме того, это повысило мотивацию на терапию, так как Анна согласилась, что дочь не является её прямым продолжением и имеет право быть на неё не похожей.

В этот период Лена всё ещё испытывала затруднения в прямом контакте с мамой, поэтому некоторые просьбы она передавала через меня. На консультации Лена писала матери письма, в которых обычно много места уделялось чувствам гнева или грусти, и просила меня зачитать их Анне на нашей с ней следующей встрече. В одном таком письме Лена сообщила Анне, как она иногда злится на внешнее равнодушие матери и как нуждается в её поддержке. Это письмо сильно взволновало Анну, она попросила о возможности совместной встречи с дочерью. Я ответила, что, если Лена даст своё согласие, эта встреча состоится. Лена согласилась, и через некоторое время мы впервые с начала терапии встретились втроём.

Первой в кабинет вошла Лена, села на своё привычное место. Следом вошла Анна, села на стул, равно удаленный от меня и дочери. В начале разговора Лена выглядела несколько напряжённой, скованной, однако постепенно расслабилась. В отличие от самой первой встречи, когда диалог

шёл практически всё время только со мной, на этот раз Анна и Лена активно общались друг с другом, реже обращаясь ко мне. Лена открыто рассказала о том, как она устала быть отличницей, везде успевать, как ей не хватает понимающей, защищающей, *надёжной* мамы, которая примет её даже неуспешную. Анна говорила, как ей бывает трудно первой подойти к дочери из опасений, что та её оттолкнёт. Когда разговор коснулся конфликта Лены с одним из преподавателей, Анна выразила готовность встать на защиту дочери, поговорив с учителем, хотя раньше предпочитала не вмешиваться, говоря, что это «только Ленино дело». Для самой Лены это было неожиданностью, после чего она заметно повеселела. В конце консультации мы договорились, что до нашей следующей совместной встречи Анна и Лена будут проводить вместе некоторое время каждый вечер, интересуясь не только делами друг друга, но и чувствами, бывшими у каждой в течение дня. Кроме этого, я попросила Лену писать небольшие записки наподобие тех писем, что она ранее писала со мной, и зачитывать их маме, на что девочка согласилась. Анна же попросила Лену рассказывать о своих трудностях, чтобы семья могла ей по возможности помочь.

На этой встрече Лена высказала далеко не всё, что собиралась, (я знала, о чём она хочет поговорить с мамой, мы заранее обсуждали с ней эту встречу), однако изменения, произошедшие с девочкой и её мамой с момента начала терапии, стали особенно заметны. Лена приняла многие из своих чувств по отношению к матери, достаточно точно их дифференцировала, хотя всё ещё иногда терялась при прямом их выражении. Анна же признала право дочери на собственное место в этом мире, начала замечать и стараться уважать её границы.

В настоящее время психотерапевтическая работа с этой семьёй продолжается. Физическое самочувствие Лены удовлетворительное, боли в животе возникают гораздо реже, чаще всего в случае чрезмерного интеллектуального или эмоционального напряжения, и не столь интенсивны. Фокус моего внимания сместился с интрапсихического пространства Лены на её отношения с мамой. На данный момент индивидуально с Леной мы встречаемся один раз в месяц-полтора, чаще проходят индивидуальные встречи с Анной и совместные с Анной и Леной. В дальнейшем, возможно, появится смысл пригласить на консультацию всю семью вместе. *Ближайшие цели терапии представляются мне следующими:*

1. *Для Лены: продолжение работы, направленной на интеграцию своих чувств и их конструктивное выражение.*

2. *Для Анны: поддержание её компетентности в роли матери, осознание и принятие своих истинных чувств по отношению к собственной матери.*

3. *Для Анны и Лены: поддержка налаживающейся коммуникации между ними, принятие друг друга, восстановление взаимного доверия.*

4. *Отдалённая цель психотерапии для семьи в целом: восстановление семейной иерархии, вертикальных и горизонтальных связей внутри семейной системы, работа с границами в рамках семьи.*

Список литературы.

1. Александер Ф., Селеник Ш. Психосоматический подход в медицине. – М.: АСТ, 2001.
2. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – М.: Медицина, 1982.
3. Исаев Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. – СПб.: Питер, 1994.
4. Исаев Д.Н. Психология больного ребёнка. Лекции. – СПб.: Специальная литература, 1993.
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996.
6. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики - М.: Независимая фирма "Класс", 2001. — 208 с.
7. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2007.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2000.
9. Исаев Д.Н. Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств у детей. //Обзор психиат. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1991. - №1. С.59-67.
10. Соловьёва А.Д., Шептулин А.А. Состояние эмоционально-личностной сферы у больных некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями. //Клиническая медицина. – 1997. - №1. С.27-28.

ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ МАТЕРЕЙ С РАЗНЫМ ТРУДОВЫМ СТАТУСОМ

Шлыкова Ю.Б.

Кубанский государственный университет, г. Краснодар, Россия

Введение. В современном обществе все большую актуальность приобретает проблема материнства. Работа по повышению статуса материнства ведется в разных направлениях науки и общественной жизни. Одной из наиболее насущных остается проблема материальной обеспеченности матери и, как следствие, ее готовности к рождению ребенка. Рождение ребенка всегда считалось явлением особым в культурном, социальном, психологическом планах. Отношение к женщине-матери отражает особенности развития общества в целом, его духовную и материальную стороны (Г. Г. Филиппова, 2001, 2002). Современная ситуация такова, что многие женщины откладывают вопрос о рождении ребенка на неопределенный срок. И наиболее типичными объяснениями становятся отсутствие необходимого уровня материальной стабильности и потребности реализоваться в профессиональной сфере.

Женщина, решившаяся стать матерью, очень часто оказывается в ситуации, когда необходимо вернуться к профессиональной деятельности, не дожидаясь выхода из отпуска по уходу за ребенком. Понятной причиной такой ситуации является потребность в материальном обеспечении семьи. Но есть и другая причина – потребность женщины в профессиональном развитии, самоактуализации. У современной женщины имеется две очень обширные сферы самоактуализации – материнство, которое, к сожалению, теряет свою актуальность и профессия, актуальность которой для современной женщины возрастает. Как же может женщина, не имея заданных моделей согласования этих сфер, адаптироваться к новой жизненной ситуации? Поиску ответа на данный вопрос посвящена представленная работа.

Целью исследования стало выявление и описание особенностей самоактуализации женщин, имеющих разный статус профессиональной занятости в период нахождения в отпуске по уходу за ребенком.

Теоретический анализ проблем материнства и самоактуализации личности позволил выделить базовые положения эмпирического исследования:

1. Самоактуализация личности это сложный процесс, который продолжается всю жизнь человека. Направления и условия самоактуализации личности очень разнообразны (Е. Е. Вахромов, 2001). Наиболее значимыми направлениями самоактуализации современных женщин являются материнская и профессиональная сферы.

2. Ролевой конфликт – рассогласование материнской роли и роли профессиональной – активно изучается в последние годы (Ю. Е. Алешина, 1989, И. С. Клецина, 1998). Причины возникновения ролевого конфликта могут быть внутренними (установки, самоотношение, ролевые ожидания,

психо-эмоциональное состояние и пр.) и внешними (отношение и поддержка близких, условия работы, материальная обеспеченность и пр.).

3. В нашем исследовании мы предположили, что направление и особенности самоактуализации во многом могут быть связаны с включенностью женщины в профессиональную деятельность после рождения ребенка, с характером и условиями этой деятельности. Особенно эта связь должна проявляться в период, когда женщина не обязана выходить на работу из отпуска по уходу за ребенком. Проверке этого предположения посвящена эмпирическая часть работы.

Теоретический анализ проблемы материнства как изменения статуса женщины позволил нам сформулировать **гипотезу** исследования, которая заключается в предположении, что особенности самоактуализации женщины после рождения ребенка связаны с наличием и условиями ее трудовой деятельности.

Для подтверждения выдвинутой гипотезы использовались Самоактуализационный тест, методика «Личностная биография» и беседа. Анализовалась связь выраженности отдельных шкал с формой трудовой занятости женщин. Значимость различий подтверждалась с помощью U-критерия Манна – Уитни.

В исследовании приняло участие 48 женщин. Выборку составили женщины 24 - 36 лет, имеющие одного ребенка в возрасте 1,5-2 лет. Исходная выборка была разделена нами на 3 группы. Критерием деления на группы стала форма трудовой занятости женщины:

1 группа – женщины, вышедшие из отпуска по уходу за ребенком на фиксированный полный рабочий день (работающие 3-5 месяцев). 14 человек.

2 группа – женщины, вышедшие из отпуска по уходу за ребенком на работу с гибким рабочим графиком (работающие 3-5 месяцев). 17 человек.

3 группа – женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, но имеющие постоянную работу, на которую планируют выйти позже. 17 человек.

Результаты Самоактуализационного теста.

Существуют значимые различия по нескольким шкалам самоактуализационного теста в группах женщин, имеющих разный трудовой статус. Статистически значимые различия были выявлены по двум базовым шкалам теста.

По шкале компетентности во времени наиболее высокие результаты в группе женщин, вышедших на работу со свободным графиком (63%). В двух других группах показатели этой шкалы заметно снижены (33% и 20%). Мы можем говорить о том, что для женщины после рождения ребенка восстановление временной компетентности является одной из первых личностных задач. Это связано с особым новым режимом жизни женщины, переоценкой всего прошлого опыта и очень выраженной концентрации на настоящем времени в первые месяцы после родов. Через год после рождения ребенка происходит восстановление режима женщины (адаптация к новому режиму), но, как показывает исследование, все еще отсутствует ощущение

целостности «Я» во времени. Мы предположили, что выход женщины на работу способствует более быстрому восстановлению временной компетентности, т.к. с одной стороны, выводит женщину из «зацикленности» на одной жизненной сфере (материнстве), с другой – требования временной организации трудовой деятельности отличаются от времени по уходу за ребенком как структурно, так и содержательно. Однако мы видим, что полный, фиксированный рабочий день в значительно меньшей мере способствует реализации данной направленности. Мы считаем, что это связано с психологическим напряжением, которое испытывает женщина, понимая, что не может уделять достаточно внимания ребенку. Происходит конфликт между материнской и профессиональной ролью, в котором в первые пол года работы проигрывают обе роли женщины. В связи с этим, мы можем говорить о том, что выход на работу через год после рождения ребенка может быть продуктивным для самореализации женщины только при наличии свободного графика. Гибкий график позволяет женщине постепенно вернуться в необходимую профессиональную кондицию и грамотно со-организовать профессиональную и материнскую сферы.

По шкале поддержки значимые различия показала группа женщин, вышедших на полный рабочий день. У них самые низкие по всей выборке результаты (1 гр. – 32%, 2 гр. – 57%, 3 гр. – 54%). Мы можем говорить о том, что женщины, имеющие жесткий график работы более зависимы от внешних воздействий, внешних обстоятельств. В беседе эти женщины, как правило, говорят о большом желании нормально работать, обеспечивать ребенка, но при этом осознают, что работа занимает все время и на ребенка совсем не хватает времени. Кроме того, они очень болезненно переживают нарушение каких-либо жизненных планов из-за разных обстоятельств (невозможность нормально выполнить задание из-за болезни ребенка, невозможность сходить с ребенком куда-либо из-за работы).

По блоку ценностей выявлены следующие особенности. Все женщины демонстрируют более высокие результаты по шкале ценностных ориентаций по сравнению со шкалой гибкости. Это говорит о том, что женщины в разной степени разделяют ценности самоактуализирующейся личности, но в одинаковой степени понимают свою реальную ограниченность в реализации этих ценностей. Если смотреть на ценности, включенные в список, то очевидна их направленность на свободу, независимость личности. Женщины, имеющие ребенка 1-2 лет, изначально ограничены в этих базовых ценностях. Также следует отметить, что женщины, вышедшие на работу на полную занятость имеют более низкие (41%), по сравнению с двумя другими группами (65% и 61%), результаты по шкале ценностных ориентаций. Мы предполагаем, что эти женщины более реалистичны в своих ценностных ориентациях и лучше понимают свою ограниченность в настоящее время.

По блоку чувствительности к себе отмечены следующие особенности. В группе женщин, вышедших на работу на полную занятость, показатель чувствительности к себе значительно ниже (33%), чем в двух других группах (51% и 57%). Мы предполагаем, что снижение чувствительности к

собственным переживаниям, проблемам, эмоциональной сфере, является отражением повышенной ответственности за успешность двух очень разных жизненных сфер. Шкала спонтанности не выявила значимых различий по группам и выражена достаточно слабо у всех женщин. Этот факт объясняется зависимостью женщины-матери от потребностей и состояния маленького ребенка.

Также отметим, что группа женщин, занятых полный рабочий день, демонстрирует хоть и самые низкие результаты в блоке, но не имеющие рассогласованности. Женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком дома, демонстрирую высокую рассогласованность шкал внутри блока. У них достаточно хорошо развита чувствительность к себе, своим потребностям и переживаниям (57%), но спонтанность выражена слабо (29%). Т.е. женщины осознают весь спектр своих переживаний, особенностей, потребностей, но не имеют возможности вести себя естественно, не подавляя эмоции и потребности. Мы считаем, что этот результат не менее тревожный, чем низкие показатели всего блока в первой группе. Вторая группа по этому блоку продемонстрировала наиболее гармоничные результаты. Средние согласованные показатели чувствительности к себе и спонтанности. Для женщины такие показатели сензитивности могут считаться низкими, но в ситуации адаптационного послеродового периода это является скорее нормой.

Рассмотрим результаты блока самоотношения. Показатели самоуважения выражены одинаково у всех женщин и имеют средние значения. Показатели самопринятия несколько ниже, но тоже в среднем диапазоне. В группе женщин, имеющих гибкий график работы, этот показатель несколько выше. Эти женщины в большей степени принимают себя такими, какие они есть и более терпимы к собственным недостаткам. В целом, показатели данного блока наиболее благоприятные для всей выборки женщин. Мы можем предположить, что самоуважение женщины строится теперь не только на ее достижениях в профессии, но и на успешности выполнения ею материнских функций.

Блок концепции человека не выявил значимых различий по группам и показал средние значения без выраженной рассогласованности внутри блока.

Блок межличностной чувствительности показал значимые различия. Наиболее низкой терпимостью к агрессивному поведению отличаются женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком (19%). Эти женщины не принимают свою и чужую агрессию, отрицают ее естественную природу. Мы связываем это с двумя посылками: во-первых, отношения с ребенком требуют высокой терпимости и не допускают агрессивности; во-вторых, многие женщины испытывают именно агрессию по отношению к окружающим или себе, переживая послеродовую депрессию, в связи с этим, чувство агрессии может быть фрустрировано и подавляться как социально неприемлемое. При этом, готовность к глубоким межличностным отношениям достаточно высокая (37%).

Наиболее высокие показатели по данному блоку продемонстрировали женщины, вышедшие на работу с гибким рабочим графиком. У них статистически более выраженная шкала контактности (64%). Для этой группы женщин характерно более открытое отношение к окружающим, готовность к глубоким субъект-субъектным отношениям.

По блоку познавательной активности выявлены следующие особенности. В наибольшей степени познавательная активность выражена в группе женщин, имеющих гибкий рабочий график (74%). Видимо, свободные условия профессионального развития позволяют женщине реализовывать потребность в познании новой информации. В двух остальных группах познавательная потребность выражена слабо (32% и 31%). Мы связываем это с актуальностью для женщин в этот период других проблем. Креативность, как готовность действовать нестандартно, нетрадиционно выражена ниже, чем потребность в познании у всех женщин. Мы связываем это с тем, что и материнская сфера в первый год жизни ребенка требует проверенных способов взаимодействия с ребенком, и профессиональная сфера, в жесткие рамки которой включается часть женщин также не оставляет возможности для креативности.

