Актуальные проблемы детской клинической психологии

Материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых

Оренбург, 2016

государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых

7 апреля 2016 г.

Оренбург, 2016

УДК 159.99
ББК 88

Под общей редакцией к.м.н., доцента, заведующего кафедрой клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета Е.Ю.Антохина.

Техническая редакция – А.И. Ерзин

Актуальные проблемы детской клинической психологии. Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 7 апреля 2016 г. – Оренбург: ОрГМУ, 2016. - 123 с.

В настоящем издании представлены результаты научно-исследовательских работ и теоретические обзоры студентов и молодых ученых, представленные на заочной конференции «Актуальные проблемы детской клинической психологии», прошедшей в рамках секции конференции «Детская психоневрология. Проблемы аутизма и суицидологии» 7 апреля 2016 г. в г. Оренбург.

Рекомендовано к изданию Оренбургским отделением Российского общества психиатров под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации (World Psychiatric Association)

© ОрГМУ, 2016
© Авторы, 2016

Содержание

Семья ребенка с особенностями развития 5

Полоролевые особенности проявления жестокости в подростковом возрасте 15

Образ тела как составляющая Я-концепции у детей с невротическими расстройствами 24

Уровень интеллекта детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии и его влияние на отношение к болезни 29

Нейропсихологические и нейроанатомические корреляты криминальной агрессии при расстройствах личности 33

Культивирование девиантности для несовершеннолетних через лирические тексты и противодействие ему 45

Деструктивные реакции подростков, воспитывающихся в условиях социально-психологической депривации 49

Зависимость выраженности макиавеллизма как личностной черты от некоторых социальных и наследственных факторов у подростков 54

Влияние музыки из мультфильмов на становление личности ребенка..... 58

Личностные свойства детей младшего школьного возраста, больных эпилепсии 63

Особенности аддиктивной идентичности у подростков, склонных к невротическим расстройствам 67

Адаптивный потенциал матерей детей с детским аутизмом 72

Семья как источник развития созависимости у детей 78

Суицидальный риск у подростков, состоящих в интернет-сообществах с содержанием суицидально-провоцирующей тематики 82

Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем, суицидального поведения и уровня депрессии у подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией 87

Нарушение детско-родительских отношений как фактор риска употребления наркотиков 92

Исполнительные функции: понятие, развитие и нарушения в детском возрасте 96

Адаптация опросника A. Raine «Реактивная-Проактивная агрессия» 108

Особенности эмоциональной сферы подростков, воспитывающихся в условиях детского дома 114

Особенности дебюта шизофрении у подростков 118

Авторский указатель 123

Семья ребенка с особенностями развития

Абдульманова Н.Р., Краснощекова И.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение

Известно, что семья — это социально-психологическая система отношений. Именно в семье ребёнок получает первый опыт отношений с окружающим миром, приобретает навыки общения, формы взаимодействия с людьми, поведения и реагирования. Система представлений и взаимодействий ребенка складывается на основании полученного от родителей эмоционального, когнитивного и поведенческого опыта.

Многие исследователи в области возрастной и педагогической психологии пришли к выводу, что особенности взаимоотношений родителей и детей закрепляются в поведении ребенка и становятся моделью в дальнейших социальных взаимодействиях. В работах различных психологов и педагогов (А.Варга, В.Столин; В.Гарбузов, Э.Эйдемиллер и др.) выделяются типичные взаимосвязи родительского отношения и соответствующего поведения ребенка. Как отмечают исследователи, поведение ребенка скорее отражает историю взаимодействия, взаимоотношений, складывающуюся из множества факторов, среди которых центральное место занимают индивидуально-личностные особенности матери. Многие исследователи выделяют (М.П.Краузе, И.И. Мамайчук, Т.Н. Осипенко и др.) важность воздействия индивидуальных характеристик матери на формирование психического здоровья и социального поведения ребенка. Роль родителей особенно возрастает при формировании личности ребенка, что определяет актуальность исследования детско-родительских взаимоотношений при наличии психопатологии и тяжелых форм дизонтогенеза.

Родительское влияние на развития детей

В этой части статьи особое внимание уделяется влиянию родителей, которое они оказывают на развитие своих детей, в зависимости от того являются ли они биологическими, приемными, или лицами, заменяющими родителей. Рассматривается как родители влияют на эмоциональное, нравственное и социальное развитие своих детей.

Исследования показывают, что родители очень сильно влияют на развитие своего ребенка во всех сферах [5]; Однако, наиболее заметным оно является в области психосоциального развития. Кроме того, родители играют важную роль в эмоциональном, моральном и социальном развитии своего ребенка.

Эмоциональное развитие включает в себя все аспекты личности и развития личности. На протяжении жизни, на личность человека и его индивидуальность сильно влияют генетические особенности, а также воздействия окружающей среды, такие как влияние родителей. Например, при рождении, ребенок имеет особый темперамент и способ реагирования на ситуации [5]. Темперамент ребенка, по существу, это эмоциональная саморегуляции ребенка, как он реагирует на ситуации, как взаимодействует с миром, и его уровень активности. По данным исследования, темперамент является довольно устойчивой характеристикой индивида основывается главным образом на наследственности [6]. Однако, темперамент может изменяться в определенной степени на основе взаимодействия ребенка с одним из родителей. Например, Park, Belsky, Putnam, and Crnic [6] обнаружили, что пугливые и застенчивые мальчики в раннем возрасте, которые были воодушевлены своими родителями, на исследование новых ситуаций стали менее зажатыми и робкими с течением времени. Тем не менее, малыши, которые не поощрялись на исследование незнакомых ситуаций сохранили свою застенчивость и пугливость. Несмотря на относительную стабильность темперамента, участие родителей оказывает влияние на развитие ребенка.

В дополнение к реакциям приспособления, родители влияют на развитие личности своего ребенка. По Эрику Эриксону и его психосоциальной теории развития, люди сталкиваются с определенными кризисами на различных этапах развития. Например, на первом этапе развития, у малыша сталкиваются доверие и недоверия к окружающему. На этой стадии ребёнок должен испытать достаточно доверия в ситуациях и отношениях, чтобы получить такое качество как надежда. Эриксон утверждает, что если родители заставляют ребенка заниматься определённой профессией, то ребенок не достигнет серьезных успехов [5]. В этом смысле, родительское влияние имеет решающее значение; если у ребенка нет определенной автономии, ребенок не сможет преодолеть этот кризис.

Родительское влияние на развитие личности ребенка также включает в себя развитие эмоциональной и поведенческой саморегуляции. Эмоциональная саморегуляция, или способность контролировать свои эмоции и эмоциональные реакции, обуславливается уровнем реагирования и участия родителей в жизни ребенка. Например, если родитель находится рядом с ребенком, в ситуации когда ребенок испытывает страх и тревогу, то ребенок будет смотреть на мать и изучить ее мимику. Если родитель не показывает эмоциональные переживания, то у ребенка будет переживать меньше волнения и тревоги и больше участвовать в ситуации [3]. В результате эмоциональной регуляции и социальной референции, ребенок также ощущает эмоциональную устойчивость [7].

Как и эмоциональная регуляция, регуляция поведения возникает как результат реакции родителей на различные аспекты жизни ребенка. Например, родители, которые благосклонно относятся к своим детям, предоставляют им больше самостоятельности, и для которых характерны более высокие уровни поведенческого контроля с точки зрения следованию правилам и принципам, имеют детей, которые проявляют более высокий уровень поведенческой саморегуляции, зрелости, идентичности и ориентации на деятельность [3]. Таким образом, родители играют важную

роль в развитии эмоционального и поведенческого саморегулирования своего ребенка.

Понятно, что родители не только влияют на развитие эмоциональной и поведенческой саморегуляции своего ребенка, но они также влияют на развитие зрелости и мотивов поведения. Их развитие у детей преобладает в школьной успеваемости. Aunola, Nurmi, Lerkkanen, and Raku-Puttonen обнаружили, в недавнем исследовании, что вера родителя в учебные успехи своего ребенка, происходит под влиянием успехов ребенка и мотива достижения успеха в успеваемости. Поэтому, если родитель считает, что ребенок должен быть успешным в учебе, дети часто становятся более ориентированы на успех и, в результате достигается более высокий уровень школьной успеваемости. Родители, которые играли активную роль в жизни своего ребенка и поощряли успехи в учебе положительно повлияли на развитие мотивации и успехов своих детей. В целом, родители, которые активно участвуют в развитии своего ребенка положительно влияют на эмоциональное развитие ребенка [1].

Нравственное развитие, как и эмоциональное развитие, является результатом положительного влияния родителей на ребенка. По Lawrence Kohlberg, участие родителей в нравственном развитии не является необходимым условием для того, чтобы достичь высокого уровня моральности, потому что школа и другие организации могут также влиять на мораль и нравственность ребенка. Тем не менее, Hoffman [3] утверждает, что разговоры с родителями о моральных нормах и правилах имеют решающее значение для интернализации моральных норм. Когда родитель вмешивается в нежелательное поведение ребенка в попытке исправить его, а затем дисциплинирует ребенка, родитель пытается помочь ребенку усвоить моральные стандарты. Hoffman утверждает, что для того, чтобы дисциплинарные меры, привели к интернализации, родители должны использовать такие методы, в которых они указывают на эффект поведения ребенка на других С точки зрения моральной оценки, родители, которые

поощряют своего ребенка активно участвовать в обсуждении и принятии решений в отношении самого себя и семьи, скорее всего, хотят помочь перейти ребенку на более высокий уровень моральных рассуждений [3]. Родители также способствовать нравственному росту и высокому уровню морального рассуждения, когда они узнают мнение ребенка по соответствующим вопросам. Тем не менее, такое прощупывание должно быть сделано с поддержкой и вниманием для того, чтобы эффективно влиять на нравственный рост. В целом, родители, которые используют такие рассуждения, стимулируют моральное и нравственное обсуждения и поощряют автономное мышление будут иметь ребенка, который функционирует на более высоком уровне моральных рассуждений.

Социальное развитие ребенка зависит от участия родителей, подобно эмоциональному и нравственному развития. Социальные отношения, которые ребенок имеет с родителями прямо коррелируют с отношениями и социальным поведением ребенка, которые будет присуще ему на протяжении всей жизни. В результате, привязанность ребенка с его родителями имеет решающее значение для социального развития. Ainsworth классифицирует три основные формы привязанности ребенка со своими родителями: безопасная, избегающая, амбивалентная [5]. В безопасной привязанности, ребенок расстроен, когда родитель покидает его и счастлив, когда родитель возвращается. Ребенок, который имеет надежную привязанность со своими родителями более устойчивый, чуткий, разбирающийся в себе, имеет более высокую самооценку [6]. Лица, которые имеют безопасную привязанность с родителями и другими членами семьи, будут передавать этот уровень безопасности, доверия и поддержки также в отношениях со сверстниками.

На отношения между родителями и их ребенком будут также влиять различные аспекты социального развития. Например, когда ребенок еще маленький, он будет смотреть на родителей, чтобы увидеть, как реагировать на неоднозначные ситуации. Таким образом, ребенок учится надлежащему социального поведения, подражая поведению родителей . В частности,

ребенок будет учиться, как решать конфликты, наблюдая за тем, как конфликты решают его родители. Miller, DiIorio, and Dudley обнаружили, что дети, чьи родители были отзывчивы и участливы, с меньшей вероятностью ответят на конфликт с применением агрессии и насилия, чем дети, чьи родители не были вовлечены в воспитание своих детей. У детей, которые, будут разрешать конфликт с применением насилия были родители, которые были непоследовательны в дисциплине и не применяли адекватного наказания [4].

Parke and Bhavnagri обнаружили, что родители влияют на отношения ребенка, ценности, личность и мотивы, которые влияют на взаимодействие ребенка со сверстниками. Используя свой начальный опыт ребенок дружит со сверстниками, с которыми они похожи по учебным достижениям, интересам и личностным качествам [7].

Очевидно, что родители очень сильно влияют на развитие ребенка. В эмоциональном смысле, положительное родительское влияние может помочь ребенку стать здоровой личностью и достичь идентичности. Родители также помогают в развитии моральных установок и суждений своего ребенка. Наконец, безопасность в отношениях между ребенком и его родителями влияет на социальное поведение ребенка в будущем, дружеские и романтические отношения со сверстниками.

Семейные факторы риска

Психическое здоровье является важным компонентом человеческого здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространённость психических расстройств увеличится на 50% в 2020 году.

Родительская заболеваемость психопатологией является фактором риска, хотя и неспецифическим, психических расстройств у детей.

Кроме того, родительское психическое расстройство может сопровождаться дефицитом взаимодействия родителя с ребенком,

примитивным родительским поведением, которым они могут злоупотреблять. Родительская заболеваемость пагубно влияет на ребенка, потому что чем тяжелее психопатологии у родителей, тем выше риск для ребенка.

Дети родителей с алкогольной зависимостью находятся в группе повышенного риска таких нарушений как поведенческие расстройств, СДВГ, а также высокого уровня тревоги и депрессии, низкой самооценки и трудностями социального взаимодействия. Что касается злоупотребления алкоголем матерью, то материнской алкоголизм признан одни из самых значимых среди перинатальных факторов риска, с сопутствующими нарушениями развития. Полная клиническая картина - алкогольный синдром плода.

Дети матерей, страдающих психическим расстройством (биполярно-аффективное расстройство, шизофрения), характерны тревожно-депрессивные проявления. Также подтвердилось, что наследственность часто отягощена психопатологией у пациентов, страдающих от расстройств пищевого поведения и выше при булимии, чем анорексии. Риск развития таких симптомов может быть с рождения, потому что шизофреник или депрессивная мать, например, не может установить удовлетворительные отношения с ребенком (невыразительная мимика, отсутствие улыбки и диалога, отсутствие физического контакта), что может постоянно тормозить аффективное и когнитивное развитие ребенка. Таким образом, материнская депрессия может способствовать развитию расстройства привязанности, и депрессивной уязвимости самого ребенка. Тем не менее, никакие исследования не нашли связи между материнской депрессией и небезопасными стилями привязанности. Нарушения привязанности (небезопасные стили привязанности) также были определены в качестве факторов риска для расстройств пищевого поведения.

Родительский развод и уход члена семьи были также определены как факторы риска для последующего возникновения заболевания у детей.

Дети разведенных пар имеют множество различных стрессоров: эмоциональный дистресс родителей, затруднение взаимодействия и коммуникации с ушедшим родителем, экономические трудности, изменение социального статуса, переезд, сохранение конфликтов между родителями и формирование новых семьей. Также лонгитюдные исследования показывают, что возможно выявить риск возникновения расстройств поведения, адаптации возникает задолго до того, как родители на самом деле развелись. Это, очевидно, больше связано с родительскими конфликтами, чем с самим разводом.

По данным исследований, потеря матери в возрасте до 11 лет связана со значительным риском возникновения депрессивных расстройств в зрелом возрасте. То же самое, вероятно, относится риску потерей отца, но чаще это проявляется при потере матери.

Отсутствие заботы и внимания со стороны родителей были зарегистрированы в исследованиях, как потенциальный источник психологических проблем у детей, таких как тревога, депрессия, гиперактивность, и поведенческие расстройства.