В целом, по данной методике мы видим следующие особенности самоактуализации женщин:

1 группа. Женщины, вышедшие на работу с жестким графиком и полным рабочим днем. Женщины данной группы имеют в качестве ресурса – достаточно выраженный уровень самоуважения и реалистичную оценку своих возможностей и ограничений. Заниженность большинства остальных показателей связана либо с большой ответственностью за две важные жизненные сферы, которые женщина пока не может гармонично сочетать, либо с ситуативной ограниченностью личных возможностей, являющихся особенностью послеродового периода.

2 группа. Женщины, вышедшие на работу с гибким графиком. Для данной группы характерен более высокий уровень самоактуализации в целом, по сравнению с остальными женщинами выборки. Самоактуализация выражена в разных направлениях. Как у большинства женщин несколько ниже уровень реализации ведущих потребностей по сравнению с их желаемым уровнем.

3 группа. Женщины, находящиеся дома в отпуске по уходу за ребенком. Для данной группы характерно неравномерное распределение выраженности шкал. Очень высокая рассогласованность большинства шкал по блокам. Выраженные потребности в разных видах самоактуализации ставятся в противовес ощущению реальных возможностей и реализуемости данных потребностей.

В целом, по результатам исследования уровня самоактуализации женщин, можно сделать вывод о том, что наиболее высокий уровень самоактуализации демонстрируют женщины, имеющие возможность работать, но в условиях, позволяющих им в полной мере заниматься ребенком, т.е. в большей степени сочетать профессиональную деятельность и

материнство. Ограниченность самореализацией только в одной из этих сфер (независимо в какой), ведет к снижению уровня самоактуализации. Актуальность самореализации в послеродовой период блокируется чувством зависимости от внешних обстоятельств, других людей.

Результаты методики «Личностная биография».

По шкале жизненного самоопределения имеются статистически значимые различия. Женщины, вышедшие на работу (не зависимо от графика работы), имеют высокий уровень личностного самоопределения. Они в большей степени, чем женщины, находящиеся дома, осознают собственные желания, жизненные планы и намерения. Они более точно представляют свое место в системе отношений с миром, осознанно относятся к своим социальным ролям. Мы предполагаем, что для женщины выход на работу после года ухода за ребенком является стимулом к личностному росту. Вопрос состоит в том - работа помогает женщине в самоопределении, или самоопределившиеся женщины раньше выходят на работу? В любом случае, их показатели самоопределения высокие.

По шкале жизненной самореализации выявлены наиболее яркие различия между группами. Три группы демонстрируют три разных уровня выраженности данной шкалы. Женщины, работающие по жесткому графику, имеют псевдовысокий уровень самореализации, женщины с гибким графиком – высокий, женщины, находящиеся дома – низкий. Это интересные результаты.

Высокий уровень самореализации женщин второй группы гармонично сочетается с высоким уровнем самоопределения. Это показатель того, что субъективно женщины оценивают свои потребности как реализуемые в достаточной мере. Они видят свои возможности и стремятся к самореализации, при этом, чувствуют удовлетворенность реализацией задуманных жизненных планов.

Псевдовысокий уровень самореализации женщин первой группы отражает неудовлетворенность потребности реализовать свой потенциал. Мы объясняем это следующим образом. Женщины, вышедшие работать на полную занятость, предполагали высокий уровень реализации своего потенциала в профессиональной сфере, но в реальности оказалось, что они еще не способны сочетать требования профессии и материнские функции. В связи с этим, женщины, понимая недостижимость на данный момент желаемого уровня самореализации, но, не желая смириться с тем, что не достигают успеха в обеих значимых сферах, субъективно преувеличивают собственные личные достижения.

Низкий уровень самореализации женщин, находящихся дома с ребенком более года, мы связываем с возрастающими потребностями в активности в разных жизненных сферах и переживанием невозможности реализовать эту активность, чувством зависимости от ребенка, супруга, обстоятельств.

Шкала субъективной оценки трансформации личности также выявила значимые различия. Женщины, работающие по гибкому графику, имеют

высокий уровень ощущения позитивных жизненных изменений. В двух других группах этот показатель статистически ниже и находится на уровне средних значений (в первой группе приближен к низким). Не новым является факт, что женщина, после рождения ребенка попадает в состояние «временного застоя», когда настоящее постоянно повторяется, будущее кажется очень далеким, а прошлое – безвозвратным. В такой ситуации осознание динамики жизни является очень хорошим показателем выхода женщины из описанного состояния на новый уровень личностного развития. У работающей по жесткому графику группы заниженный уровень субъективной оценки трансформации, скорее всего, связан с тем, что данная шкала отражает динамику самой личности, а не внешние изменения (такие как выход на работу). А в условиях, когда женщина вынуждена «разрываться» между работой и семьей, личностный рост вряд ли возможен.

По шкале субъективной оценки гармоничности личности статистически значимых различий выявлено не было. Все женщины показали средние значения по данному параметру. Это свидетельствует о неполной удовлетворенности женщин степенью собственной внутренней гармонии.

Как итог, показатель общей конструктивности личности имеет высокие значения у женщин, работающих по гибкому графику и средние значения у остальных женщин.

В целом, по данной методике мы можем сделать следующие выводы:

- включенность женщин в профессиональную деятельность через год после рождения ребенка связана с высоким уровнем жизненного самоопределения. Характер этой связи может быть двусторонним – выход на работу способствует более четкому представлению женщиной собственных жизненных ценностей и целей, но и высокий уровень самоопределения может быть предпосылкой более раннего выхода женщины на работу из декретного отпуска;

- женщины, работающие по гибкому графику, имеют высокие показатели по большинству шкал. Они более удовлетворены собой, своей жизнью, своими достижениями. В большей степени, чем остальные женщины выборки чувствуют позитивные жизненные изменения.

Таким образом, мы снова подтвердили сделанный ранее вывод о том, что гибкий график работы является хорошим условием для самореализации женщины после рождения ребенка.

Заключение. Подводя итог исследования, можно сформулировать ряд выводов:

1. Основной задачей женщины, вышедшей на работу через 1-1,5 года после рождения ребенка, является органичное сочетание профессиональных и материнских функций.

2. Возможность сочетать профессиональную и материнскую роли повышает уровень самоактуализации женщины и расширяет возможности реализации своего потенциала в разных жизненных сферах. Перевес усилий в сторону любой из этих сфер ведет к снижению уровня самоактуализации.

3. Профессиональная деятельность женщины после рождения ребенка связана с высоким уровнем жизненного самоопределения и ощущением самореализованности. Характер этой связи может быть двояким: женщина с изначально высоким уровнем самоопределения может стремиться выйти на работу раньше остальных, но и возвращение к профессиональной деятельности может способствовать более четкому пониманию женщиной своего места, роли в системе отношений с окружающим миром.

Трудовая занятость женщин через год-полтора после рождения ребенка и ее характер связаны с особенностями самоактуализации женщины. Нами показано, что успешная самоактуализация женщины возможна в двух направлениях – через осознанное погружение в материнство или через возможность сочетать профессиональные задачи с воспитанием ребенка. Выбор стратегии самореализации зависит от многих факторов, но, наверное, в большей степени определяется личностными особенностями самой женщины.

Список литературы:

1. Алешина, Ю. Е. Ролевой конфликт работающей женщины / Ю. Е. Алешина, Е. В. Лекторская // *Вопр. психол.* - 1989. - № 5. - С. 80-88.
2. Вахромов, Е. Е. Психологические концепции развития человека: теория самоактуализации / Е. Е. Вахромов. – М.: Международная педагогическая академия, 2001. – 162 с.
3. Клецина, И. С. Самореализация личности и гендерные стереотипы / И. С. Клецина / *Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 2* / Под ред. А. А. Реана, Л. А. Коростылевой. - СПб, 1998. – с. 188-202.
4. Филиппова, Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филиппова. – М., 2002. - 240с.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ОТЦОВСТВЕ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шубина А.С.

**Волгоградский государственный педагогический университет,
г.Волгоград, Россия**

Происходящие на сегодняшний день изменения в обществе оказывают непосредственное влияние на родительство, которое, будучи культурно-историческим феноменом, является особенно чувствительным к изменениям системы ценностей общества. Указанные изменения в полной мере затрагивают и такое социально-психологическое явление как отцовство.

Наиболее распространенной моделью отцовства до недавнего времени была традиционная модель. В этой модели отец – кормилец, персонификация власти и высшая дисциплинирующая инстанция, пример для подражания и непосредственный наставник в сфере семейной общественной жизни. Новый взгляд на гендерные роли с ростом феминизации не мог не повлиять на институт отцовства. В традиционной модели роль отца в воспитании (особенно, в первые годы жизни ребенка) рассматривалась как преимущественно вспомогательная. Однако уже в 1980-е годы в странах Европы и США социологи и психологи обозначили «новый образ мужчины», который был во многом противоположен традиционному. Отличия заключались, прежде всего, в отношении к маленьким детям: новая модель отцовства подразумевала участие в уходе, проявление заботы, умение вступать в эмоциональный контакт с ребенком. Появление современной модели отцовства связывают с демократическими, гуманистическими тенденциями в обществе, равноправием супругов в распределении прав и обязанностей в семье.

Новое отношение к феномену отцовства в обществе повлияло на повышение к нему интереса со стороны психологической науки. Если до недавнего времени психологические исследования затрагивали, в основном, проблему родительства в целом (А.Я. Варга, Г.Т. Хоментаскас, Э.Г. Эйдемиллер) или материнства (Г.Г. Филиппова, Н.В. Самоукина, В.А. Рамих, В.И. Брутман), то на сегодняшний день появились исследования посвященные изучению роли отца (Т.В. Архиреева, Р.В. Овчарова, А.В. Литвинова, Н.Г. Большакова, Е.С. Неумоина).

Тем не менее, стоит признать, что проблема становления и развития отцовской сферы личности, формирования психологической готовности к отцовству, остается в отечественной психологии еще малоизученной. Однако именно понимание специфики формирования готовности к отцовству, выделения этапов этого процесса позволит обозначить наиболее проблемные компоненты и сделать их объектом развивающей работы.

Несмотря на то, что формирование отцовской сферы личности начинается у мальчиков с ранних лет и основывается на опыте взаимодействия с собственным отцом и усвоении культурных образцов, наиболее сензитивным периодом для целенаправленного формирования

готовности к отцовству стоит признать юношеский возраст. Именно в этом возрасте становится актуальным личное самоопределение, поиск собственной идентичности и освоение различных социальных ролей.

Практика психолого-педагогического сопровождения юношеского возраста на сегодняшний день, в основном связана с проблемами профориентации, адаптации к обучению в ВУЗе, осмыслением будущих профессиональных планов. Семейные роли чаще формируются стихийно, имеющиеся в опыте юноши образцы отцовства не становятся предметом рефлексивного отношения. Кроме того, в российском обществе до сих пор сильна установка на приоритетную роль матери в воспитании ребенка, что отражается на отношении юношей к собственной будущей отцовской роли. Стоит отметить отсутствие разработанных в отечественной науке программ сопровождения по формированию отцовства. Западные же образцы не всегда могут быть использованы в нашей стране с учетом культурно-исторических и социально-экономических особенностей.

С учетом актуальности проблемы *целью* исследования выступает выявление особенностей представлений юношей об отцовстве.

Базой эмпирического исследования являются Волгоградский государственный педагогический университет, Волгоградский государственный технический университет, Волгоградская государственная академия физической культуры, Волгоградская государственная академия МВД и Волгоградский государственный экономико-технический колледж. Всего в исследовании принимали участие 60 юношей в возрасте от 17 до 24 лет.

Для определения стратегии эмпирического исследования были проанализированы зарубежные и отечественные исследования по проблемам отцовства. Результаты теоретического анализа позволили определить структуру эмпирического исследования, задав два измерения для анализа.

С одной стороны, отцовство вступает предметом изучения на трех уровнях:

- как социокультурное явление;
- как явление, детерминированное опытом отношения с собственным отцом;
- как роль в структуре идентичности в будущем.

С другой стороны, содержание представлений об отцовстве рассматривается нами через призму пяти модальностей (компонентов) – областей анализа психологической реальности:

- поведенческий компонент («Я могу»), связанный с исследованием возможных вариантов поведения по отношению к своему будущему ребенку, осознанием необходимых и имеющихся умений и способностей;
- мотивационный компонент («Я хочу»), предполагающий изучение специфики мотивации отцовства, готовности к роли отца;

- когнитивный компонент («Я думаю») – представления о будущей отцовской роли;
- эмоциональный компонент («Я чувствую») – переживания, связанные с будущей отцовской ролью, отношениями с собственным отцом, готовностью к отцовству;
- «образ Я» («Я-концепция») – место отцовской роли в структуре идентичности.

Программа эмпирического исследования особенностей представления юношей об отцовстве включала две методические процедуры.

Модифицированный вариант методики М. Куна «Кто Я?»

Исходный вариант теста используется для изучения содержательных характеристик идентичности личности. Вопрос «Кто Я?» напрямую связан с характеристиками собственного восприятия человеком самого себя, то есть с его образом «Я» или Я-концепцией. В соответствии с целями исследования, мы модифицировали тест М. Куна и вместо вопроса «Кто я?» юношам предложили вопрос «Кто я через 10 лет?». Данная модификация позволяет увидеть место отцовской роли в представлениях юношей о себе в будущем.

Анализ места отцовской роли в структуре самоидентичности проводился через ряд признаков:

1. наличие и количество упоминаний юношами роли отца в будущем;
2. характер упоминания роли отца (простое обозначение или в сопровождении качественной характеристики).

Модифицированный вариант метода К. Леви

«Незаконченные предложения»

Исходный вариант методики К. Леви предназначен для изучения отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к сексуальным отношениям, к вышестоящим по служебному положению и подчиненным. Исходя из задач исследования, мы модифицировали исходный вариант методики с целью выявления представлений юношей об отцовстве, функциях отца, отношения к будущей роли отца и собственному отцу, мотивов, связанных с отцовством, ресурсов и умений, необходимых для реализации данной роли.

Структура модифицированной нами методики включает в себя три блока, соответствующих трем уровням изучения отцовства. Каждый блок содержит по пять вопросов, соответствующих пяти модальностям.

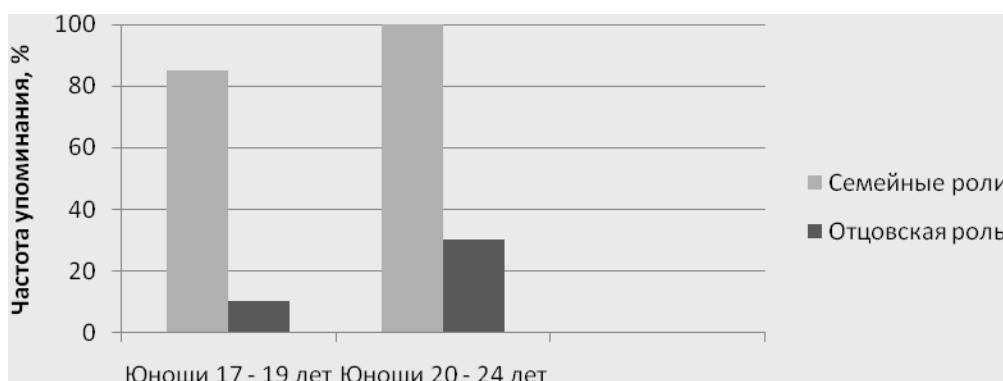
Обработка полученных данных производилась на основании выделения путем контент-анализа категорий ответов и подсчета частоты их встречаемости.

Анализ полученных результатов.

В результате исследования особенностей представления юношей об отцовстве с помощью модифицированного варианта опросника М. Куна нами был проведен контент-анализ полученных характеристик и выделен ряд категорий. В рамках данной статьи сопоставим только частоту встречаемости категории «Отцовская роль» в ответах юношей 17 – 19 и 20 – 24 лет. Для

определения статистической значимости различий ответов был использован U-критерий Манна-Уитни. Полученные данные представлены на рис. 1.

Рис. 1. Частота упоминания супружеских и родительских ролей юношами 17 – 19 и 20 – 24 лет



Анализ данных, представленных на рисунке 1, показывает, что для юношей старшего возраста категории «Семейное положение» в целом и «Отцовская роль» в частности являются более актуальными ($p \leq 0,05$ в обоих случаях). Эти результаты говорят о большей значимости для старших юношей в структуре их идентичности будущих супружеских и родительских ролей. Для младших юношей более актуальной пока остаётся роль сына в родительской семье, что связано с сохраняющейся зависимостью от родителей.

Анализ результатов, полученных в ходе проведения модифицированного варианта метода К.Леви «Незаконченные предложения», позволил выделить содержательные характеристики представлений юношей об отцовстве. В результате контент-анализа был выделен ряд категорий и проведен анализ частоты упоминания ответов респондентов.

Анализ ответов испытуемых на вопросы, относящиеся к когнитивной модальности, показал, что юноши старшего возраста в большей степени осознают реальную ответственность отца (как материальную, так и включенность в воспитание ребенка). Это говорит об осознанном и реалистичном восприятии своей будущей позиции в семье, осознании различных функций отца (70% респондентов). Юноши младшего возраста отличаются идеализацией взглядов по отношению к ребенку и себе как будущему отцу, поскольку они не оценивают себя в настоящий момент как реального родителя, собственные качества как будущего отца не становятся предметом рефлексии. В их ответах чаще упоминаются обобщенные неконкретные характеристики отцовской роли.

Анализ ответов респондентов, касающихся эмоционального отношения к роли отца, показывает, что старшие юноши рассматривают занимаемую ими в будущем позицию в семье как лидерскую и авторитарную (70%), что может быть связано с ролью собственного отца в родительской семье.

Возможность занять в семье главенствующую позицию вызывает у юношей положительные эмоции. При этом юноши обеих возрастных групп отмечают, что «отцовская любовь» – это, прежде всего, передача богатого жизненного опыта (20%) и материальная ответственность за собственных детей (40%). Аналогично желание обеспечить своего будущего ребенка юноши обеих возрастных групп выразили и в ответах на вопросы, связанные с мотивацией отцовства (100%).

Ответы на вопросы, относящиеся к поведенческой сфере, указывают на нереалистичное обобщенное восприятия младшими юношами функций отца («Может все»), и при этом более дифференцированное восприятие старших юношей, которые выделяют экономические, воспитательные, хозяйственно-бытовые функции мужчины как отца.

При ответе на вопросы, относящиеся к модальности «Образ Я», юноши старшего возраста чаще идеализировали собственную будущую отцовскую роль («Я буду самым лучшим отцом»), выражали эмоционально-пристрастное отношение к ней. Для младших юношей будущая отцовская роль пока не занимает значимого места в структуре идентичности, отношений к ней менее пристрастное, что подтверждает результаты, полученные с помощью методики «Кто Я?».

Таким образом, полученные результаты показывают, что у юношей младшего возраста представления о роли отца являются менее реалистичными и дифференцированными, из всех отцовских функций они четко выделяют только материальную. Юноши старшего возраста на фоне большей значимости роли отца в структуре представлений о себе, более дифференцированно и полно представляют перечень функций отца.

Выводы

Результаты проведения эмпирического исследования показали, что роль отца в структуре идентичности более представлена у юношей 20 – 24 лет, что связано с проецированием на себя роли отца и принятием этой роли, возможным созданием собственной семьи в ближайшем будущем.

Определено, что юноши старшего возраста рассматривают позицию отца через призму авторитарных и лидерских отношений в семье, а не только через отношение к ребенку. Для них отцовство характеризуется не только взаимодействием с ребенком, но и новым социальным статусом.

Взгляды юношей 17 – 19 лет на отцовство отличаются нереалистичностью, обобщенностью, слабо развитыми представлениями о функциях отца. Роль отца в структуре идентичности не представляется значимой.

В связи с полученными данными можно говорить о том, что для юношей младшей и старшей группы актуальным будет разное содержание развивающей работы, ориентированной на принятие отцовской роли. Для младших юношей важно расширение представлений о функциональном репертуаре отца в семье, осознание важности не только материального обеспечения семьи, но и участия в воспитании ребенка, помощи супруге и пр. Кроме того, предметом обсуждения может стать место будущей

отцовской роли в структуре представлений о себе в будущем. Содержание развивающей работы, таким образом, будет ориентировано на когнитивную сферу и «образ Я».

Для старших юношей актуальной будет работа по осознанию собственных мотивов отцовства, анализу их адекватности отцовской роли, а также соотнесение представлений о функциях отца с собственными возможностями и психологическими качествами. Содержание развивающей работы, таким образом, будет ориентировано на мотивационную и поведенческую сферы. Эмоциональное восприятие роли отца не нуждается в специально направленном развивающем воздействии по данным нашего исследования, поскольку отношение обеих групп юношей к будущей роли отца в целом позитивно.

Литература:

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология / Г.С. Абрамова. – М., 1998. – 672 с.
2. Борисова, О.А. Проблема изучения отцовства / О.А. Борисова // Семейная психология и семейная терапия. – 2007. – №1. – С. 27 – 125.
3. Габибулина, М. Отцы глазами детей / М. Габибулина // Школьный психолог. – 2003. – № 1. – С. 64 – 67.
4. Кон, И. С. Современное отцовство: мифы и проблемы / И.С. Кон // Семья и школа. – 2003. – № 4. – С. 54 – 60.
5. Мацук, М. А. Изменения представлений об отцовстве в возрастном диапазоне от дошкольного возраста до молодости / М.А. Мацук – М., 2008. – 200 с.
6. Овчарова, Р. В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова – М., 2003. – 238 с.

СОТРУДНИЧЕСТВО С РОДИТЕЛЯМИ В ПРОГРАММЕ ОБУЧЕНИЯ «АКТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЬСТВА»

Шубина А.С., Живолупова Н.А.

Волгоградский государственный педагогический университет,
г.Волгоград, Россия

Одним из важнейших аспектов личностного самоопределения молодежи является освоение ими родительских ролей. На сегодняшний день в России многие молодые люди становятся родителями, едва перешагнув двадцатилетний возрастной рубеж. При этом, не имея еще достаточного жизненного опыта и сформированной готовности к родительству, они зачастую сталкиваются с серьезными трудностями в процессе воспитания ребенка. В связи с этим актуальным направлением работы психологических служб является оказание психологической помощи молодым родителям, что позволило бы им эффективно выполнять материнские и отцовские функции.

В Волгоградской области психологическая помощь молодым родителям реализуется, в частности, в форме проведения групп активной поддержки родителей. В основу данной формы работы положены идеи оказания ранней помощи и поддержки семье, а также активного вовлечения родителей в процесс воспитания ребенка, сотрудничества со специалистами, родительской взаимопомощи друг другу. Данное направление реализуется в нашем регионе начиная с 2006 года центрами помощи семье и детям.

Работа в рамках направления «Активная поддержка родителей» строится в соответствии с некоторыми концептуальными принципами, которые определяют особенности организации и содержания занятий для родителей. Каждый принцип сформулирован в виде ключевых слов.

Рано: этот принцип подразумевает как можно более раннее начало работы по подготовке к ответственному родительству, принятию родительских ролей. Приоритет отдается профилактической направленности работы, предупреждению семейного неблагополучия.

Для всех: данный принцип подчеркивает возможность участия в групповых занятиях родителей, независимо от их социального, материального положения, возраста, семейного и образовательного статуса.

Знания: родителям необходимы знания о том, как лучше наладить взаимодействие со своими детьми, как играть с ним, как поощрять и наказывать в случае непослушания. Тем более что особенно часто группы поддержки посещают те, кто становится родителями впервые.

Равноправие: независимо от пола, возраста, национальной принадлежности и предшествующего опыта воспитания детей каждый родитель должен встретить в группе одинаковое принятие, уважение и доверие.

Преемственность: этот принцип подразумевает возможность сопровождения семьи одной командой специалистов на всех этапах развития ребенка, начиная с периода беременности матери.

Места для встреч: данный принцип подчеркивает важность наличия комфортного, постоянного помещения для проведения занятий и встреч родителей. Из опыта шведских специалистов можно привести очень удачную модель организации детских садов открытого типа. В детском саду открытого типа оба или один родитель находятся вместе с ребенком, не оставляют его на попечение воспитателя. При этом воспитатели несут ответственность за организацию условий пребывания детей и родителей в саду, но ответственность непосредственно за ребенка несет сам родитель. Посещая подобный детский сад, родители получают возможность обсуждать волнующие их проблемы, связанные с воспитанием и развитием ребенка.

Сеть социальных контактов: идея этого принципа заключается в том, что в процессе посещения занятий между родителями возникает спонтанное взаимодействие (они созваниваются, обсуждают домашнее задание), а после завершения цикла занятий эти отношения сохраняются. Таким образом, у родителей появляются новые социальные контакты.

Сотрудничество: один из основополагающих принципов, подразумевает, прежде всего, что специалист поддерживает родителей в исполнении их ролей, но не выполняет ничего за родителей. Для этого специалист должен признать, что любой родитель способен выполнять свои функции компетентно, имеет массу ресурсов, которые ему нужно помочь раскрыть. Таким образом, специалисту может потребоваться пересмотреть свои профессиональные позиции и установки, связанные с взаимодействием родителями: теперь специалист работает не вместо семьи, а вместе с ней.

Также в рамках данного принципа стоит отметить необходимость установления сотрудничающих отношений между представителями различных служб и ведомств, работающих с родителями, ребенком и семьей в целом. Так, в Волгоградской области в рамках реализации направления «Активная поддержка родителей» удалось установить сотрудничество между Центрами социальной помощи семье и детям и представителями медицины (врачами-педиатрами и гинекологами). Данное сотрудничество чрезвычайно важно для построения эффективной работы специалистов, так как именно врачи первыми входят в семью с новорожденным ребенком, а, следовательно, первыми получают информацию о данной семье и могут стать инициаторами взаимодействия родителей и представителей социальных служб [1].

Целью данного исследования стало выявление механизмов сотрудничества с родителями и факторов, препятствующих его реализации в деятельности специалистов системы социальной защиты населения. Именно на рассмотрении данного принципа мы остановимся далее более подробно.

На сегодняшний день все более актуальной для теории и практики становится проблема построения сотруднических отношений с родителями. В литературе можно встретить множество вариантов определения понятия «сотрудничество», но наиболее «работающим» нам кажется следующее: «сотрудничество – это позитивное взаимодействие, в котором цели и интересы участников совпадают, либо достижение целей одних участников

возможно только через обеспечение интересов и устремлений других его участников» [2, 106].

В этом определении фактически отражены характеристики так называемого «чистого» сотрудничества, которое, по мнению многих авторов, встречается в реальной практике крайне редко. Однако представление об этой наивысшей степени сотруднических отношений необходимо, поскольку оно задает образ отношений, к которым нужно стремиться.

В рамках рассматриваемой проблемы нам кажется важным осмысление соотношения понятия сотрудничество и традиционных терминов, которые характеризуют различные аспекты профессиональной деятельности специалистов: *помощь, поддержка, содействие и сопровождение*. Какой из этих аспектов наиболее соотносится с понятием «сотрудничество»? Этот вопрос кажется нам дискуссионным и не имеющим однозначной интерпретации, но чрезвычайно полезным для обсуждения. Главная идея, которая должна прозвучать в этом обсуждении такова: сотрудничая с родителями, специалист не может делать что-то вместо них. В связи с этим ближе всего к сотрудничеству именно тот аспект деятельности специалиста, который предполагает минимальную степень активного вмешательства профессионала. На наш взгляд, это может быть сопровождение, но понимаемое не как конвоирование, а как следование рядом, может даже чуть поодаль. В любом случае, какой бы термин мы не соотносили с понятием «сотрудничество», необходимо признавать, что родители в данном случае имеют очень значимые ресурсы, твердо «стоят на ногах» не нуждаются в том, чтобы им вручали «костыли» в виде прямых советов, указаний, наставлений.

М.Б. Другли и В. Личтварк в книге «Работа с родителями – ребенок в центре внимания?» пишут о том, что родители являются экспертами по отношению к собственным детям. Они обладают такими знаниями о ребенке, которые потребуются профессионалу, и считаются немаловажными сотрудниками в работе по достижению долговременного эффекта от мероприятий, проводимых по отношению к ребенку. Сотрудничая с родителями, профессионал обычно помогает родителям справляться с воспитательной ролью, в дальнейшем не вмешиваясь в этот процесс.

Обычно зачатки сотрудничества с родителями закладывает сам профессионал. Родители чаще всего приспосабливаются к тем сигналам или рамкам, которые обозначают профессионалы при создании формы и содержания сотрудничества с ними. Немногие родители пытаются вмешаться в процесс обеспечения сотрудничества, внося кое-какие коррективы в установки профессионала. Но такие случаи все-таки имеют место среди особенно активных родителей.

Профессионал должен не только уметь вступить в отношения сотрудничества с родителями, но и развить эти отношения. Средство обновления и улучшения сотрудничества хранится у профессионала и заключается оно не в изменении родителей, а в изменении профессионалами себя. Противоборствующие силы, мешающие изменению и развитию

сотрудничества, могут заключаться в отношении и мотивации самого профессионала [3].

Если специалист (психолог, социальный педагог или специалист по социальной работе) чувствует, что в построении сотруднических отношений с родителями есть определенные трудности, то следует обратиться к анализу собственной профессиональной мотивации. За основу может быть взята модель мотивационно-потребностной сферы по Г. Мюррею. Автор выделяет следующие потребности:

- *потребность в признании, уважении*: желание чувствовать себя нужным, пользоваться уважением, любовью;
- *потребность в покровительстве (забота о других)*: желание заботиться о других, оказать помощь, стать примером, образцом для подражания;
- *потребность во власти (доминировании)*: стремление контролировать, оказывать влияние, направлять повелением словом, приказом, убеждать, препятствовать, ограничивать других;
- *потребность в понимании (познание внутреннего мира другого человека)*: стремление ставить общие вопросы и отвечать на них, страсть к обобщениям, абстрактным формулировкам, увлеченность вопросами о смысле жизни;
- *потребность в аффилиции*: поиск дружеских связей, стремление к дружбе, любви, симпатии к другим, страдание при отсутствии дружеских отношений, желание сблизить людей между собой, убрать препятствия;
- *потребность в социофилии (альтруизме)*: забывание собственных интересов в имя интересов другого, благородство, уступчивость, забота о других;
- *потребность в избегании неудач*: сдерживание собственной активности, потребность считаться с общественным мнением, любезность, стремление придерживаться общепринятых правил;
- *потребность в порядке*: тенденция к упорядочиванию, аккуратности, точности, красоте;
- *потребность в привлечении внимания*: желание завоевать других, удивить своими достижениями и качествами личности;
- *потребность в достижении*: желание преодолеть, побороть, опередить других, сделать что-то быстро и хорошо, достичь высшего уровня в каком-либо деле;
- *потребность в нарциссизме (эгоизме)*: стремление ставить превыше всего свои интересы, быть довольным собой, болезненная чувствительность к унижению, застенчивость, субъективизм при восприятии внешнего мира;
- *потребность в опеке, одобрении другими*: желание получить позитивную оценку своих действий, найти покровителя, стремление стать чьим-то последователем, ожидание совета, помощи.