Внутрисемейное жестокое обращение и насилие, как правило, связаны с совокупностью различных семейных проблем, таких, как социальные проблемы (бедность, безработица, смерть), психические расстройства родителей, или конфликты между родителями. Группа факторов, причастных к возникновению физического или психологического насилия затрудняет оценку его прямых последствий на эмоциональное равновесие ребенка. Сексуальное насилие в детстве связано с повышенным риском психопатологии в зрелом возрасте. Риск возникновения тревожных или депрессивных расстройств у женщин в два раза выше, а риск совершения попытки самоубийства в 20 раз выше, независимо от типа сексуального насилия, по сравнению с субъектами, которые не испытали сексуальное жестокое обращение.

Механизмы действия негенетических семейных факторов остаются не исследованы. Пол, индивидуальные характеристики, и макросреда по-видимому, играют важную роль в дифференциальные воздействия семейных факторов риска [2].

Проблемы, с которыми сталкивается семья с ребенком с особенностями развития

Семьи, имеющие ребенка с особенностями развития или инвалидностью, могут найти себя изолированными от семьи и друзей. Никто в этом не виноват. Многие люди не знают, как помочь или справиться с осознанием того, что ребенок может иметь такие проблемы, и в свою очередь, они не знают не только как взаимодействовать с ребенком, но и с родителями. В зависимости от тяжести инвалидности, некоторые семьи вынуждены все свое время придумывать стратегии поведения для себя и своего ребёнка, также для семьи и друзей, чтобы им было легче иметь дело с инвалидностью.

Многие семьи прекращают социальное взаимодействие, когда узнают, что растят ребенка с особенностями психофизического развития, из страха, того, как их ребенок и они будут восприниматься людьми и окружающими, которые важны для них, как их ребенка будут любить, пока они учатся бороться с трудностями.

Некоторые семьи заводят новых друзей и находят семьи с похожими проблемами в специальных сообществах, которые могут лучше понять трудности, с которыми они сталкиваются, борьбу, которую они ведут, вину, потери, раздражение, боль и страхи, которые проявляются вместе с ростом ребенка, помочь им не чувствовать себя одинокими, опустошенными и не игнорировать тех, кто, как предполагается, поддерживает и любит их.

Многие люди не понимают, как велика роль изоляции, для тех, кто воспитывает детей с особенностями развития, которым нужно больше, чем просто любовь и социального принятия для их ребенка.

Общественное признание

Очень печально, что до сих пор в нашем обществе, в котором много детей и взрослых, страдающих инвалидностью социально не приняты. Преодоление осуждения, принятие ребенка или семьи в социум – это две вещи, с которыми сталкиваются семьи, имеющие ребенка инвалида, в особенности, дети, которые не имеют внешних проявлений инвалидности. Даже среди близких друзей и родственников, каждый имеет свое мнение о том, с какими вещами и вопросами семье приходится сталкиваться. Это трудно и может привести к отделению от семьи, которой и так приходится тяжело.

Этот список можно продолжать и дальше для семей с ребенком-инвалидом – общественное признание, изоляция от родных и друзей [8].

Заключение

Лекарства, терапия, консультирование, реабилитация и психотерапия, трудотерапия, социальное и эмоциональное развитие и обучение, все они приводят к потере денег из семьи, чтобы помочь своему ребенку в жизни. И если семья имеет низкий уровень дохода, финансовая опустошенность может затруднить обязанность родителей заботиться о своем ребенке. Знание, куда обратиться, какие финансовые и государственные программы доступны, может облегчить жизнь.

Семьи детей с особенностями психофизического развития, аутизмом или психическими расстройствами нуждаются в поддержке специалистов. Родители ребенка с нарушениями развития не меньше собственного ребенка нуждаются в помощи психологов, социальных работников, так как они зачастую остаются одни со своей проблемой.

Список литературы:

1. Aunola, K., Nurmi, J., Lerkkanen, M., &Rasku-Puttonen, H. (2003). The Roles of Achievement-Related Behaviors and Parental Beliefs in Children's Mathematical Performance. Education Psychology, 23 (4), 403-421.

2. Bailly D., Bouvard M., Casadebaig F., Corcos M. et al (2002).Mental disorders: Children and adolescents screening and prevention

3. Bornstein, M. H. (Ed.). (2002). Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting (2nd ed., Vol. 5). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

4. Miller, J. M., DiIorio, C., & Dudley, W. (2002). Parenting Style and Adolescent's Reaction to Conflict: Is There a Relationship? Journal of Adolescent Health, 31, 463-468.

5. Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2002). A Child's World: Infancy Through Adolescence (9th ed.). New York, NY: McGraw Hill.

6. Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2003). Psychology: Adolescent and Adult Development (9thed.). New York, NY: McGraw Hill-Primis.

7. Sharpe K. Parental Influence on the Development of Children

8. The Guardian(2011)Parents of disabled children speak out over state care

Полоролевые особенности проявления жестокости в подростковом возрасте

Барковская А. П.

Оренбургский государственный университет

Введение

Проблема изучения и преодоления жестокости в поведении подростков все более привлекает к себе внимание специалистов различных областей науки. Такое положение обусловлено тем, что за последние события, происходящие не только в нашей стране, но и в мире, нельзя не заметить

общий рост агрессивных проявлений и жестокости. Подростковый возраст является наиболее уязвимым в процессе формирования у человека стереотипа негативного поведения [1]. Высокий уровень жестокости у лиц подросткового возраста является настораживающим фактором, так как негативно влияет не только на учебную деятельность, взаимоотношения с родителями, друзьями, сверстниками, индивидуальное развитие, но и на успешность их будущей личной и профессиональной деятельности.

Говоря об особенностях жестоких проявлений подростков, необходимо отметить, что у мальчиков и девочек они специфически окрашены в соответствии с половой принадлежностью.

Существуют противоречивые взгляды на проблему полоролевых особенностей жестокости. С одной стороны, утверждается, что мужчины уже на генетическом уровне запрограммированы на большую склонность к насилию, чем женщины. С другой стороны, во многих культурах считается, что представители мужского пола не только являются, но и должны быть грубее, самоувереннее и агрессивнее женщин. Ряд зарубежных исследований, в которых учитывались разные виды и компоненты жестокости, дают повод усомниться в том, что представители мужского пола более жестоки. Данные сведения можно объяснить следующим образом. В первые годы жизни они не обнаруживаются, так как не являются врождёнными. Но, благодаря социальным ожиданиям ближайшего окружения и общества, подкреплениям соответствующих полу психологических и поведенческих характеристик дети постепенно начинают вести себя по-разному: девочки – скрывать жестокие побуждения, а мальчики – открыто выражать их [2]. Мужчина также имеет право на проявление жестокости, которая может уходить корнями в компенсаторную мужественность (совокупность качеств, с помощью которых мужчины вынуждены компенсировать своё несоответствие общепринятому стандарту мужественности), а у женщин наложен на неё запрет, что приводит к специфическим проявлениям жестокости.

В связи с недостаточностью имеющихся исследований полоролевых особенностей жестокости и противоречивостью полученных в их ходе результатов, требует решения проблема: какие особенности проявления жестокости характерны для девочек, а какие для мальчиков [4].

Тот факт, что жестокость и агрессивность у мужчин выше, чем у женщин, установлен во многих исследованиях, хотя некоторые авторы это, казалось бы очевидное положение, оспаривают. Так Т. Тигер на основе обстоятельного анализа данных заключает, что до 6 лет различий между мальчиками и девочками нет и что появляющиеся в дальнейшем различия обусловлены полоролевым воспитанием. А Фроди и Дж. Маколэй тоже считают мнение о большей жестокости и агрессивности мужчин неверным. Они пишут, что женщины, обладая более выраженной эмпатией, тревожностью и чувством вины, подавляют у себя открытое проявление жестокости там, где мужчины ее проявляют [3]. На самом же деле женщины не менее склонны к жестокости, если расценивают свои действия как справедливые или чувствуют себя свободными от ответственности. В зарубежной психологии накоплены многочисленные сведения, порой противоречивые, об особенностях проявления жестокости и агрессии представителями женского и мужского пола (К. Бьйорквист; Э.Х. Игли и В.Дж. Стеффен; К. Лагерспец; Э. Маккоби и К. Джеклин; Й. Раншбург и П. Поппер; Т. Тайгер; А. Фроди, Дж. Макалэй и П.Р. Том; Дж.С. Хайд и др.).

В отечественной психологии исследований на этот счет мы наблюдаем в ограниченном количестве. Имеющиеся сведения, в основном охватывают проблемы агрессии в полоролевом аспекте. Л.М. Семенюк (1998) выявила как различия, так и сходство в проявлении различных форм агрессии мальчиками и девочками подросткового возраста на определенных возрастных этапах. Так, 10-11 летние мальчики в значительной степени больше проявляют физическую агрессию (70 и 30). К 12-13 годам эти данные составляют отношение 59 к 38, а в 14-15 лет, практически равны - мальчики - 61, девочки - 59 [5].

Методика

Цель настоящего исследования состояла в изучении особенностей проявления жестокости в подростковом возрасте, а также апробировании авторского опросника, направленного на выявление видов жестокости. Исследование жестокости проводилось по качественным и количественным критериям с учетом полоролевых различий.

Выборка состояла из 40 человек: мальчики — 24 (60%), девочки — 16 (40%) в возрасте от 14 до 16 лет (средний возраст 15 лет). Все испытуемые имели незаконченное среднее специальное образование; они — среднего социального статуса и отрицали у себя психические расстройства. В приведенном исследование описывается разработка, психометрическая оценка и обработка измерения видов подростковой жестокости. Вопросы опросника разбиты на четыре блока: прямая вербальная жестокость, косвенная вербальная жестокость,косвенная физическая жестокость,прямая физическая жестокость.

В основе процедуры исследования лежат следующие гипотезы: различия в особенностях проявления жестокости у мальчиков и девочек подросткового возраста отсутствуют; уровень проявления жестокости у подростков мужского пола выше, чем у подростков женского пола; для мальчиков подросткового возраста характерно проявление прямых форм жестокости в отличие от девочек.

Результаты

В группе мальчиков высокий уровень проявления прямой вербальной жестокости характерен для 40% испытуемых. Это свидетельствует о том, что ребятам характерна многословность, низкая фрустрационная толерантность, психическая неуравновешенность, постоянные тревожность, сомнения и неуверенность в себе. У 55% испытуемых был выявлен средний уровень прямой вербальной жестокости, что является отражением наличия таких качеств, как активность, работоспособность, общительность и

разговорчивость. Однако, наблюдаются также состояния напряженности и возбуждения, являющиеся следствием повышенной эмоциональной чувствительности к внутренним и внешним раздражителям. Низкий уровень проявления прямой вербальной жестокости был выявлен в 5% случаев. Данные испытуемые спокойны и уравновешенны. Подростки способны к сознательному управлению своим эмоциями и поступками в конфликтных ситуациях, не переходя к оскорблениям. Вместе с тем у таких подростков можно отметить наличие таких качеств, как уступчивость, податливость, сговорчивость, легкую подчиняемость чужому влиянию.

Высокий уровень проявления прямой физической жестокости характерен для 25% подростков. Такие подростки отличаются малой рассудительностью и сдержанностью, плохим самоконтролем. Обычно это связано с недостаточной социализацией и неумением или нежеланием сдерживать или отсрочивать удовлетворение своих потребностей. Они постоянно стремятся испытывать острые ощущения, а при отсутствии таковых начинают скучать, так как нуждаются в постоянной стимуляции. 70% испытуемых имеют средний уровень проявления прямой физической жестокости. Эти ребята характеризуются, как деятельные и целеустремленные, отличающиеся решительностью, склонностью к риску, бесцеремонностью и авантюризмом. Их экстравертированность (общительность, раскованность, уверенность в себе) сочетается с честолюбием и стремлением к общественному признанию. Обычно это подкрепляется хорошими лидерскими качествами, умением сплотить сверстников, правильно распределить между ними групповые роли, увлечь за собой. В то же время они любят демонстрировать свою силу и власть, доминировать над другими людьми. Для 5% ребят характерен низкий уровень проявления прямой физической жестокости. Таких подростков отличает умение сохранять спокойствие и самообладание в критических ситуациях. Их трудно выбить их колеи и спровоцировать на жестокие действия. Подростки не склонны впадать в панику и предаваться страху. В то

же время, в некоторой степени для таких ребят характерна пассивность, проявляющаяся в бездеятельности, безучастности, безынициативности,

Высокий уровень косвенной вербальной жестокости характерен для 32,5% испытуемых. Таким подросткам характерна чрезмерная импульсивность, слабый самоконтроль, недостаточная социализация влечений и низкая осознанность своих действий. Для них характерно самообладание в сочетание с презрением, выражением презрения, раздражением, отчужденностью, стыдом, избеганием. В межличностном общении такие подростки склонны проявлять иронию, насмешливость, язвительность. Для 65% ребят характерен средний уровень косвенной вербальной жестокости. Этим ребятам с одной стороны свойственны смелость, решительность, склонность к риску и общественному признанию, с другой - сензитивность, мягкость, уступчивость, зависимость, нарциссизм (стремление привлечь к себе внимание путем экстравагантного поведения). Кроме того, из-за сензитивности ребята очень плохо переносят критику и замечания в свой адрес, поэтому люди, критикующие их, вызывают у них чувства раздражения, обиды и подозрительности. 2,5% подростков имеют низкий уровень проявления вербальной жестокости. Таким подросткам свойственна открытость, то есть готовность пустить человека в свой внутренний мир, выражать свое личное отношение, свои настоящие мнения и оценки; откровенность- готовность открыть человеку свой сокровенный, скрытый от посторонних мир мыслей и чувств. Они уверены в своих взглядах на мир, знаниях и оценках реальной действительности. Для таких ребят в некотором смысле также характерна непредсказуемость, неспособность соизмерять собственные слова, чувства, интонации и поступки, а также склонность проявлять нетерпение в различных жизненных ситуациях.

Для 25% ребят характерен высокий уровень проявления косвенной физической жестокости. Такие подростки склонны действовать без достаточного сознательного контроля, под влиянием внешних обстоятельств

или эмоциональных переживаний. Это обусловлено недостаточной развитостью контроля над поведением. На первый взгляд может показаться, что такие ребята ничего не боятся, но на самом деле ими правит страх перемен и потери боеспособности. Для них характерно отсутствие эмоционального ответа, затруднения в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и чувств, фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям. Средний уровень проявления косвенной физической жесткости встречается в 70% случаев. В большинстве случаев такие подростки владеют собой, своими движениями, своей речью, воздерживаются от действий, которые осознаются как ненужные или вредные в данных условиях. Хорошо сознают свои затруднения, склонны скорее преувеличивать, чем недооценивать степень межличностных конфликтов. Неудовлетворенность и склонность преувеличивать существенность конфликтов делает испытуемого легко уязвимым и порождает неловкость в межличностных отношениях. 5% испытуемых имеют низкий уровень проявления косвенной физической жестокости. Эмоциональная окраска действительности естественна для этих подросток. Они в большинстве ситуаций могут определить и вербализировать собственные эмоции и чувства, не прибегаю к разрушению и порчи чужих вещей. Подростки различают эмоции и телесные ощущения, обладают способностью к символизации, в частности к фантазии, фокусируются преимущественно на внутренних переживаниях, обладают широким спектром эмоциональных реакций.

Высокий уровень проявления прямой вербальной жестокости характерен для 41,6% мальчиков. Средний уровень прямой вербальной жестокости был выявлен у 58,4% испытуемых. Низкий уровень проявления прямой вербальной жестокости был выявлен в 12,5% случаев.

Высокий уровень косвенной вербальной жестокости характерен для 25% мальчиков. Средний уровень косвенной вербальной жестокости встречается

в 70% случаев. Низкий уровень косвенной вербальной жестокости не выявлен.