Эти потребности необходимо проанализировать с точки зрения их влияния, положительного или отрицательного вклада в процесс установления сотруднических отношений с родителями. Очень важно обратить внимание на то, что любая из этих потребностей не имеет однозначно позитивной или негативной нагрузки. Например, «положительная» на первый взгляд, потребность в покровительстве, будучи чрезмерно выраженной, может привести к тому, что специалист возьмет на себя всю ответственность за решение трудностей родителей в воспитании детей. Внешне «отрицательная» же потребность в нарциссизме, будучи представлена в оптимальной степени, может способствовать тому, что психолог устанавливает для клиентов собственные границы (пространственные, временные), что также важно для отношений сотрудничества. Если подобную работу по анализу мотивационно-потребностной сферы профессионала проводить с группой психологов, то ее итог может быть зафиксирован в таблице:

Потребность	Позитивное значение для сотрудничества	Негативное значение для сотрудничества

Установление отношений сотрудничества возможно только при условии партнерских отношений между родителями и профессионалом. В равной степени вредным является доминирующая («сверху») и зависимая («снизу») позиция профессионала. С группой специалистов полезно обсуждать, в чем конкретно проявляются эти позиции. Важно выделять не абстрактные признаки (например, давление на клиента), а их конкретные проявления (в чем проявляется давление). Очень полезным может быть упражнение следующего типа: составить объявление для родителей, подготовить и озвучить выступление на родительском собрании, исходя из каждой позиции.

Большинство родителей, как правило, быстро распознают, какую форму сотрудничества предпочитает данный работник. В вышеупомянутой книге М.Б.Другли и В. Литчварк приводят два примера высказываний клиентов:

А. «Я не так много с ним разговариваю. Вначале я пытался расспрашивать их о разных вещах, но когда я говорил что-нибудь не то, они тут же «опускали жалюзи», и я понимал, что мне не стоило этого произносить. С тех пор я не предпринимал ничего особенного, а они и о чем меня не спрашивают».

Б. «Я могу спрашивать о чем угодно и говорить то, что думаю. Точно также, когда я говорю, они выслушивают меня и отвечают. Мы не всегда приходим к одному мнению, но я чувствую, что могу говорить обо всем. Мне всегда напоминают, если я забуду о чем-то, или говорят, что я должен поступить иначе, если делаю что-то не так. Мне это нравится, так как я знаю, чего от них ожидать» [3].

Отношение профессионала к сотрудничеству с родителями становится решающим в тот момент, когда это сотрудничество начинает осуществляться. Если на родителей смотрят как на угрозу или на обузу, то

возникает невидимый барьер. Родители в ответ легко раздражаются на любые действия, предпринимаемые со стороны профессионала.

Fylling и Sandvin указывают на дилемму: с одной стороны профессионалы утверждают, что родители – неотъемлемая часть работы с ребенком, а с другой – предпочитают осуществлять процесс вынесения решений в отсутствие родителей. Они описывают пять различных взглядов на роль родителя при проведении мероприятий с детьми:

Родители-проблема. Это либо те, кто требует слишком многого, либо те, кто сохраняет равнодушие. Они либо слишком активны, либо слишком пассивны. У профессионалов обычно складывается свое мнение о «необходимом» балансе. Поэтому родителям не всегда легко определить, что именно требуется от них в отношениях сотрудничества.

Родители-партнеры. Данный взгляд на родителей представляет отношения партнерства, заключающие в себе как права, так и обязанности со стороны родителей. Берутся во внимание возможности влияния на постановку целей, определение ценностей и содержания.

Родители-потребители. Дети имеют много прав в рамках официальных служб. Родители как потребители должны нести ответственность за соблюдение этих прав для своих детей.

Родители-двигатели. Родителей также можно рассматривать под углом исполнения определенных мероприятий. Они должны исполнять в домашних условиях определенные мероприятия для детей, следуя указаниям со стороны профессионалов.

Родители-клиенты. Данный взгляд возникает, когда проблемы детей происходят по вине нездоровой обстановки дома. Здесь с родителями работают. Как с клиентами, за их действиями внимательно следят, им помогают и защищают. В данном случае родители не всегда получают информацию о своих детях, их оберегают от лишней информации. Роль клиента в таком случае исключает роль партнера [4].

Таким образом, различные отношения к родителям устанавливают различные условия для отношений сотрудничества между родителями и профессионалами. Возможно, любому профессионалу не повредит размышление над следующими вопросами: считает ли он участие родителей важным ресурсом в работе с детьми? Как он это обоснует? Считает ли он сотрудничество с родителями простым обязательством, которое важно выполнять? Чего можно добиться с помощью такого сотрудничества?

Очень важным аспектом при рассмотрении проблемы сотрудничества являются ожидания родителей. М.Б. Другли и В. Литчварк отмечают, что ожидания и требования родителей к сотрудничеству с профессионалами не столь велики. Родители обычно довольны малым, потому что не представляют себе иного результата. Они часто сами способствуют тому, чтобы сотрудничество проходило в традиционных рамках без нововведений. Многие основываются на своих детских представлениях сотрудничества собственных родителей и школы. Поэтому профессионалам приходится

указывать родителям на то, что ситуация сильно изменилась и что ожидания и требования родителей должны ей соответствовать [3].

Исследования показывают, родители могут намеренно избегать выставлять свои требования профессионалам по поводу совместной работы по нескольким причинам:

- У них очень мало времени.
- Они очень заняты.
- Они лучше знают.
- Если мы будем надоедать им, это плохо отразится на ребенке.
- Не хотелось бы, чтобы он думал, что я его критикую.

В связи с этим возникает необходимость обсудить с родителями ожидания от совместной работы со специалистами. Многие родители, обращаясь за консультацией или записываясь в группу, не могут сформулировать, что они хотели бы получить. На наш взгляд, этот вопрос должен быть тщательно проработан до начала групповых занятий (вероятно, в индивидуальной форме), так как на этом этапе есть возможность обсудить распределение ответственности между родителем и специалистом, настроить родителей на активную работу.

Не менее важным для установления отношений сотрудничества является существования *отношения доверия*. И чем теснее должен быть контакт, тем выше значимость взаимного доверия. На встрече между родителями и профессионалом манера последнего общаться будет играть решающую роль в том, насколько родители откроются перед ним и смогут ли открыться вообще. Очень уязвимы родители, имеющие негативный опыт общения с профессионалом. Профессионал может заслужить доверие только с помощью собственных действий. Возникновение доверия имеет много общего с тем, насколько люди хорошо знают друг друга, но здесь не идет речи о том, чтобы отдавать или брать больше, чем необходимо.

М.Б.Другли и В.Литчварк пишут, что исследование, проведенное с потребителями в различных социальных отраслях, показало, что они хотели бы ближе познакомиться с человеческой стороной профессионалов данной области. Некоторые сообщили, что наиболее понравившиеся встречи протекали в неформальной обстановке. Другие отмечали отдельные ситуации, где профессионал повел себя как «живой человек». Потребители описывали подобные ситуации как позитивные, так как открывались качества самого человека. Они ощущали, что ближе познакомились с профессионалом [3].

Некоторые авторы предлагают начинать сотрудничество с родителями не с убеждения в важности этого сотрудничества, а с общего дела. Также возможно заключение контракта о сотрудничестве, благодаря которому будет легче определить роли друг друга.

Все вышесказанное приводит к пониманию того, что формирование и дальнейшее развитие отношений сотрудничества с родителями довольно сложный процесс. Сотрудничество между профессионалом и родителями

основывается на общей ответственности и заботе о ребенке и на этой почве легко могут возникнуть конфликты. Профессионал должен рассматривать несогласие и недовольство родителей как элементы взаимодействия, а не как негативные свойства отдельных людей. Несогласие можно рассматривать как возможность еще ближе познакомиться с родителями, их образом мышления. Негативные чувства в отношениях могут впоследствии привести к усилению доверия.

М.Б.Другли и В.Литчварк пишут, что, уделяя внимание точкам сопротивления, профессионал должен:

- Выслушивать родителей даже тогда, когда их мысли неясно сформулированы и необъективны. Так проявляется уважение к ним. Родители не обязаны быть объективным по отношению к своим детям.

- Настолько серьезно воспринимать точку зрения родителей, насколько он хочет, чтобы родители приняли его собственную. Это не означает всегда соглашаться, но исследовать чужую точку зрения, искать аргументацию.

- Хорошо ознакомиться с критикой и несогласием родителей, прежде чем высказывать свои суждения по этому поводу.

- Понимать, что на самом деле в большинстве случаев родители имеют право делать не совсем верный выбор ради своих детей. Очень большое значение имеет лояльность при рассмотрении вопросов о том, что имеет благотворное влияние на ребенка. Важно не пренебрегать, уважительно относиться к различиям. Семья может выбрать любой образ жизни, поэтому изначально важно понять, на чем строится ее внутренний мир [3].

Для положительного развития сотрудничества родители должны ощущать на практике, что их мнение приветствуется, и они могут выражать противоположное мнение, если полагают, что это лучше для ребенка.

Так как концепция активной поддержки родительства исходит из шведского опыта, в заключение статьи хотелось бы привести некоторые примеры о том, как организованы различные виды работы с родителями в Швеции, иллюстрирующие идею сотрудничества.

О назначении материальной помощи

Группа, занимающаяся материальными пособиями, периодически рассылает буклет, в котором обозначены основные правила подачи документов на получение материальной помощи, обязанности клиента и требования к нему.

Для получения пособий основными являются следующие требования:

- Заполнить заявление;
- Подать налоговую декларацию;
- Предоставить банковские счета;
- Если человек работает, то должен принести справки от работодателя (даже при частичной занятости).

Пособие будет выдано только в том случае, если муниципалитет убедится, что человек исчерпал все свои возможности. Поданные сведения частично проверяются. Муниципалитеты имеют определенные базы данных (например, обо всех владельцах автомобилей), но больше рассчитывает на добровольное, честное сотрудничество. Муниципалитет доверяет своим клиентам и надеется, что подпись клиента гарантирует честность.

От безработных всегда требуют встать на учет и предпринимать конкретные действия для поиска работы. Так, существует специальный обучающий курс «Как найти работу» (продолжительность обучения составляет 4 недели). Возможно, оказание помощи в виде обучения составлять резюме, характеристику и т.д. Такие высокие требования для получателей социального пособия отпугивают некоторых клиентов, и они предпочитают сами найти работу.

Существует категория людей, которые долгое время являются безработными. Им сложно просто встать рано, быть пунктуальными, дисциплинированными. Для этих людей организуют компьютерные курсы, где их обучают работать на ПК, также им дают возможность пройти стажировку. Эти занятия проходят 4 раза в неделю и очень дисциплинируют. Возможно также, что клиенту предложат физическую работу (например, смывание граффити со стен).

Все это показывает, что даже с человеком, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, отношения строятся с позиции партнерства и сотрудничества. Демонстрируют уверенность в возможностях клиента, доверяют ему, не решая проблему «вместо него».

Открытый детский сад

В детском саду открытого типа оба или один родитель остаются вместе с ребенком, не оставляют его на попечение воспитателя. Воспитатели несут ответственность за организацию условий пребывания детей и родителей в саду, но ответственность непосредственно за ребенка несет сам родитель. Родители могут отлучиться на очень короткое время и просят присмотреть за ребенком не воспитателей, а кого-то из родителей других детей.

В детском саду функционируют программы, участие в которых является добровольным. На каждый семестр заранее составляется программа мероприятий, чтобы родители могли заранее решить, какие из них посещать. Это удобство организации, на наш взгляд, также проявление сотрудничества. Посещение детского сада бесплатно, родители платят лишь за кофе и чай. Приходить в детский сад можно каждый день или один раз в неделю по желанию. Утро начинается с пения песен или вождения хороводов. Каждый день поют одни и те же песни, так как это полезно для детей. В детском саду есть маленькая библиотека с журналами и газетами для родителей.

При посещении детского сада у родителей не требуют справки о состоянии его здоровья или здоровья его ребенка, но есть негласное правило – не приходить в детский сад больным, и воспитатели доверяют в этом отношении родителям.

Иногда сотрудники детского сада получают поручение от социальной службы посетить семью на дому. Как правило, это те семьи, которые не могут организовать свои будни с ребенком, дома у них беспорядок. Им необходима поддержка их родительской роли, которую оказывают специалисты. При этом они не выполняют родительские функции за родителя, а лишь организуют его взаимодействие с ребенком, оказывают эмоциональную поддержку.

Таким образом, наиболее эффективным подходом к взаимодействию специалистов помогающих профессий с родителями признана концепция сотрудничества. Задача специалистов-практиков заключается в анализе возможностей построения таких отношений в конкретных формах работы с родителями и совершенствовании своей профессиональной позиции в направлении построения партнерских отношений.

1. Активная поддержка родителей. Научно-методическое пособие. – М.: Print Land, 2008.
2. Глоссарий по политической психологии. – М.: РУДН, 2003.
3. Другли М.Б., Личтварк В. Работа с родителями - ребенок в центре внимания? Архангельск: Изд-во Поморского ун-та, 2005.
4. Fylling I. & Sandvin J.T. The role of parents in special education: The notion of partnership revised. European Journal of Special Needs Educations, 14 (2), p. 144 – 157.

СОВРЕМЕННАЯ СЕМЬЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ИДЕАЛ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

Щавелев С.П.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Все те профессионалы, которые так или иначе связаны с обслуживанием института семьи, волей-неволей исходят из ее идеальной модели, которая исторически традиционна для данного культурного региона. Это медики, психологи, социальные работники и т.д., вплоть до политиков, чиновников, которые регулируют семейные отношения законами, подзаконными актами и практическими мерами исполнительной власти. В Западном мире, включая Россию, такой идеальной моделью признается моногамная семья. Акцентируя те или иные ее варианты, стадии развития, функции, ее именуют еще патриархальной / нуклеарной; детоцентристской / супружеской; традиционной / постсовременной; т.д.¹. Всем понятно, что моногамия уже довольно давно испытывает некий кризис, который выражается в более или менее широком распространении альтернативных отношений между полами, разных типов и видов семейных союзов, нередко весьма далеких от моногамного идеала. Вместе с тем, версии скорого отмирания моногамии и радикальных изменений в семейных отношениях никем из серьезных аналитиков не поддерживаются и социологической статистикой не подкрепляются. Таким образом, положение складывается парадоксальное: то, что мы называем семьей, браком, чему стремимся оказывать законодательную, медицинскую и психологическую помощь, сплошь и рядом оказывается чем-то куда более экзотичным.

При научном и общественном обсуждении проблем современной семьи сложилось, как мне представляется, две основные позиции. Сторонники первой из них — назовем их консерваторами от фамилиаристики (мой неологизм для обозначения семейной тематики) — считают, что семьей в культурном, а не только юридическом смысле, следует считать только участников брака традиционного типа: мужа и жену, они же родители; их детей, а то и внуков; прочих родственников и свойственников, которые проживают с ними и, как говорится в законе, ведут совместное хозяйство. От такого усредненного и общепонятного представления о семье нам никуда не деться. Но уточнить, конкретизировать его ученым и практикам давно пора.

Разумеется, консерваторы в семейных вопросах не могут отрицать, что такого рода полных и благополучных семей становится всё меньше, и со временем они станут явным меньшинством по сравнению с неполными и альтернативными семьями. Однако эта пропорция не отменяет в их глазах исходного тезиса: семейная норма предполагает полноценный брак, зарегистрированный государством, а то и освященный церковью. Всё

¹ См. подробнее, но и компактнее всего в кн.: Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. СПб., 1998.

остальное — неизбежные с развитием любой цивилизации «мутации» этой нормы, с которыми мы будем, как сможем, бороться.