Высокий уровень проявления прямой физической жестокости характерен для 28,2% мальчиков. 66,8% мальчиков подростков имеют средний уровень проявления прямой физической жестокости. Для 6,25% испытуемых мужского пола характерен низкий уровень проявления прямой физической жестокости.

Для 20,8% мальчиков характерен высокий уровень проявления косвенной физической жестокости. Средний уровень проявления косвенной физической жесткости встречается в 79,2% случаев. Низкий уровень косвенной вербальной жестокости не выявлен.

Высокий уровень проявления прямой вербальной жестокости характерен для 37,5% девочек. Средний уровень прямой вербальной жестокости был выявлен у 50% испытуемых. Низкий уровень проявления прямой вербальной жестокости был выявлен в 12,5% случаев.

Высокий уровень проявления прямой физической жестокости характерен для 18,75% девочек. 70% девочек подростков имеют средний уровень проявления прямой физической жестокости. Для 5% испытуемых женского пола характерен низкий уровень проявления прямой физической жестокости.

Высокий уровень косвенной вербальной жестокости характерен для 43,75% девочек. Средний уровень косвенной вербальной жестокости встречается в 50% случаев. Для 6,25% девочек характерен низкий уровень косвенной вербальной жестокости.

Для 25% девочек характерен высокий уровень проявления косвенной физической жестокости. Средний уровень проявления косвенной физической жесткости встречается в 68,75% случаев. Для 6,25% девочек характерен низкий уровень косвенной физической жестокости.

Заключение

На основании проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Проявление жестокости в подростковом возрасте имеет особенности, характерные как для мальчиков, так и для девочек.
2. Предварительные результаты исследования показали преобладание среднего уровня проявления разных видов жестокости как среди мальчиков, так и среди девочек. Однако следует заметить, что по таким шкалах, как «Прямая вербальная жестокость», «Косвенная вербальная жестокость», «Косвенная физическая жестокость» в группе мальчиков преобладают высокие и средние значения. Низких результатов по этим шкалам в группе мальчиков не выявлено.
3. Для мальчиков в большей степени характерно проявление прямой жестокости, а для девочек характерно проявление косвенной жестокости.

Таким образом, мальчики и девочки подросткового возраста действительно отличаются друг от друга относительно проявления жестокости. Однако величина разрыва сильно колеблется в зависимости от обстановки и других факторов, а также от формы жестокости. Комплексное исследование жестокости в контексте полоролевого аспекта позволит определить основные причины роста жестокости в подростковом возрасте.

Список литературы:

1. Антонян Ю.М. Жестокость в нашей жизни – М.: ИНФРА-М, 1995 . – 320 с.
2. Барковская А.П., Епанчинцева Г.А. К проблеме подростковой жестокости // Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры: материалы Всероссийской научно-методической конференции (с международным участием). – Оренбург, 2015. – С. 2023-2025с.

3. Кольцов М. В. Жестокость как структурный компонент агрессивности // Аспирант, или Молодое поколение ученых о…: научно-практический альманах аспирантского сообщества. – 6. – Оренбург: Изд-во ОГПУ, 2012. – С.115-122.

4. Корнеева Е.Н. Если в семье конфликт.- Ярославль: Академия развития: Академия холдинг, 2001

5. Чернова Г.Р. Жестокость как феномен культуры: Монография. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2005. – 96 с.

Образ тела как составляющая Я-концепции у детей с невротическими расстройствами

Быкова И.С., Гамзина Е.Н., Краснощекова И.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Неврозы у детей и подростков - самый распространенный вид нервно-психической патологии. По данным сплошного обследования, наибольшее число неврозов выявляется у детей школьного возраста (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). Частота неврозов у школьников возрастает по мере увеличения времени обучения (Манова-Томова В. С. и др., 1981).

Невроз относится к психогенным заболеванием, формирующейся личности, поэтому на него оказывает влияние все то, что может осложнить процесс формирования личности у детей. К этим факторам относятся причины социально-психологического, социально-культурного и социально-экономического характера (Фрейд З., 1912; Мясищев В. Н., 1960; Вольперт И. Е., 1972; Хорни К., 1946; Захаров А. И., 1972; Сухарева Г. Е., 1959; Бассин Ф. Е., Рожнов В. Е., Рожнова М. А., 1974).

Изучение самосознания на первых этапах онтогенеза в настоящее время представляет собой одну из важных и сложных проблем возрастной психологии (Ананьев Б.Г., 1948; Выготский Л.С., 1984; Леонтьев А.Н. 1977; Мухина В.С, 1985; Рубинштейн С.Л., 1989; Божович Л.И., 2008). Исследователи, занимающиеся изучением самосознания личности, придерживаются мнения о том, что самосознание представляет собой сложное психическое образование, состоящее из ряда структурных компонентов. При этом как зарубежные, так и отечественные авторы выделяют в структуре самосознания такой компонент как образ тела (Ананьев Б.Г., 1948; Берне Р., 1986; Валлон А., 1967; Заззо Р., 1968: Мерлин В.С., 1970; Пиаже Ж., 1969; Рубинштейн С.Л., 1989, Тхостов А.Ш., 2002, Дорошина Л. И., 2008 и др.).

Само понятие «образ тела» ввел Шильдер П. (1925), определив его как «субъективное переживание человеком своего тела», т.е. как психический пространственный образ, который, по его мнению, складывается в межличностном взаимодействии. Это своеобразная система представлений человека о физической стороне собственного «Я», о своем теле – телесно-психологическая «карта». При этом «образ тела» не является пассивным и «застывшим», раз и навсегда заданным. Напротив, он динамичен и субъективен, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности (Иващенко А.В., Агапов В.С., 2002; Леви Т.С., 2004).

Образ тела у человека начинает формироваться чрезвычайно рано и играет важную роль в дальнейшей жизни. Он включает в себя и ощущение своего тела, и его оценку. Все это начинает возникать у младенца вместе с родительскими прикосновениями. По мнению Черепановой Е. М. (1997), образ тела самым тесным образом связан с ядром «Я» и также является составляющей базовых характеристик личности.

Неадекватный образ тела возникает в результате деформаций самовосприятия. Черепанова Е. М. (1997) связывает подобные деформации с психотравмой, сравнивая ее с занозой, нарушающей глубинные слои

личности, в т.ч. и образ тела. Чем сильнее травма, тем более глубинные личностные слои она затрагивает, и тем более тяжелые и длительные последствия вызывает. Внутриличностный конфликт или какая-либо психотравмирующая ситуация оказывает на ребенка непосредственное «телесное» воздействие, а именно находит отражение в образе его тела, что в последующем может оказывать существенное влияние на самосознание ребенка.

Объектом нашего исследования были дети с невротическими расстройствами (F98.0) в возрасте от 10 до 12 лет. Исследование проводилось на базе Оренбургской областной клинической психоневрологической больницы.

Контрольная группа набрана среди учеников общеобразовательной школы.

Цель работы - исследование образа тела как составляющей Я - концепции у детей с невротическими расстройствами.

Для реализации цели поставлены следующие задачи: исследовать образ тела детей с невротическими расстройствами; исследовать образ тела условно здоровых детей; провести сравнительный анализ образов тела у условно здоровых детей и у детей с неврозами;
провести анализ взаимосвязи личностных характеристик и образа тела у детей с невротическими расстройствами.

Методы исследования: клинико-психологический метод - клиническая беседа, сбор анамнестических данных, наблюдение; экспериментально-психологические методы: методика «Рисунок человека» Маховер К., «Словарь интрацептивных ощущений» Тхостова А. Ш., «Тест геометрических фигур» Тхостова А. Ш., Бесковой Д. А, 12 факторный опросник Кеттелла, тест - опросник самоотношения Столина В. В., Пантелеева С. Р.