Другую сторону в оценке семейных явлений представляют, как водится, либералы. Они предлагают не спорить о понятиях, а признать закономерную вариативность семьи, которая была всегда очень и очень разной, а сегодня только не стесняется больше демонстрировать свою экзотичность. С этой точки зрения, вполне полноценен и даже в чем-то превосходит гражданский брак, в котором присутствуют все атрибуты моногамной межпоколенной семьи, кроме штампа в паспорте, — деторождение, воспитание, совместное ведение хозяйства, интимно-эротическая удовлетворенность, общение нескольких поколений дедов и сватьев; и т.д.

Часть либерально настроенных аналитиков признает некоторую прогрессивность также за менее очевидными вариантами семейственности. Такими, в первую очередь, как неполные семьи (как правило, матери-одиночки с ребенком; бабушки с внуками; но не только); полные семьи, но созданные повторно — после разводов одного или обоих партнеров, становящихся, соответственно, мачехами или отчимами; вплоть до однополых браков, тем не менее обзаводящихся сплошь и рядом квазидетьми и квазивнуками.

Я бы отнес сюда, в необычную нишу фамилиарности, и семьи с приемными детьми. Эти по сути коммуны семейного типа сегодня всячески поощряются государством как одна из панацей от демографического спада, эффективная мера по борьбе с сиротством. Однако пока нет серьезных социологических исследований результатов воспитания в такого рода «детском доме на дому». Мало кто ставит вопрос о том, а нужно ли нам любой ценой повышать рождаемость и понижать смертность населения? Будут ли успешны в жизни и счастливы дети, которых у отца с матерью не два-три, а двадцать-тридцать? Как известно, воспитание ребенка — штучное дело. А общение сына или дочери с родителями на протяжении всей их жизни — проблема еще более грандиозная. Особой духовной, да и материальной культуры в огромных семьях я не вижу. Чтобы почитать каждому ребенку «на сон грядущий», поиграть с ним, взять на прогулку и т.п., требуется много времени и душевных сил. А в расширенных искусственно семьях эти силы уходят без остатка на обеспечение первичных физических потребностей, и только. Мне кажется, в таком случае все проблемы детского приюта по сравнению с родной семьей остаются, только маскируются до поры, до времени для парадных репортажей.

Если захотеть, то кроме консерваторов и либералов, при обсуждении семейных проблем можно услышать и голоса радикалов. Те предлагают узаконить, то ли юридически, но ли на уровне общественного мнения экзотические формы семейных отношений. При такой постановке вопроса обычно вспоминают однополые «браки» гомосексуалистов. Такие уже не редкость в Западной Европе и в США; они же на практике, без афиширования существуют и в России. Как-никак, доля лиц с

нетрадиционной сексуальной ориентацией на всей Земле по данным ООН достигает 11 %. То есть каждому десятому нашему согражданину, которому противопоказана интимность с представителями другого пола, приходится как-то решать семейную проблему: то ли ломая свою природу и заключая традиционный гетеросексуальный брак, то ли бросая вызов общественному мнению и сожительствуя с существом одного пола. Нередко оба варианта сочетаются, за примерами чего далеко ходить не надо: практически в каждом вузе есть преподаватели-гомосексуалисты, многие из которых помимо искренних любовников одного с ними пола имеют «правильных» брачных партнеров. В любом случае гомосексуального союза содержится трагедийный момент, по крайней мере, в связи с реакцией окружающего гетерогенного большинства.

Но куда более частотны по сравнению с геями да лесбиянками в принципе гетеросексуальные отношения мужчин и женщин, но такие, когда в семейных отношениях партнеров больше обычной нормы. Я бы признал массовым вариант, когда у мужчины не одна семья, а две. Таких случаев сейчас не меньше, чем строго моногамных семей, а, пожалуй, и больше. Тут есть свои варианты, в свою очередь довольно типичные и массовые. Вторая женщина может быть «просто» сексуальным партнером («любовница»), а может быть по сути второй женой. На какой-то период, а то и пожизненно. При этом даже не обязательно рождение ребенка вне брака, хотя и такое происходит сейчас всё чаще. Во второй семье мужчина может проводить время сопоставимое по объему с тем, что он находится в семье исходной. А главное, эмоциональные привязанности во второй семье, как правило, качественно превышают те, что выхолены в первой ².

Дубликатные семьи ждут разные участи. Они могут остаться пожизненными для своих участников — как у В.И. Ленина (с Н. Крупской и И. Арманд), Б.Л. Пастернака (с З. Нейгауз и О. Ивинской) и массы других знаменитостей); могут закончиться разводом в первой семье или (и) разрывом во второй.

Очертив большинство известных вариантов семейных отношений, стоит подчеркнуть, что подобная пестрота существовала всегда. Только в

² Об этом замечательное стихотворение Б.А. Слуцкого «Ключ»: «У меня была комната с отдельным ходом. / Я был холост и жил один. / Всякий раз, как была охота, / в эту комнату знакомых водил. / Мои товарищи жили с тещами / и с женами, похожими на этих тещ, — / слишком толстыми, слишком тощими, / усталыми, привычными, как дождь. / Каждый год старея на год, / рожая детей (сыновей, дочерей), / жены становились символами тягот, / статуями нехваток и очередей. / Мои товарищи любили жен. / Они вопрошали все чаще и чаще: / Чего ты не женишься? Эх ты, пижон! / Что ты понимаешь в семейном счастье? / Мои товарищи не любили жен. / Им нравились девушки с молодыми руками, с глазами, / в которые, раз погружен, падаешь, падаешь, словно камень. / А я был брезглив (вы, конечно, помните), / но глупых вопросов не задавал. / Я просто давал им ключ от комнаты. / Они просили, а я — давал».

прошлом, более или менее отдаленном, пропорция традиционного и необычного в семейных отношениях могла быть не такой контрастной. Да и по идеологическим причинам все нетрадиционное в этой сфере загонялось в глубокое подполье. В условиях же постиндустриальной демократизации, феминизации тайное всё чаще становится явным и поле для экспериментов в отношениях полов расширяется.

Социологическое рассмотрение процессов гетерогенизация современной семьи стоит дополнить комментариями философскими, то есть в данном случае этическими, эстетическими и психологическими. Из всех возможных векторов семейных отношений базовыми являются отношения супругов. Варианты их любви, перерастающие в биографической норме в варианты дружбы или на худой конец ровной отчужденности ³. К сожалению, надо признать, что и этот идеал во все времена оставался редким исключением из правила той или иной деформации внутрисемейных отношений. Тут как в медицине: физиологическая норма здоровья одна и та же, а вот вариантов патологии не счесть. Проблемы в семье почти неизбежно возникают на всех поколенческих уровнях:

- поженившиеся дети не ладят с родителями одного из них или же обоих; в результате общение бабушек/дедушек с внуками/внучками осложнено;
- кто-то из супругов не любит другого; или недолгоблivelyт, так сказать, терпит; в итоге неизбежно пострадают дети, да и их родители, хотя и по-разному;
- кто-то из супругов навязывает свой стиль отношений в семье, не считаясь с желаниями и привычками партнера; всю семью будет лихорадить;
- кто-то из супругов изменяет, заводит периодические или постоянные отношения с новым партнером; угроза появления второй семьи принесет негативные эмоции всем без исключения участникам усложненного союза;
- развод, юридический или же фактический, маячит перед большинством «нормальных» семейств; распад первой семьи нанесет психологический удар всем ее участникам; причем самый болезненный, понятно, детям от этого брака;
- имитация семейных отношений в ситуации, когда по всем показателям выходом видится развод, но его по малодушие кого-то из партнеров не происходит, приносит несколько иные, но в свою очередь негативные переживания участникам семейной драмы.

Хотя семейные проблемы имеют общечеловеческий и всемирный характер, их безусловно обостряют кризисы экономические, социальные. Гигантский контраст между богатыми и бедными, столицей и провинцией в современной России блокирует все меры властей по укреплению института

³ Из недавнего интервью актрисы Кейт Бланшетт: «Когда вы живете вместе с кем-то, то проходите несколько различных периодов: любовники, друзья, враги, коллеги, посторонние. Это и есть интимность. Брак это большой риск. И еще это приключение, которое продлится столько времени, насколько у вас хватит терпения».

семьи, повышению рождаемости и т.п. Скромный материнский «капитал» на фоне сверхдоходов чиновников, олигархов, криминалитета помогает мало. Детская смертность, материнская заболеваемость, алкоголизация родителей снижаются медленно. На все эти проблемы, присущие «развивающимся» странам, накладываются общемировые тенденции снижения рождаемости, гедонизации отношений полов даже в самых преуспевающих регионах Земли.

Я скептически отношусь к возможностям посторонней психологической помощи при любых семейных проблемах. «Уговорить» человека на тот или иной вариант продолжения своей судьбы можно только в том случае, если знаешь, какой из них лучше. А тут как в знаменитом романе Я. Гашека о бравом солдате Швейке: там в одном из эпизодов старые девы ведут курсы по уходу за новорожденными... Так и наши психологи (чаще — «психологини») пытаются внушить взрослым людям, «что такое хорошо, а что такое плохо» в семье. А этого никто никогда не знал. Мудрые скептики предупреждали: как ни поступи, пожалеешь. Только по разным поводам. Если вступишь в брак, или если останешься холостяком. Если разведешься, или если не останешься с нелюбимым партнером. Если родишь одного-единственного ребенка, или если нескольких (кто-то из них может стать любимым для какого-то из родителей, а кто-то нет). Если будешь помогать ребенку всю жизнь, или если предоставишь ему самостоятельность после совершеннолетия. Если дети останутся жить с родителями, или если дети уедут устраивать свои жизни куда подальше. Сиротам явно тяжело, а каково детям истеричной некультурной родной матери? Уходить от алкоголика мужа, или терпеть его образ жизни, чтобы у детей был отец? И т.д., и т.п.

При всех этих и множестве прочих коллизий из семейной сферы больше подошел бы психоанализ, чем примитивная психотерапия, которая сводится к набору трюизмов, пропаганде ханжества, лицемерия. Свободная личность должна сама решать свои экзистенциальные проблемы, начиная с семейных. Никто ее на жизненных перепутьях не заменит. Счастье в семье никому не гарантировано, как, впрочем, нет и фатальности краха семейных отношений. Как и во всей остальной жизни, здесь большинству из нас приходится довольствоваться неким компромиссом между добром и злом. Их пропорция в семейных отношениях обычно меняется вместе с их стажем в ту или иную сторону.

Автор этих строк родился и вырос в полной семье — с любящими друг друга родителями, которые пережили удивительные испытания на протяжении 1930-х — 1950-х гг., но преодолели эти весьма драматические коллизии и воспитали троих детей, которые нашли себе достойные профессии и создали свои семьи.

СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ И МАТЕРЕЙ

Щукина Е.Г.

**Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск,
Россия**

Развитие в системе мать-дитя проходят под воздействием последовательно возникающих гестационной, родовой и лактационной доминант (Батуев А.С., Соколова Л.В., 1994).

Соответственно психологическое состояние матери во время беременности влияет на развитие ребенка в ее утробе, на сами роды и послеродовые взаимодействия. Д. Пайнз (1997) подчеркивает, что на новые объектные отношения, развивающиеся после рождения, влияют переживания матери во время беременности и родов. В целом беременность – это не болезнь (несмотря на то, что женщины во время, например, родов поступают в стационар и являются пациентками), считается нормальным кризисом развития женщины, определенным ее жизненным циклом, но окрашенным особыми психологическими и соматическими изменениями, а также зарождением новых отношений «мать-дитя». Часто беременность сравнивают с кризисом, т.к. по Л.С.Выготскому кризис – это распад старой и возникновение новой социальной ситуации развития, ведущие к возникновению психологических новообразований внутри системы.

Представители психоанализа доказывают, что беременность, как точка кризиса, оживляет конфликты и тревоги, сформировавшиеся на предшествующих стадиях развития женщины. В этот период отмечают проявление психологической дезадаптации. Марфина Н.А. (1997) выявила при позднем токсикозе беременных у 25,9 % невротические нарушения в виде депрессии, деперсонализаций, фобий, навязчивых состояний. К.Д. Бледин и Б. Брайс (1983) отметили, что частота пограничных нервно-психических нарушений в период беременности колеблется от 7 до 22 %, А.А.Северный и др. (1995) выявили у 45 % беременных психические нарушения различной степени тяжести, требующие принятия психотропных препаратов.

Особенно болезненной становится ситуация, когда желание стать матерью связано с осложнением беременности, с угрозой для здоровья будущего ребенка или собственному здоровью женщины. Кочнева М.А. (1992) считает, что женщины с осложненным течением беременности имеют особый психический статус, соответственно высказывается мнение рассматривать патологию беременности как психологический или психосоматический синдром.

Беременность влияет на самосознание женщины, настраивает ее на ожидание конкретного ребенка. Физические изменения в теле беременной влекут эмоциональные реакции по отношению к ребенку, благодаря жизни плода внутри женщины у нее появляется новый сенсорный опыт,

позволяющий признать того, кто внутри ее утробы – отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью (Брутман В.И., Родионова М.С., 1997).

Нет единства мнений о формировании привязанности матери и новорожденного. Так Field R. (1979) считает, что на будущее развитие ребенка не влияет развитие ранней привязанности матери и новорожденного, в то же время Лакеркранц Х. и Слоткин Т. (1986) считают, что выброс катехоламинов, провоцирующий родовой стресс, способствует развитию привязанности матери и новорожденного.

Действительно, начиная с 80-х годов прошлого века ученые усматривают прямую связь между поведением матери во время беременности, ее эмоциональными реакциями на жизненные ситуации, родовым стрессом, что вместе взятое является причиной таких послеродовых состояний как неврозы, тревожные состояния, отставание в умственном развитии (Безрукова О.Н., Самойлова Е.А., 1999; Norwood Ch., 1980).

Сергиенко Е.А. (2004) высказывается о возможности первых шагов познания мира человеком, происходящих еще в пренатальном периоде, подчеркивая опережающее развитие правого полушария в раннем онтогенезе человека, И невозможно не согласиться с выводом А.С.Батуева (2000), что в генетических программах мозга закодировано опережающее отражение действительности, «существует строго научное биологическое основание для формирования зарождающейся психики в период внутриутробного развития плода». Влияние гормонов, выделяемых материнским организмом (гормоны стресса – катехоламины, вырабатываемые надпочечниками матери, эндорфины – гормоны радости, вырабатываемые гипоталамическими структурами) влияют на плод, проникая через плацентарный барьер. Таким образом, мать и дитя – это единый нейрогуморальный организм, в котором они в равной степени страдают от неблагоприятного влияния внешнего мира. Именно это влияние записывается в долговременной памяти и оказывает воздействие на всю последующую жизнь ребенка (Батуев А.С., Соколова Л.В., 1994).

В связи с вышесказанным понятно, что психологический компонент гестационной доминанты (Добряков И.В., 2005) играет важную роль в формировании материнского отношения к ребенку с момента беременности. Понятие гестационной доминанты сформировалось на основе учения А.А. Ухтомского о доминанте, И.А. Аршавским было предложено понятие “гестационной доминанты” (1967г.), отражающее особенности протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма будущей матери на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Под влиянием факторов внешней и внутренней среды формируется стойкий очаг возбуждения в ЦНС, который обладает повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности, и оказывает тормозящее влияние на другие нервные центры. Добряковым И.В. выделено 5 поведенческих стереотипов

женщины в период ожидания ребенка, которые он назвал психологическими компонентами гестационной доминанты (ПКГД – оптимальный, гипогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный).

Цель данной работы – сравнить частоту встречаемости оптимального компонента гестационной доминанты у разных групп женщин.