Результаты исследования показали, что дети с невротическими расстройствами имеют характерные особенности образа тела, которые

выражаются в нарушении симметрии и границ образа тела, искажении переживания целостности и связанности внутреннего психического и телесного опыта. Для них характерно переживание телесной рассогласованности и нескоординированности, слабость личностных границ, недостаточность энергетического тонуса. У детей с невротическими расстройствами выражен недостаток осознания и рефлексии собственных переживаний и межличностных отношений, трудности в вербализации собственных чувств и переживаний, тогда как в контрольной группе условно здоровых детей множественные искажения и нарушения координации главных измерений образа тела в большинстве случаев обнаружены не были.

40 % детей с невротическими расстройствами имеют ограниченный словарь инрацептивных ощущений. У большинства детей из основной и контрольной группах в словарях интрацептивных ощущений преобладают понятия, выражающие неприятные, болезненные ощущения.

Различий в выраженности самоуважения и самоинтереса у детей с невротическими расстройствами и условно здоровых детей не выявлено.

Уровень аутосимпатии, а значит и уровень самооценки у условно здоровых детей выше, чем у детей с невротическими расстройствами. Уровень выраженности фактора глобального самоотношения у условно здоровых детей несколько выше по сравнению с детьми с невротическими расстройствами, но такие различия находятся на 5% уровне, что не дает нам право утверждать, что различия являются достоверными.

Ведущие личностные характеристики детей с искаженным представлением о собственной телесности – скрытность, обособленность, отчужденность, недоверчивостью, необщительностью, замкнутость. Они отличаются низкой дисциплинированностью, зависимостью от настроений, неумением контролировать свои эмоции и поведение, избытком побуждений, которые не находят практической разрядки в процессе деятельности. В их поведении преобладает нервное напряжение, может проявляться агрессия.

Образ тела имеет психологическую природу, и, в большой степени определяется убеждениями и представлениями о себе и своем Я, чем реальной физической данностью. Также существует тесная согласованность между тем, что мы чувствуем по отношению к нашему телу и тем, что мы чувствуем по отношению к себе самому. Поэтому, обращаясь к образу тела, мы как бы обращаемся к себе, своему Я и к сфере самосознания.

У детей с невротическими расстройствами вследствие психотравмирующей ситуации или внутриличностного конфликта происходят негативные изменения в формировании образа собственного тела.

Список литературы:

1. Божович Л.И. Личность, и ее формирование в детском возрасте /Л.И.Божович. - СПб.: Питер, 2008.
2. Дорошина Л. И. «Психология телесности: теоретические и практические исследования. Материалы международной заочной научно-практической конференции» - Пенза, 2008 г.
3. Иващенко А.В., Агапов В.С. Проблемы Я-концепции личности в отечественной психологии. //Мир психологии. Научно-методический журнал.- М.- Воронеж, 2002, №2.
4. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М., 2004.
5. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.

Уровень интеллекта детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии и его влияние на отношение к болезни

Быкова И.С., Деденева О.Г.

Оренбургский государственный медицинский университет

Эпилептические расстройства относятся к числу наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимая в структуре неврологических третье, а в структуре психических расстройств четвертое место. Частота эпилепсии в популяции достигает 0,5-0,8%, а среди детей этот показатель составляет более 1,0% (Бадалян Л. О., Темин П.А., Мухин К.Ю., 1990). Наибольший риск развития судорожных состояний приходится на возраст от 1 до 9 лет (Коптева Л., 2001).

Известно, что 20% больных идиопатической генерализованной эпилепсией имеют жалобы на трудности в обучении (Мухин К.Ю., 1996).

Эпилепсия может быть причиной инвалидизации, и часто у больных эпилепсией основному заболеванию сопутствуют психосоциальные проблемы, депрессия, нарушение когнитивных функций. Для больных эпилепсией характерен широкий диапазон интеллектуальных способностей - от задержек психического развития до высокого уровня интеллекта. Установлено, что уровень интеллекта может снижаться не менее чем на 15% по сравнению со здоровыми лицами в случае наличия эпилептического статуса в анамнезе (Калинин В.В., 2004). Легкое снижение интеллекта выявляется у 20-25% больных, выраженные у 9-10%, грубые нарушения интеллекта - примерно 1%.

Выделяют три специфических типа нарушений обучения при эпилепсии: дефицит памяти (нарушения краткосрочной и временной памяти); дефицит внимания; нарушение "фактора скорости" - замедленность усвоения информации и приобретения навыков. Исследования, проведенные

в Великобритании и Италии, выявили снижение успеваемости в школе по всем предметам у детей с эпилепсией, значительные проблемы при чтении, которые сочетались во многих случаях с эмоциональными расстройствами (депрессия, бедность мотиваций, низкая самооценка) и нарушениями социальных навыков. У молодых взрослых людей с эпилепсией уровень образования нередко ниже, чем у здоровых сверстников (Казаковцев Б.А., 1999).

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана с осознанием больным своей болезни. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента. Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга.

У детей младшего возраста отношение к своему заболеванию складывается непосредственно благодаря эмоциональной оценке своего состояния, у детей препубертатного и пубертатного возраста внутренняя картина болезни все больше усложняется, «интеллектуализируется» (Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д., 2008).

Цель исследования: определить уровень интеллекта детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии и его влияние на отношение к болезни.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: установить уровень интеллекта детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии; определить отношение к болезни детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии; исследовать влияние уровня интеллекта на отношение к болезни детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии.

Объектом исследования являлась группа детей младшего школьного возраста с генерализованной формой эпилепсии в возрасте 8-10 лет.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Оренбурга, в психоневрологическом отделении.

Выборку составили больные с диагнозом «эпилепсия генерализованной формы» (G40.3; G40.4)., находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «Областная детская клиническая больница», в количестве 27 человек, в возрасте от 8 до 10 лет.

В рамках данного исследования были использованы следующие методики:

- Тест Векслера (WISC, детский вариант);
- Методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни).

Результаты исследования показали, что наибольшее количество детей с эпилепсией имеет пограничный уровень вербального интеллекта – 40,74%, далее 25,93% - средний уровень, умственный дефект имеется у 18,51% детей, хорошая норма интеллекта – 7,41%, нижняя граница нормы – 7,41%.

Анализ уровня невербального интеллекта детей с эпилепсией выявил, что наибольший процент детей обладает средним уровнем невербального интеллекта (44,44%), 29,63% детей имеют умственный дефект (по Д. Векслеру 69 баллов и ниже), 11,11% - нижняя граница нормы, 7,41% - хорошая норма невербального интеллекта, пограничный уровень – 3,7%, весьма высокий невербальный интеллект обнаружен у 3,7%.

Уровни интеллекта детей с эпилепсией представлены средними и низкими значениями, детей с высоким и весьма высоким интеллектом не выявлено. Общий интеллект представлен следующими значениями: хорошая норма – 7,41%, средний уровень – 29,63%, нижняя граница нормы – 18,51%, пограничный уровень и умственный дефект в равной степени представлены у 22,22%.

Наименьшее среднее значение результатов обнаружено в субтестах «Словарный» и «Понятливость», что может говорить о низком словарном запасе, культуре речи и мышления; низкой способности моделировать своё поведение в социальных ситуациях, игнорировании или пренебрежении социальной конформности, ослаблении интереса к социальному участию.

В большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре определяется несколько взаимосвязанных сторон, среди которых выделяется интеллектуальная сторона болезни (Николаева В. В., 1987). В связи с этим актуальным является определение влияния интеллекта на отношение к своему заболеванию, в частности, среди детей, больных эпилепсией.

В данном исследовании испытуемые были разделены на группы по уровню общего интеллекта. В каждой группе удалось выявить преобладающие типы отношения к болезни. Среди детей с хорошей нормой интеллекта преобладающими являются анозогнозический и сенситивный типы; со средним уровнем – меланхолический, тревожный и сенситивный типы; с нижней границей нормы интеллекта – сенситивный тип отношения к болезни; с пограничным уровнем интеллекта – анозогнозический; с умственным дефектом (по Д. Векслеру 69 баллов и ниже) – анозогнозический тип отношения к своему заболеванию.