Для этого мы обследовали матерей детей, находящихся под патронажем на первом году жизни: матери, родившие здорового младенца ($n=202$); матери, родившие младенца с проблемами здоровья ($n=76$). Также женщины с физиологической беременностью ($n=234$) и женщины с патологической беременностью ($n=65$).

Кроме того, через собеседование и заполнение анкет и тестов группы женщин были поделены на тех, кто считает свой брак благополучным ($n=100$), неблагополучным ($n=90$), и кто затрудняется четко определить благополучность брака ($n=385$).

Также мы проанализировали наличие оптимального компонента гестационной доминанты у женщины с опытом материнства ($n=51$) и без опыта материнства ($n=53$).

Количество матерей здоровых новорожденных с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты достоверно больше, чем среди матерей, родивших больных детей ($p<0,003$). Среди эмоционально устойчивых матерей здоровых новорожденных достоверно больше с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты, чем среди эмоционально неустойчивых матерей здоровых новорожденных ($p<0,001$). Как известно, оптимальный или адекватный тип наблюдается у женщин с быстрой идентификацией беременности без длительных эпизодов тревоги. Такая женщина думает больше о том, как себя вести, чтобы ребенку было хорошо. Она готова к жертвенной материнской любви. Супружеские отношения зрелые, гармоничные. Женщина продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием занимается в школе подготовки к родам и материнству. Оптимальный тип ПКГД способствует формированию гармоничного типа семейного воспитания ребенка.

Среди беременных с физиологической беременностью достоверно больше женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты, чем среди женщин с патологической беременностью ($p<0,004$).

В группе эмоционально неустойчивых матерей выявлена достоверность различий по эйфорическому типу с беременными обеих групп и эмоционально устойчивыми матерями. Среди эмоционально неустойчивых матерей встречаются такие, кто обладает истерическими чертами личности. Они преувеличивают трудности, требуют повышенного внимания к себе и своему ребенку, что является поводом для конфликтных ситуаций с медперсоналом.

Таким образом, для матерей здорового ребенка и беременных с физиологической беременностью достоверно выше наличие оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты.

Среди женщин, относящих свой брак к благополучному, большее количество женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты, чем среди женщин, не определившим уровень своего благополучия ($p < 0,03$) и женщин, определившим свой брак как неблагополучный ($p < 0,05$). На психоэмоциональное состояние беременных женщин влияют многие факторы. Но нельзя не согласиться с А.Э. Перчаевой (1997), что одним из таких является удовлетворенность брачными отношениями, так как у женщины, например, на фоне семейного конфликта выявляется двойственное чувство: своеобразный открытый протест вынашиванию беременности, родов, рождения ребенка и одновременно желание быть матерью). Полученные результаты свидетельствуют, что у женщин, удовлетворенных браком, присутствует ощущение психоэмоционального благополучия, психического спокойствия, ощущении силы и энергии. Для женщин второй группы свойственно негативное влияние брачного неблагополучия на психические составляющие, склонность к психическому беспокойству, опасениям, удрученности. Таким образом, у беременных женщин, удовлетворенных браком, наблюдается позитивный настрой, что может свидетельствовать о безусловном принятии решения вынашивать ребенка, адаптации к новой роли.

Женщины, считающие свой брак «неблагополучным» достоверно более ярко и радостно переживали беременность, возлагая на рождение ребенка много нереальных надежд и желаний, что способствовало тенденции к наличию эйфорического ПКГД. Как известно, эйфорический тип отмечается у женщин с истерическими чертами личности или у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания аггравировются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперопека, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания. Также у женщин, неудовлетворенных браком, наблюдается преобладание демобилизующих компонентов – психическое беспокойство, страх, подавленность, тоскливость, что может быть результатом влияния не только психофизиологических процессов в организме в период беременности, но и низким уровнем эмоциональной поддержки партнера в браке, дистанцированностью друг от друга в семейных связях.

Среди эмоционально устойчивых женщин с опытом материнства больше с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты, чем среди эмоционально неустойчивых ($p < 0,001$).

Таким образом, оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты способствует вынашиванию здорового плода, впоследствии рождению здорового ребенка, ощущению благополучия в браке, формирует эмоциональную устойчивость женщин независимо от опыта материнства. Кроме того, оптимальный тип настраивает женщину на принятие ребенка независимо от его состояния здоровья, что важно для формирования диады «мать-дитя» и позитивного психологического климата в семье.

Библиография.

1. Батуев А.С. Возникновение психики в дородовый период: краткий обзор современных исследований /А.С. Батуев// Психологический журнал, 2000, т.21, №6, с.51-56.
2. Батуев А.С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» /А.С. Батуев, Л.В.Соколова //Вестник СПбГУ. Сер. 3, 1994. Вып. 2. № 10. С. 85 – 102.
3. Безрукова О.Н. Влияние социопсихологических факторов риска на репродуктивное здоровье женщины/О.Н. Безрукова, Е.А. Самойлова// Психофизиология матери и ребенка. Нервная система. СПб., 1999. Вып. 33. С. 9-27.
- 4.Бледин К.Д. Психические состояния во время беременности и в послеродовом периоде и их значение для послеродовой стерилизации: обзор/ К.Д. Бледин, Б. Брайс// Бюллетень ВОЗ. 1983. т.61. №3.
- 5.Брутман В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности/В.И. Брутман, М.С. Радионова// Вопр. психол. 1997. № 6,с.38
- 6.Выготский Л.С. Проблема возраста/Л.С. Выготский// Собр.соч. в 6 т. Т.4. М., 1984, с. 244-268.
- 7.Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты/ И.В. Добряков//Хрестоматия по перинатальной психологии.- М., 2005.- с. 93-102.
- 8.Кочнева М.А. Особенности и роль психических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов. Автореф. Дисс...канд. мед. наук. М., 1992.
- 9.Лакеркранц Х. Стресс при рождении/ Х. Лакеркранц, Т. Слоткин// В мире науки. 1986. № 6. С. 62-72.
10. Марфина Н.А. Соматопсихологические и психосоматические соотношения при позднем токсикозе с гипертензивными нарушениями у беременных: Автореф.дисс...канд. мед. наук. Уфа, 1997.
11. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб., 1997, 195 с.
12. Северный А.А. Психосоматические аспекты беременности/А.А. Северный, Т.А. Баландина, К.В. Солоед, Р.И. Шалина//Соц. и клин. психиатрия. 1995. №4.
- 13.Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека/ Е.А. Сергиенко/ М., 2004., 477 с.

14. Field R. (1979) Цит. по Г. Крайг //Психология развития. СПб.: Питер, 2000.
15. Norwood Ch., Norwood Ch. A Highest Risk: Environmental Hazards to Young and Unborn Children. N. Y.: McGraw-Hill, 1980.

СПОСОБНОСТЬ САМОСТИ К САМОИСЦЕЛЕНИЮ. (ОТ ТЕОРИИ САМОСТИ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ). ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ . КОНЦЕПЦИЯ ИНСТИТУТА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Фрошмайер Э.

**Институт повышения квалификации в области детской и подростковой психологии, консультирования и психотерапии родителей,
г. Вена, Австрия**

Самость - специальный конструкт, понятие связанное с тем как человек научается вступать в отношения, и как он в них живет. Как человек вступает в отношения с миром и с другим человеком.

Мое мнение по вопросу « самоисцеление в детской психотерапии» сформировал опыт личного самопознания в индивидуальной психотерапии, процесс изменения, пережитый мной в психотерапии, психотерапевтическое сопровождение сильно нарушенных, психически нуждающихся детей с неудовлетворенными потребностями, поддержка родителей этих детей, а также работа с подростками.

Работая в этих областях, я видела как ребенок и связанные с ним взрослые попеременно влияют друг на друга, и что обеим сторонам нужна поддержка в случае нарушений в психосоциальном развитии.

«Рост включает в себя процесс постоянно усиливающегося отчленения самости от окружающего мира и обратное включение в мир в процессе попеременного двухстороннего обмена. Развитие осуществляется в контакте, с помощью которого самость расширяет свои границы, достигая нового понимания себя и мира.» (Mullen, 1990).

Работа детского психотерапевта, постоянное чередование уровня взрослого и уровня ребенка (мы пользуемся метафорой лифта, который останавливается то на одном то на другом этаже), задействует в огромной степени способности терапевта к творческому приспособлению и установлению отношений с пациентом. Я пытаюсь находить теоретический научный базис для того, что происходит в моей практике, этому посвящена также моя совместно с моими коллегами работа обучающего психотерапевта в институте повышения квалификации в области детской и подростковой психотерапии.

Переход от теории самости к практическому ее приложению - терапии самости - занимает меня со времени первого воркшопа Д.Стерна на первом мировом конгрессе по психотерапии. Я буду рада если Вам удастся как это удалось мне расширить границы своей самости в контакте с этой темой.

Поэтому я начну с опыта и опишу сцену встречи из 3-летней терапии десятилетней девочки по имени Роми. Я буду описывать процесс в понятиях теории самости и буду использовать теоретические знания в постановке диагноза и для описания процесса терапии.

Диагноз и процесс терапии я буду рассматривать в связи со способностью ощущать себя, сопричастностью, возникновением моделей

осуществления отношений и способностью к привязанности на основе соответствующих теоретических знаний об этих процессах.

Итак, приступим к описанию **сцены Встречи** между мной и Роми в нашем трехлетнем периоде общения. Причиной, по которой ее привела мама, было социально-неприемлемое поведение: в школе она мучила учеников, дома - своего кота, она проявляла сексуализированное поведение и была подвержена частым несчастным случаям.

Мы установили четко структурированный сеттинг: раз в неделю один час, в течение которого действовали ясные правила и ритуалы, связанные с приветствием, и прощанием, в атмосфере открытости, тепла и принятия. Роми - темноволосая, маленькая, бледная, худенькая, подвижная, беспокойная, любопытная, однако очень осторожная и сохраняющая дистанцию. Мостик доверия между нами по началу очень тонок. В очередной раз она строит себе дом, ее «защищенное место», в котором она и ее плюшевый кот **«могут быть»**, и откуда появляются желания, которые я, по возможности выполняю.

Дома у нее тоже есть кот - надежный приятель, любимое и ненавидимое существо, свидетель надежд, желаний, тоски, одним словом - самое доверенное лицо.

Я всячески помогаю при строительстве, а также приношу к дому съедобные и питьевые припасы (непрямая забота). Ее нужно защищать от прямого контакта. Я устанавливаю контакт только с помощью голоса. Контакт глазами для нее слишком угрожающ. Она боится контроля. Я беру себе мою Йоханну(кукла на руку) и мы разговариваем о том, как лучше защитить Роми. Я работаю в режиме феноменологического восприятия, здесь-и-теперь и ощущаю какой резонанс вызывает во мне происходящее, я внимательна и уважительна в отношении границ Роми. Тревога Роми в защищенной атмосфере дома снижается, она хочет покоя и становится все спокойнее. После периода покоя (день для нее был суетливый и хлопотный) она спрашивает у Йоханы разрешения погулять с котом на поводке. Йохана чувствует себя польщенной и охотно разрешает. Я комментирую прогулку, воспроизводя в роли Йоханны образец отношений между Роми и ее животным, разделяя ее эмоциональное состояние.

Откликаясь на происходящее (эмоциональный резонанс терапевта) я чувствую себя одинокой, злой и грустной, к тому же должна следить за котом. Роми слушает внимательно, и время от времени мне удается прямой контакт с ней. Она рассказывает, что в школе ее опять пересадили, теперь она сидит одна, и что она бы этого не хотела. Я отвечаю, что услышала ее желание и поговорю о ситуации с мамой и с учительницей. Тут Йоханна предлагает удлинить коту поводок, чтобы у него было больше свободы. В заключение я прошу ее нарисовать к следующему разу ее кота и принести с собой. Она охотно соглашается. К следующей встрече я готовлю для нас книжку «Отвратительно толстый броненосец». В этой книге папа рассказывает сыну и сидящему рядом коту историю о том, какая несчастная

жизнь у зверя броненосца, потому что он всегда остается в стороне и как он мечтает о друге.

Следующая сессия. Роми приходит с изображением кота, я достаю свою книгу, мы кладем их рядом и тут Роми радостно констатирует: «Да они похожи!» Я подтверждаю обнаруженное ею сходство, мы радуемся такому совпадению, и она хочет услышать историю. В последующие сессии она непременно хочет услышать эту историю снова и снова. Ко мне она обращается теперь на «ты», и это так и остается. Новый образец контакта и новые отношения раскрепощают ее. Теперь она обращается ко мне напрямую, мы можем делать что-то вместе, становится возможен контакт глазами. Что же произошло в Какие изменения совершились в области ощущения себя, сопричастности и образцов отношений?

В атмосфере ясности, уверенности, хорошего настроения я принимала Роми, такой как она есть, ее so-sein (просто так бытие), ее границы, ее защиты, ее потребности и желания. Я ее увидела, почувствовала, поняла и ей ответила. У меня возникло отношение к ней, я восприняла ее базовый аффективный настрой настроение, представляющий страх, злость и печаль и разделила с ней это состояние. Аффективная настройка друг на друга необходима для коммуникации - я «забираю» ее оттуда, где она находится в данный момент.

Роми могла испытать доверие, благодаря тому, что почувствовала себя воспринятой, увиденной, услышанной, понятой и могла ощущать свои границы. Стало возможным «быть друг с другом» и «быть отдельно друг от друга», что в свою очередь является предпосылкой для контакта, близких отношений и возникновения интимности. В наших синхронных переживаниях мы испытали момент подлинной встречи «момент Сейчас» («now-moment» по Даниелю Штерну), определяющий изменение контакта и отношений. Изменился также базовый аффективный настрой: от страха и злости к радости и интересу. Благодаря этому в отношении к реальности стала возможной открытость и большее ощущение силы. Цель терапии Роми - саморегуляция и самореализация в ее жизненном мире. Позитивные опыты становятся внутренними и интегрируются. Подойдя к отношениям творчески, мы получили новый гештальт который является большим, чем сумма составляющих его частей, результатом творческого действия. Экзистенциальный, исцеляющий момент встречи делает возможным ощущение «я понят, меня понимают и я понимаю», чувство включенности, соучастия меня и во мне, моей подтвержденности моего бытия. В такие моменты замыкается круг очень ранних потребностей и возникают чувства, относящиеся к ядру (центру) самости: от «прихода в бытие» к «бытию».

«Мы состоит из ты и я. Это постоянно изменяющаяся граница, на которой встречаются два человека, и если мы там встречаемся, то я изменяюсь и ты изменяешься». (Мартин Бубер, 1983)

Теоретическое обоснование и модели для понимания и интеграции практического опыта.

Самость, Я, Идентичность являются теоретическими конструктами. Они служат тому, чтобы представить развитие личности и ее структур.

В детской психотерапии мы имеем особенную ситуацию, связанную с тем, что шансы на рост, развитие и исцеление самости, я, идентичности осуществляются только в обмене со внутренним миром близких людей и в их специфическом окружении. Это значит, что детский терапевт работает, обеспечивая защиту и поддержку ребенка в трех сферах: взрослые окружение сам ребенок. Он устанавливает связи между ними и предлагает интеграционные модели взаимодействия.

То, как ребенок сохраняет и защищает свою самость, как он устанавливает или избегает контакт, показывает возможные пути роста в терапевтическом процессе (потенциал самоисцеления). То, как взрослые в достаточной мере или напротив слишком мало защищают поддерживают, понимают, подбадривают, вдохновляют и ведут своих детей, указывает на их ресурсы, а также на их собственные внутренние конфликты, дефициты, нарушения или травмы. «Самость можно рассматривать как границу организма, но она не изолирует от окружения, а обеспечивает с ним контакт». (Perls, стр. 161)

Сильная самость появляется в том случае, если в раннем развитии ребенка его потребности удовлетворялись в достаточной мере. Тогда во время возрастных кризисов, а также кризисов идентичности личность может обратиться к своему глубинному стабильному ядру и найти в нем опору и силы.

Психотерапия предлагает возможности дополнительной социализации (постсоциализации) и дополняющего родительства, в случае если самость ребенка (или родителей) проявляет себя экзистенциально неуверенно и обнаруживает ранние дефициты.

«В центре подлинной самости переживается непрерывность собственного быть, переживание: я-есть. Лишь это делает возможным на свой лад и в своем темпе обретение индивидуальной душевной реальности и собственных внутренних пространств.» (Винникот, 1984)

Злоупотребление родительской властью в отношении детей угрожает уничтожением этим внутренним пространствам, вынуждает ребенка к реагированию и прерывает тем самым его контакт с собой и непрерывность его «быть» «я-есть».

Переживание «я-есть» в ходе терапии делает возможным развитие различных сфер самости.

Нарушение приспособления окружения к ранним потребностям ребенка может привести к образованию ложной самости. Со временем выстраивается ложная система отношений, цель которой - защитить подлинную самость и сохранить необходимые ему отношения (зависимость ребенка от его окружения).

«Когда личность находится в контакте со своими страхами, желаниями и побуждающими к действиям импульсами, и находит им

подходящее выражение, не отказываясь от них и не блокируя их, возникает контакт с самостью»(Доротея Рам, 1993).

Я является действующим органом самости, функцией которого является упорядочивание мира, сознание, контакт и функции: восприятия, памяти, действия и интеграции осуществляются через Я(Петцольд,1982). Инстанциями Я являются также Сверх-Я и Оно. Когда требования сверх-Я препятствуют удовлетворению потребностей Оно , то Я развивает стратегии совладания и защитные механизмы. Опыт того, что «я-есть»(переживаемые, например, в игре или в творческом самовыражении)

Идентичность - это чувство, что я есть и воспринимаю себя таким, каким себя вижу и каким видят меня другие. «Идентичность - центральная функция Я и сильнейшая стабилизирующая человека сила» (Петцольд,1974).

Идентичность и идеальное Я - основа самооценности. Тяжелые расстройства личности проявляют себя в дефицитах самости, слабом Я, и хаотичном чувстве идентичности. Процессы образования Я и идентичности в работе с детьми и подростками мы ориентируем соотносим со ступенями физического, эмоционального и когнитивного развития. Для процессов эмоционального научения в детском возрасте Эрик Эриксон(1950) установил следующие полярности в ходе развития, помогающие ориентироваться в диагнозе и терапевтическом процессе:

1) Доверие - Недоверие

Я - то, что мне дают

2) Автономия - Стыд и сомнение

Я-то, что я хочу

3) Инициатива - Вина

Я - тот, кем я могу себя представить

4) Продуктивность - Чувство неполноценности

Я - то, чему я учусь

По Петцольду(1976) личность с сильным чувством самооценности обладает внутренним суверенитетом, это значит, что она в состоянии сделать внутренним достоянием опыт отношений со значимым другим, а также опыт собственных достижений и компетентности. В дальнейшем она владеет способностями к отношениям и привязанности. Она может устанавливать свои личные и общие ценности, реализовать их в надежных отношениях, основанных на доверии, при доверии (яет) себе, доверие к миру.

Опыт первых лет жизни создает чувство себя ощущения своей самости и образец отношений, которые в существенных чертах сохраняются на всю жизнь. Они могут оказаться основой психических расстройств, могут измениться или расшириться в течение жизни.

В ходе терапии возможность «быть» в присутствии другого (переживание Я-есть) освобождает потенциал самоисцеления и позволяет развиваться новым моделям саморегуляции. Развитие чувства себя («быть»,ощущения своей самости), возможностей самости, образцов отношений и способности к привязанности - процесс, длящийся всю жизнь.

Однако развитие ребенка возможно только на основе отношений: только когда мать относится к ребенку, то есть переживает свое отношение к нему, он сможет развиваться в своей самости. В соответствии с данными последних исследований младенческого возраста (Стрен 1992) младенец с рождения является интерсубъективным существом, способным приспособливаться; компетентным, рефлексивным индивидом, активным участником диалога, создающим свой интерперсональный мир. В связи матери и ребенка осуществляется обмен внутренними мирами младенца и матери. Из интерсубъективности «вместе друг с другом» возникает индивидуальное, субъективное пространство душевной жизни.

Возникновение ощущения своей самости.

Ощущение своей самости - уникальная форма организации переживания, возникающая в процессах принятия организации и интеграции опыта. В появлении ощущения своей самости заложены основы социальных переживаний, научение отношениям, в том числе научение отношениям в терапевтическом процессе.

Самые разнообразные ощущения себя присутствуют в жизни одновременно, развитие переживания себя осуществляется качественными скачками. Существует довербальное переживание себя, существующее по ту сторону доступного самоосознанию и речи, однако играющее несущее основную по значению роль в психотерапии.

Области сопричастности (отношений) и области ощущения себя развиваются в постоянном взаимодействии. Процесс перемещается с телесного во внутренние области.

« Ощущение себя является важной субъективной реальностью, феноменом, связанный с тем, как мы переживаем себя в отношениях с другими и организуем интерперсональные процессы.» (Стерн, 1983)

Область возникающей сопричастности (отношений)

Область зарождающихся отношений.

Ощущение возникающей самости.

(От рождения до 2-го месяца жизни)

Начальные процессы организации восприятия , координации восприятия и движения, в появляющемся (возникающем) самости действуют во всех последующих креативных процессах (творческого приспособления). Маленькие эпизоды пережитого опыта перерабатываются, устанавливаются взаимосвязи, строятся ожидания и развивается довербальные представления об опыте отношений. Образуются генерализированные репрезентации интеракций (RIG). RIG сохраняются в памяти эмоционально, сенсорно, в «картинках» и в виде воспоминаний атмосферы и являются результатом накопления и обобщения пережитых эпизодов так, что из отдельных эпизодов возникает обобщенный образ: например, мама, которая утешает. Во взаимодействии с окружением возникают границы самости, ощущение себя и восприятие себя.

Область центральных отношений.

Ощущение центра самости.

« Базовый контакт с миром покоится определяется качествами центра самости» (Даниель Стерн, 1983)

Новорожденному для развития базовых эмоций (аффектов) необходима сенсорная стимуляция. Самость систематизирует: создает системы: иммунных защит, боли -удовольствия, социальную систему, в противном случае возникает хаос. Возникает чувство телесной самости и центра другого. Благодаря телесной близости через прикосновения, контакт глазами, мимику, жесты и нежность следует интеграция связей тела. Способность собственные движения делают возможным непрерывное переживание самости во времени. Образуются структуры кратковременной и долговременной памяти. Из опыта совместного «быть» с другим, регулирующим самость образуются новые генерализированные репрезентации интеракций (RIG) - основы контакта, собственных желаний, чувств, ритмов, интенсивности и непрерывности.

Четыре базовых ощущения характеризуют сложившийся центр самости:

1) авторство -ощущение причины в себе для движений своего тела, желаний, приводящих вызывающих действия и их следствия

2) когерентность - совпадение с самим собой (пространственный фактор), ощущение себя как физического телесного целого с границами и ядром центром. Возможность ощущать свои границы при ориентации в пространстве

3) аффектность - ощущение принадлежности внутренних чувственных состояний, их упорядоченности или соотнесенности, ощущения принадлежности самости аффектов и желаний, активная откликаемость и вызов отклика, связь с людьми и вещами

4) историчность - ощущение длительности, повторения, повторяющихся, но одинаковых событий, непрерывности и постоянности самого себя (самости) во времени

Все эти ощущения являются базисом для создания дифференцированных отношений.

Ребенку необходима защищенность и прежде всего в физически ощущаемой связи и ощутимом присутствии другого для того, чтобы гармонически настроить вегетативную регуляцию и моторику, уметь успокаиваться и поддерживать интерес. Оформляется закрепляется (и обуславливается в нервной системе) центр другого как близкого спутника, относительно которого происходит ориентация в последующей жизни. Лишь после выделения Самости и Другого становится возможным переживание симбиоза и растворения, что является результатом собственной активности. На этом этапе очень велика психическая ранимость ребенка. «Влияние окружения в периоды возникновения базовых качеств самости ведет к тяжелой патологии или к труднее устранимой патологии, в отличие от повреждений более позднего происхождения» (Даниель Стерн, 1983)

Нарушения ядра самости.

Дефициты или повреждения в базовых ощущениях центра вызываются родительской деструктивностью или отвержением ребенка и в последствии проявляют себя в тяжелых психических заболеваниях: чувстве растворения, отсутствия границ, одиночества, напряжения, тревоги - пронизывающих все существо человека. Нарушаются процессы восприятия и интеграции возникающих связей, что может вести к внезапным приступам, блокированием созидательных сил личности. Последующие, повторяющиеся повреждения производят еще более сильное расщепление. Поскольку доступ к ощущениям при интеграции опыта от научения уже нарушен. Более легкие нарушения этого времени ведут к неуверенности в самоощущении, неустойчивости самоощущения и зависимости от поддержки других.

Область интерсубъектной связи.

Ощущение собственной субъектности (субъектная самость).

(с 7-го месяца по 2-ой год жизни)

Возникает чувство внутренней жизни (субъективной реальности) других и эмоциональная реакция на нее. Ребенок может устанавливать взаимосвязи между своими чувствами и чувствами других, возникает интерсубъективность. Она возникает на основе опыта, что тебя поняли, подтвердили твои чувства, намерения и мотивы. Тем самым закладываются основы интерперсонального мира младенца, в котором возможно делиться внутренними состояниями с другим человеком. Возникают новые переживания: «быть с другим», контакт, обмен, - благодаря этому развивается способность физической и психической близости. Переживание связанности объединяется с удовлетворением потребности испытывать уверенность и достижением целей привязанности.

Доречевая готовность воспринимать собственные ощущения является условием, чтобы ребенок мог положиться на другого.

Итак, в это время возникают новые процессы, такие как «делиться», «быть вместе» и новая форма процесса «прийти в движение» (новые стимулы приводят в движение, в том числе и внутреннее). «Достаточно хорошая мать» принимает привязанность ребенка, отвечает ему привязанностью, может отделиться и снова принимать привязанность, показывает интерес к чувствам, намерениям и побуждениям ребенка. Медиатором и предметом коммуникации является передача чувств и их согласование. Диссонансы указывают на то, что другой является «другой персоной». Область самоощущений интерсубъектной связи находится в невербальном пространстве, далеко за пределами сознания. Невербальный уровень является основой межличностных процессов.

Нарушения самоощущений субъектности.

Отсутствие или недостаток эмпатической реакции на потребности и эмоции ребенка вызывает расщепление показываемого поведения и лежащих в его основе намерений, мотивов, аффектов. Ребенок отрицает свой опыт и восприятие, или вынужден притворяться, чтобы соответствовать условиям, в которых родители сохраняют отношения с ним. Как следствие возникают

ощущения непонятости и манипулирования, могут возникать переживания преследования и другие параноидные переживания.

Позже человек может сталкиваться со сложностями в представлении себя и с обретением идентичности. Ограничиваются способности к обучению и к установлению резонанса. Границы остаются неясными и приводят ребенка в невыразимое замешательство.

Можно выделить следующие нарушения эмпатической подстройки между ребенком и родителем:

Отсутствие настройки: ребенок чувствует себя одиноко

Избирательная настройка: родители видят и переживают в ребенке то, что они хотят, не оставляют ему ничего собственного

Ошибочная настройка: например, когда живой, полный сил ребенок, описывается как агрессивный

Не аутентичная настройка: двойные послания, «двойная связь»

Преувеличенная настройка: все реакции родителей на ребенка преувеличены.

Область вербальной связи. Ощущения вербальной самости.

(с 18 месяцев до 4 года жизни)

К этому периоду ребенок «знает», как функционирует его тело и его чувства в контакте с другим, и как протекают доречевые взаимодействия. Теперь он учится сообщать о себе с помощью речи.

Шаги, которыми он должен овладеть: объективирование себя, рефлексия и понимание речи другого. Потребности и чувства могут быть теперь оформлены вербально или символически. Ребенок может теперь свою грусть сделать видимой в символе, ухватить словами и необязательно отреагировать.

Близким ребенка необходимо открыто, просто и ясно выражать свои намерения и то, что они воспринимают. На этой фазе развития ребенок начинает также понимать свою жизнь и ее комментировать, систематизировать и сохранять в памяти; образуется ощущение себя в качестве рассказывающего о себе - нарративная самость. Он начинает понимать значения слов, которые не связаны с конкретной ситуацией, и находить взаимосвязи. Пережитые ситуации реконструируются в игре. Это ведет к установлению отношений с самим собой, восприятию желаний, идей, потребностей своих собственных и другого. Образуется общее поле значений. Речь может внести вызов расщеплению в самости между:

переживанием интересубъективности и

вербальным представлением интересубъективности.

Если происходящее на вербальном уровне вытесняет происходящее на невербальном уровне, возникает отчуждение от самого себя, неуверенность в себе и страх. В обществе, где с одной стороны, речи придается преувеличенное значение, и с другой стороны существует известного рода немота, психотерапия может регулировать соотношение невербальной и вербальной систем взаимодействия, подчеркивая их равную значимость и ценность и отводя им равное место в переживаниях.

В данной фазе образования самости происходит расширение диады мать-ребенок: в согласованные взаимоотношения матери и ребенка может включиться кто-то третий. Чем раньше отец интегрирован в невербальные интимные области отношений матери с ребенком, тем лучше может развиваться триада мать-ребенок-отец. Триада является первым шагом будущего вхождения в социум. Ребенок самостоятельно не может рассказать о своих переживаниях, остается зависим от родителей в том, какие темы будут ему доступны в вербализации. Речь представляет из себя переходный феномен от самости к другому.

Нарушения вербального ощущения самости.

Невербальная сфера, центр самости и субъективная самость живут реальной и интенсивной жизнью. Если близкие взрослые нападают на восприятие и намерения ребенка, игнорируют их или отвергают, то в самости происходит глубокий раскол (расщепление). Чувства, такие как «быть неправильно понятым», «Быть разделенным на части» являются возможными причинами депрессии. Когда одна сфера самости не соответствует другой, целостное переживание нарушается и возникает глубоко идущее чувство обесценивания личного знания, собственного восприятия и собственной интуиции.

При помощи речи возможно манипулировать внутренним миром ребенка, отношениями с ним, речь может способствовать возникновению неконгруэнтности и невротизации.

Потенциал исцеления самости в терапии лежит в установлении прочных, выдерживающих нагрузки отношений, в создании переходных объектов, в чутье, уточнении и назывании чувств и потребностей, в открытии заново фантазии и творчества, в установлении связей между всеми частями самости.

В соответствии с Д.Стерном на протяжении последующей жизни существует одновременность всех областей ощущений самости, все в ходе последующего развития становятся частями нашего опыта и действий.

Аффективные и когнитивные процессы самым тесным образом взаимодействуют. Могут функционировать в интересах целостной личности, или могут обернуться против нее. Ключевой опыт, запечатлевающий формирующий психопатические структуры, лежит в аффективной составляющей переживаний нашей истории самости. Самость крепнет в столкновении с реальностью.

Возникновение способности к привязанности, образов моделей отношений и их репрезентация.

Из генерализованных образов взаимодействия в процессе обмена между ребенком и близким ему человеком образуется своего рода рабочая версия модели регуляции взаимодействий. Имеющиеся в наличии рабочие модели регуляции расширяются в ходе происходящих в терапии интрапсихических и интерперсональных процессов до саморегуляции и становится возможным новый опыт с привязанностью. Д.Стерн говорит о двух видах бытия друг с другом:

1) Самость против другого = первичная разделенность (рядом, но не вместе)

2) Самость в сообществе с другим = первичное быть друг с другом.