Умеренная положительная корреляционная связь выявлена между вербальным уровнем интеллекта и меланхолическим типом отношения к болезни ($p < 0,05$); слабая корреляционная связь обнаружена между общим уровнем интеллекта и меланхолическим типом, общим уровнем интеллекта и апатическим типом, общим уровнем интеллекта сенситивным типом, вербальным интеллектом и апатическим типом отношения к болезни.

Результаты исследования могут быть использованы при разработке мероприятий по психологической реабилитации детей, страдающих эпилепсией.

Список литературы:

1. Бадалян Л. О., Темин П.А., Мухин К.Ю., Фебрильные судороги // Журнал невропатол., психиатр, 1990. №9. - С. 97-102.

2. Балканская С.В., Студеникин В.М. и др. Ноотропные препараты в коррекции когнитивных функций у детей с эпилепсией // Вопросы современной педиатрии, 2007. Т. 6, № 2. — С. 92–96.

3. Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей и мед.психологов. – СПб, 2008. - С. 26-29.

4. Калинин В.В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2004, Том 104, №2. - с.64-73.

5. Коптева Л. Эпилепсия – из тени // Медицинский вестник, – 2001. № 32. – URL: http:// http://pharminfo.com.ua/731321.html.

6. Мухин К.Ю. Идиопатические генерализованные формы эпилепсии: диагностика и терапия: М. диссертация д.м.н., 1996.

7. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. – М., 1999.

Нейропсихологические и нейроанатомические корреляты криминальной агрессии при расстройствах личности

Геращенко Н.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

Ведущие позиции в изучении расстройств личности подростков занимают сегодня исследования агрессивного поведения. Как отмечают многие авторы, именно при постановке вопроса о проблеме психопатий клиническая психиатрия была вынуждена значительно расширить пределы своей компетенции и ввести в круг изучаемых явлений не только психопатологическую симптоматику, но и различные нейропсихологические и нейроанатомические категории для решения широкого круга актуальных и

практически значимых задач, стоящих перед обществом на современном этапе развития.

В современной литературе происхождение криминальной агрессии при расстройствах личности рассматривается двояко: многочисленные исследования посвящены поиску биологических предиктов агрессивного поведения, многие работы оценивают корреляции между степенью агрессивности и кровного родства (близнецовый, генеалогический методы), расовые особенности агрессивного поведения. В большом числе работ выявлены статистически достоверные факты связи агрессивного поведения с врожденными факторами. Ряд авторов указывают на изменения медиаторного обмена, патогномоничные для агрессивного поведения психопатических личностей, в то время как другие стремятся связать агрессивное поведение с нарушениями в микроанатомическом строении мозга, выявляемыми, например, такими методами исследования как: ядерно-магнитный резонанс, электроэнцефалограмма и компьютерная томография мозга. В то же время параллельно развиваются гипотезы социального происхождения психопатической агрессии. Начиная со ставших классическими работ К. Лоренца, Э. Фромма, М. Фуко, связавших в единую сюжетно-поведенческую стратегию агрессию, сексуальность и самое бытие человеческой природы, наделив человека агрессией и жестокостью в силу его человеческого облика, до современных социально-психологических работ, оценивающих широкий спектр социальных факторов, принимающих участие в развитии психопатий, факторы микроокружения оцениваются многими исследователями как ведущие в формировании агрессивного поведения у психопатических личностей.

А. Ю. Егоров указывает, что распространенность неспецифических аномалий ЭЭГ у лиц, страдающих расстройствами личности составляет от 25 до 50%, что в 2-4 раза превышает общепопуляционный уровень. Согласно Рейну, недостаточность коркового возбуждения теоретически может привести в двум последствиям: во-первых, низкий уровень коркового возбуждения

являются показателями низкого уровня страха, что, в свою очередь провоцирует антисоциальное поведение; во-вторых низкий уровень возбуждения приводит к психологическому состоянию, которое сопровождается неприятными ощущениями. Это состояние с антисоциальным поведением пытаются «исправить» усилив возбуждение коры с помощью проявлений агрессии и насилия. Рейн допускает сочетанное действие этих факторов при возникновении агрессивного поведения.

В 70-е годы Л. Йодалл, сотрудник госпиталя канадской провинции Альберта, сообщил о результатах ЭЭГ исследований, показавших, что у 91% криминальных психопатов отмечается дисфункция передних отделов левого полушария, в то время как у психопатов с коморбидными аффективными расстройствами отмечается дисфункция правого полушария.

О существенной дисфункции левого полушария говорят и ЭЭГ исследования, проводившиеся Филлманом. Он выявил локальные поражения, преимущества левого полушария, которые оказались связанными с более частыми эпизодами жестокой агрессии. Во многих случаях эти нарушения сопровождались умственной отсталостью, эпилепсией или ранними органическими повреждениями мозга.

Приведенные данные перекликаются с исследованием Шмидта и Фокса, в котором были проведены наблюдения за поведением 48-ми четырехлетних детей в коллективных играх, с регистрацией и анализом ЭЭГ у каждого ребенка. Дети с правосторонней активацией лобных структур и выраженной социальной интрузивностью чаще обнаруживали поведенческие проблемы по типу экстернализации, чем дети с той же степенью социальной интрузивности, но с левосторонней активацией лобных структур. Авторы предполагают, что у социально интрузивных нормальных детей с относительно более выраженным на ЭЭГ правосторонним лобным фокусом активации не развиты определенные характеристики, необходимые для надлежащего регулирования эмоционального поведенческого возбуждения. В результате, эти дети подвержены большему риску развития агрессии и

родственных форм поведения.

Уже первые ПЭТ-исследования мозга у субъектов, осужденных за насилие, выявили достоверное снижение метаболизма в префронтальной коры. В более поздних исследованиях с помощью ПЭТ функционального состояния мозга у убийц, находящихся на принудительном лечении в силу признания их невменяемыми, было показано снижение метаболизма глюкозы в префронтальной коре, верхней теменной извилине, левой угловой извилине и в мозолистом теле. Сниженная активность левого полушария, по сравнению с правым, отмечалось также в миндалине, таламусе и в медиальной височной доле.

Исследование мозолистого тела с помощью МРТ у асоциальных психопатов, по сравнению с контролем, показало увеличение объема белого вещества, наряду со снижением толщины каллозума и возрастанием функциональной связи между полушариями. Увеличение каллозального объема коррелировало с аффективным и межличностным дефицитом общения. Патология мозолистого тела положительно коррелировала с выраженностью психопатии и не зависела от психосоциальных факторов. Подобные нейроанатомические изменения в мозолистом теле свидетельствуют о нарушении его развития, в частности ускоренной миелинизации. Эти данные показывают наличие нейроанатомического субстрата нарушения межполушарных отношений у лиц с психопатией, склонных к агрессии.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают наличие нейрокогнитивной дисфункции у лиц, рано проявляющих различные формы агрессивного поведения. Большинство авторов говорят о накоплении леволатеральных признаков как моторных, так и сенсорных у лиц с агрессивным поведением. Это в определенной степени свидетельствует о нарушении межполушарной асимметрии, когда ответственность за сенсорное и моторное доминирование начинает все больше и больше брать на себя правое полушарие. В большинстве работ говориться о более низких

показателях вербального интеллекта по сравнению с невербальным, что так же указывает на снижении активности левого полушария у лиц с агрессивным поведением. Результаты инструментальных исследований частично коррелируют с вышеизложенными данными и также свидетельствуют о нарушении лобных корковых и подкорковых структур. В пользу нарушения межполушарных отношений говорят и изменения мозолистого тела. Косвенным подтверждением особой роли правого полушария в генезе агрессии могут служить и данные Р. Девидсона об особой роли активации правой префронтальной коры с формированием отрицательных эмоциональных реакций — агрессия всегда связана с отрицательными эмоциями.