Существуют три модуса переживания общности:

«разделять состояние чувства»

«дополнять состояние»

«изменять состояние».

Они возникают и осуществляются благодаря действиям обоих партнеров. Состояние другого можно разделить, установив *созвучие*, например, говоря общим языком, синхронизируя поведение (см. пример, описанный выше с рисунком кота и приготовленной книгой), и придерживаясь равной интенсивности аффекта. Благодаря этому становится возможным преходящее исчезновение растворение границ и размыкание (открытие) границ и осуществление переживания интимности. Единство с «ты» является особым опытом *общности несмотря на границы* и как раз при известных существующих установленных границах. Из этого возникает совместное творчество = творческий синтез! Для способности к привязанности ребенок должен располагать следующим базовым опытом:

есть кто-то близкий, на кого он может полностью положиться на кого-то из окружения,

он не сливается с другими, он является своим (я - не папин и не мамин, я - свой), стабильный образ матери или другого близкого взрослого, и может создать образ «хорошего другого». Последний, даже в отсутствие, дает успокоение, принятие, постоянство и стабилизацию (успокаивает, стабилизирует, обеспечивает переживание принятости, постоянства). В промежутки одиночества у ребенка есть переходные объекты и утешители.

Как наряду со способностью к привязанности создаются ранние паттерны привязанности? Паттерны привязанности укоренены семейной истории в диаде мать-ребенок и развиваются в попеременном воздействии матери и ребенка друг на друга. Субъективные переживания истолковываются и оформляются ребенком.

Образуются две модели регуляции взаимодействия:

а) на основе внутренней рабочей модели - бессознательно, невербально, на основе субъективнопережитой истории семьи и опыта от окружения

б) на основе нарративной рабочей модели (с третьего года жизни) - сознательно, вербально, на основе рассказываемой истории семьи и окружения

Обе модели существуют на протяжении жизни параллельно. При необходимости в психотерапии их можно связать друг с другом или создать и узнать новые модели отношений.

Поведение привязанности самого близкого ребенку человека оказывает прямое и решающее воздействие на привязанность ребенка, начиная со второй половины первого года жизни. Базовой потребностью является потребность во внимании и эмоциональной близости.

Дети со стабильной (прочной) привязанностью в своем желании близости и утешения были замечены, услышаны, поняты, получили ответ, нашли поддержку, помощь и ободрение, поэтому располагают достаточно развитыми возможностями самости и уверенностью, чтобы исследовать мир и решать проблемы.

Если привязанность близкого человека ограничена непроработанными переживаниями, скрываемыми чувствами, то в отношении ребенка это оборачивается суровостью, вмешательством, он переживает амбивалентные чувства, нетерпение, избегание, дезориентацию, неуверенность.

Дети с неуверенной дезорганизованной привязанностью демонстрируют пассивное, боязливое, избегающее поведение и при этом одновременно агрессивны или могут вежливо дистанцироваться или быть чрезмерно послушными.

Если ребенок слишком рано вынужден заботиться о себе и окружающих, возникает неадекватная аффективная связь, навязчивое заботливое поведение, расставание и потери представляют в таких случаях серьезную проблему.

На пути к установлению привязанности ребенок многому учится : ощущать свое тело, пользоваться органами чувств, воспринимать мысли, потребности и чувства и их выражать, их удовлетворять, вступая в контакт с собой и другими и действуя. Из **встреч** возникают **отношения** и **привязанность**.

«Прочная привязанность является важным защитным фактором здоровой личности» (Боулби, 1979).

Заключение.

В процессе саморазвития невербальные переживания исцеляют те чувства, которые возникают в самости на вербальном уровне. (Д. Стерн, 1985). На основе сопричастности и надежных отношений образуется доверие к другим, к себе и к миру. Опыт взаимодействия с хорошим другим становится внутренним. Внутренние состояния разделяются с другим, дополняются и изменяются, самость и функционирование самости усиливается.

Нарушения и дефициты в развитии самости широко распространены и имеют как индивидуальные причины, так и социальные корни. Развитие самости продолжается на протяжении всей жизни от феноменов к структурам

Чем больше мы позволяем тонким ощущениям самости выразиться, быть воспринятыми, войти в контакт с другими, тем больше они могут быть интегрированы в нашу осознанную часть и тем шире наши связи с внутренним и реальным ребенком.

Ребенку необходима наша вера в него, независимо от того, что он делает, наше любопытство и интерес к его личности, отношение достоинства, спокойствия скромности(невзыскательности)

Детям нужны люди, на которых они могут положиться, с которыми могут идентифицироваться, которым они могут противоречить, спорить, идти наперекор, формируя свою идентичность.

Многие вещи, которые нам нужны, могут подождать, но не ребенок.
Сейчас время, когда формируются его кости,
образуется кровь, развивается его разум.
Ему мы не можем сказать: завтра, его имя - сегодня.
Габриэла Мистраль.

Перевод Локтионовой А.В.

СОДЕРЖАНИЕ.

1. Алехин А.Н., Афанасьева Е.Д. АДАПТАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН К МАТЕРИНСТВУ.....	2
2. Антонова Ю.С. СЕМЬЯ КАК ИСТОЧНИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.....	13
3. Афонина Н.Ю. «ЖЕЛТАЯ ТРЕВОГА»: ОТ БИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ К ЗАМЕДЛЕНИЮ ТЕМПОВ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ..	21
4. Балакирева Е.А., Неретина А.Ф., Иващенко О.В., Балакирева А.И. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	29
5. Бардышевская М.К. РАССТРОЙСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ В УРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ.....	36
6. Бежина Х.В. ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТ БЕСПЛОДИЯ.....	45
7. Билецкая М.П., Бурлакова М.И КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ РОДИТЕЛЬСКОЙ ЛЮБВИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ КАК ОСНОВА СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ.....	51
8. Билецкая М.П., Веселова Т.В. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ).....	58
9. Билецкая М.П., Костина В.Ю. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ, И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.....	65
10. Василенко Т.Д., Блюм А.И. НЕЗАВЕРШЕННЫЙ ОПЫТ БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТ) КАК ТРУДНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ.....	75
11. Бобошко И.Е., Епифанова О.С. ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНΙΑ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.....	85

12. Богущевская Ю.В., Новикова В.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛИ У ДЕТЕЙ И БОЛЕВОГО ОПЫТА МАТЕРИ..	93
13. Богущевская Ю.В., Половнева Л.В. НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	96
14. Бурухина А.В. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КАЧЕСТВА КОНТАКТА МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 – 4 МЕСЯЦЕВ.....	99
15. Бурыкина М.Ю. НАУЧЕНИЕ МАТЕРЕЙ РАСПОЗНАВАНИЮ ЛИЧНОСТНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ВНЕШНИМ МОДУСАМ.....	103
16. Василенко Т.Д., Селин А.В. РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В ИЗМЕНЕНИИ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НА ПРИМЕРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	113
17. Вахрина Н.В. СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ ГУМАННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА.....	121
18. Цимприх В. ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ И КООПЕРАТИВНАЯ УЧЕБА КАК МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ.....	127
19. Цимприх В. ИНТЕГРАЦИЯ ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ И ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.....	139
20. Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю. ЕСТЬ ЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ЖИЗНИ НЕРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА?	147
21. Грицай Л.А СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО РОДИТЕЛЬСТВА.....	154
22. Гурович О.В., Пашкова Ю.В., Ситникова В.П., Настаушева А.С. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ.....	164

23. Гурович О.В., Снегирева Г.И., Швырев А.П., Стольникова Т.Г. ВЛИЯНИЕ СОЦИУМА И СЕМЬИ НА ЭМПАТИЙНОСТЬ ПОДРОСТКОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	167
24. Делова Г.В., Голубцов В.В. ИНСТИТУТ БАБУШЕК И ДЕДУШЕК: ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ.....	172
25. Долгарева С.А. ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК: ВСЕ ЗА И ПРОТИВ.....	181
26. Ерохина В. А., Троицкая Л.А. СОСТОЯНИЕ МОТОРНЫХ И СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	187
27. Есенкова Н.Ю. ВЗАИМОСВЯЗЬ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ..	194
28. Запесоцкая И.В., Никишина В.Б. СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ РОДИТЕЛЯ В ПРОЦЕССЕ СТАНОВЛЕНИЯ СУБЪЕКТНОСТИ.....	197
29. Земзюлина И.Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	205
30. Зимица Н.А. ПРОБЛЕМНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: СУЩНОСТЬ И ПРИЧИНЫ.....	215
31. Ившина М.Е. ПРИНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ МАТЕРИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОЖИДАЮЩИХ ПЕРВОГО РЕБЕНКА..	219
32. Исаенко Т.П. РОЛЬ СЕМЬИ И ШКОЛЫ В ВОПРОСАХ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.....	225
33. Карголь И.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ.....	227
34. Каськова Д.С. ТРЕНИНГ ДЕТСКО – РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО – ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ.....	238
35. Ким Э.Ф. ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСТВА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН.....	247
36. Конищева Е.В. АВТОРИТЕТ РОДИТЕЛЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	252

37. Кузнецова Э.А. СПЕЦИФИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СТУДЕНЧЕСКИХ ПАР БЕЗ ДЕТЕЙ СО СТАЖЕМ СОВМЕСТНОГО ПРОЖИВАНИЯ БОЛЕЕ ДВУХ ЛЕТ, ВОСПИТАННЫХ ПО ЗАПАДНЫМ И ВОСТОЧНЫМ ТРАДИЦИЯМ.....	254
38. Кулешова К.В. ПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	260
39. Ласков В.Б., Ласкова И.В. «ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО МОЗГА» У ШКОЛЬНИКОВ КАК ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФОРМИРОВАНИЯ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	268
40. Лежнева С.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА.....	276
41. Локтионова А.В. АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ И ПРОЦЕССА ПРИНЯТИЯ РОЛИ МАТЕРИ.....	283
42. Малаева Ю.Л. ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ.....	296
43. Маленова А.Ю. ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО).....	301
44. Никишина В. Б., Копылова П. В. СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОБЫТИЙНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ.....	311
45. Ноздрунова Е.Н. ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТНОШЕНИЙ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ.....	314
46. Нуцкова Е.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ.....	319
47. Пастух И.А., Янцевич Е.Н. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.....	328

48. Пастухова М.В. ОПОСРЕДУЮЩАЯ РОЛЬ МАТЕРИ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОТЦА И РЕБЕНКА.....	332
49. Петраш Е.А. РОЛЬ СОЦИАЛЬНО–СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ДЕТЕРМИНАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖАННЫМ ТИПОМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	337
50. Пискунов С.З., Василенко Д.Ю. МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ РЕБЕНКА К ОПЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ УДАЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИРОВАННОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ).....	345
51. Погосов А.В., Аносова Е.В. ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, КАК КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ.....	349
52. Пономарева Т.А. ВЛИЯНИЕ ОПЫТА ПЕРЕЖИВАНИЯ СОВМЕСТНЫХ РОДОВ НА СЕМЕЙНУЮ СИСТЕМУ.....	354
53. Посысов Н.Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ЖИЗНИ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ.....	363
54. Пушина В.В. ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЬИ.....	367
55. Рыцарева Т.В. ТРУДНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ В СООТНОШЕНИИ С МИФАМИ И ЦЕННОСТЯМИ СЕМЬИ.....	372
56. Салова М.Н., Жданова Л.А. ОСОБЕННОСТИ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРЕХОДЕ К ПРЕДМЕТНОМУ ОБУЧЕНИЮ.....	378
57. Светлакова В.П. РОЛЬ ОТЦА В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬЕ (результаты социологического опроса).....	384
58. Силина Л.В., Харахоррдина Ю.Е. СЕКСУАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА КАК МАРКЕР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МОЛОДЕЖИ.....	392

59. Свистунова Е.В., Кобликова Л.В. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ - СИРОТ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	397
60. Свистунова Е.В., Мильке Е.А. ОБРАЗ БУДУЩЕЙ СЕМЬИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	402
61. Селин А.В. ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ЛИЧНОСТИ В КАТЕГОРИАЛЬНОМ ПОЛЕ МИРОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЫСЛИ.....	410
62. Селин А.В., Сотников В.А. СЕМЬЯ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	412
63. Силаков А.С. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СИСТЕМЫ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ.....	415
64. Симоненко И.А. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ. СЛУЧАЙ САШИ.....	419
65. Смирнов Н.В. РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	425
66. Смирнова Е.О. ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИО-КУЛЬТУРНОЙ СИТУАЦИИ НА ОТНОШЕНИИ РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ-ДОШКОЛЬНИКУ.....	427
67. Собкин В.С., Скобельцина К.Н., Иванова А.И. РОДИТЕЛИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О СВОИХ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЯХ И ПЕРСПЕКТИВАХ.....	434
68. Соколова М.В. СТРУКТУРА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И МЕТОДИКА ЕГО ДИАГНОСТИКИ.....	443
69. Соколова Ю.А. СУПРУЖЕСКИЕ ИЗМЕНЫ КАК ПОВТОРЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ.....	453
70. Сороколат Е.В. СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ-СИРОТ.....	462

71. Степанова Т.В., Буданова М.В. СОСТОЯНИЕ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	468
72. Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С. ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ САМООЦЕНКИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПРОСТРАНСТВОМ СЕМЕЙНЫХ, ШКОЛЬНЫХ ОЦЕНОК И УСПЕШНОСТЬЮ В ОБУЧЕНИИ.....	472
73. Сусллова Т.Ф., Озар А.М. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ МНОГОДЕТНЫХ МАТЕРЕЙ.....	482
74. Темиргалиева Ю.Е., Фролова М. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА ВОСПИТАННИКАМИ ДЕТСКИХ ДОМОВ.....	491
75. Токарева Ю.А. КРИТЕРИИ СФОРМИРОВАННОСТИ ОТЦОВСТВА КАК ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВОСПИТАНИЮ РЕБЕНКА.....	496
76. Токарева Ю.А. МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОТЦОВСТВА ПРИ ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ.....	505
77. Трушкина С.В. НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ МАТЕРИНСТВА У СОВРЕМЕННЫХ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	512
78. Филатова Т.А. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ В СТРУКТУРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ.....	517
79. Харланова Л.В., Арина Г.А, Николаева В.В. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР НОРМАЛЬНОГО И АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ДЕВУШЕК В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ.....	526
80. Чернышев А.С. СЕМЬЯ И ШКОЛА КАК ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ.....	536
81. Чуркина Н.И. ФОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЕМЬИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (В.П. XIX – НАЧ. XX ВВ.).....	543
82. Шевченко А.В. ОПИСАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКОМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	551

83. Шлыкова Ю.Б. ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ МАТЕРЕЙ С РАЗНЫМ ТРУДОВЫМ СТАТУСОМ.....	558
84. Шубина А.С. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ОТЦОВСТВЕ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	566
85. Шубина А.С., Живолупова Н.А. СОТРУДНИЧЕСТВО С РОДИТЕЛЯМИ В ПРОГРАММЕ ОБУЧЕНИЯ «АКТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЬСТВА».....	572
86. Щавелев С.П. СОВРЕМЕННАЯ СЕМЬЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ИДЕАЛ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ Щукина Е.Г. СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ И МАТЕРЕЙ.....	582
87. Щукина Е.Г. СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ И МАТЕРЕЙ.....	587
88. Фрошмайер Э. СПОСОБНОСТЬ САМОСТИ К САМОИСЦЕЛЕНИЮ. (ОТ ТЕОРИИ САМОСТИ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ). ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ. КОНЦЕПЦИЯ ИНСТИТУТА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.....	593