Как полагает А. Ю. Егоров, нарушение межполушарных отношений со снижением функциональной активности левого полушария и сдвигом ее в сторону правого полушария на фоне биполушарной дисфункции префронтальных отделов справедливо рассматривать в качестве главной нейробиологической основы агрессии.

Это мнение совпадает с результатами электрофизиологических наблюдений, которые позволили выявить изменения во взаимодействии левого и правого полушарий в период моделирования (гипноза) состояния агрессии, сочетающегося с тревогой и страхом.

Определенная противоречивость экспериментальных исследований, в частности, мнения, в каком из двух полушарий имеют место более существенные изменения, можно объяснить, с одной стороны, с различием в трактовках, а с другой — с неоднородностью обследованных групп, наличием различных типов нейропсихологического дефекта при агрессивном и делинкветном поведении. В любом случае, факт нейропсихологического дефицита и нарушения функциональной асимметрии мозга при агрессивном и девиантном поведении можно считать установленным.

Агрессивное поведение ближе всего отвечает следующим критериям: повторяющиеся устойчивые действия или поступки, включающие главным

образом агрессивность деструктивной и асоциальной направленности с картиной глубоко распространившейся дезадаптации поведения. Они проявляются либо в попрании прав других людей, либо в нарушении характерных для данного возраста социальных норм и правил.

В медицинской и психологической литературе существуют различные классификации нарушения поведения. Так, А. А. Александров делит нарушения на три группы:

1. реактивно обусловленные, вызванные психотравмирующей ситуацией (суициды, побеги из дома);
2. обусловленные патологией влечений (садизм, дромомания);
3. обусловленные низким морально-этическим уровнем личности вследствие неправильного воспитания. А.Г. Амбрумова, Л.Я. Жезлова выделяют четыре основных типа нарушений: антисоциальные, делинквентные, антидисциплинарные и аутоагрессивные.

Анализ этих классификаций показывает, что вне зависимости от направленности и особенностей поведения в большинстве подходов агрессивность и агрессивное поведение являются основными качественными характеристиками нарушений поведения. Агрессия как базовая человеческая характеристика лежит в основе всех проявлений деструктивности.

Существуют различные определения агрессии и агрессивного поведения. До сих пор не утихают споры вокруг базового вопроса о статусе агрессии: агрессия — это характеристика поведения или само поведение? Часть авторов рассматривает агрессию как детерминант поведения. Для них агрессия — это драйв, эмоция, аффект, побуждение, мотив, установка, намерение и т. д. Для других, агрессия — это поведенческая структура, имеющая сложное строение и которая неоднозначно связана с эмоционально-волевым комплексом.

С. Н. Ениколопов понимает под агрессией целенаправленное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения,

причиняющее физический ущерблюдям и вызывающее у них психологический дискомфорт.

Агрессивные действия выступают в качестве:

- средства достижения значимой цели;
- способа психологической разрядки, замещения блокированной потребности и переключения деятельности;
- самоцели, удовлетворяющей потребность в самореализации и самоутверждении.

Р. Бэрон и Д. Ричардсон дают еще более простое определение агрессии как «любой формы поведения, нацеленной на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения». Авторы подчеркивают, что в этом определении агрессия рассматривается и как модель поведения и как намеренное действие. По направленности на объект выделяют внешнюю (гетероагрессию, экстрапунитивную) и внутреннюю (аутоагрессию, интрапунитивную). Гетероагрессия характеризуется открытым проявлением агрессии в адрес конкретных лиц, либо «смещением» ее на безличные обстоятельства, предметы или социальное окружение (смещенная агрессия). Например, субъект набрасывается на своего обидчика с кулаками, издевается над животными, портит вещи обидчика. Аутоагрессия характеризуется выражением обвинений или требований, адресованных самому себе. Субъект мучается «угрызениями совести», занимается самонаказанием, самоистязанием.

Фешбах ввел в свою классификацию агрессии важную переменную, связанную с мотивированием поведения — на основании этого критерия он выделили три типа агрессивного поведения:

1. враждебная агрессия — имеет своей целью причинить другому субъекту неприятные или психологические ощущения;
2. инструментальная агрессия — целью такого поведения является не само причинение вреда другому субъекту, а решение

определенной проблемы;

3. экспрессивная агрессия — является формой самовыражения и самоутверждения с помощью применения насилия.

Исследования агрессии на животных показали, что существуют определенные участки мозга, ответственные за формирование данной поведенческой девиации. Врожденная способность тормозить или инициировать агрессию, необходима для адаптации и, в конечном счете, выживания каждой особи. Нейрональные сети, контролирующие агрессивные тенденции, расположены билатерально в префронтальной коре с центром в лимбической системе, включая перегородку, гиппокамп, хвостатое ядро, таламус и миндалину. Задние отделы мозга, участвующие в реализации агрессии представлены передней долей мозжечка. В зависимости от места стимуляции мозга у животного можно вызвать агрессию, так и пассивное поведение.

У человека агрессия, в отличие от животного, в большей степени подвержена волевому контролю, хотя и зависит от влияния окружающей среды.

Для изучения различных проявлений агрессии у человека важным оказывается знание, как мозговых механизмов, так и того, как локальные повреждения мозга могут приводить к агрессивному поведению даже когда человек хочет сохранить полный контроль над своими действиями.

Д. Коннор подчеркивает, что важность изучения нейро- и психобиологических основ агрессивного поведения обусловлена следующими обстоятельствами:

1. Лучшее понимание психобиологических коррелятов агрессивного поведения может привести к лучшему пониманию его психосоциальной этиологии. Так, психосоциальные факторы могут быть причиной агрессии, однако влияние этих факторов на развитие и временную устойчивость агрессивного поведения может опосредоваться нейропсихологическими или психофизиологическими

явлениями ЦНС.

2. Высокая семейная концентрация проявлений неадекватного и антисоциального поведения, обнаруженная в исследованиях семей групп риска, указывает на возможность того, что в генезе этих форм поведения могут играть определенную роль генетические переменные. Так как фенотипическое выражение генетических факторов может осуществляться через нейропсихологические и психофизиологические механизмы, исследование этих переменных также представляется важной задачей.

3. Поскольку агрессия и родственные ей формы неоднородны по своей природе, то лучшее понимание нейропсихологическихпеременных может помочь сгруппировать эти формы поведения в более концептуально и физиологические подтипы.

4. Прогресс в понимании психобиологических переменных может способствовать разработке более совершенных методов психосоциальной и психофармакологической терапии агрессивного поведения.

В 1992 году Джонес описал следующие нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе насилия, которые легли в основу трех нейропсихологических теорий агрессивного поведения. Эти теории связывают агрессию с: повреждением лобных отделов мозга и их связей с подкорковыми отделами; с повреждением височных отделов и связанных с ними лимбических структур; с более обширным повреждением мозга, возникающим как следствие деменции и делирия. Следует заметить, что все три теории не противоречат и как бы дополняют друг друга.

Известные испанские исследователи П. Рольфс и Дж. Рамирес пришли к выводу, что агрессивное поведение есть следствие большей активации левополушарных префронтальных структур, чем правополушарных.

Действительно, дисфункция лобных долей в последние два десятилетия многими авторами считается важным нейропсихологическим паттерном

агрессивного поведения. Анатомически лобная доля подразделяется на три области: латеральная (конвекситальная), медиальная (поясная) и орбитальная, дисфункция каждой из которых вносит вклад в формирование агрессивного поведения. Высказывалось предположение, что латеральная лобная кора участвует в регуляции физической агрессии, так как в норме эта область отвечает за сознательным контролем двигательного поведения. Медиальная кора поддерживает регулирование функций вегетативной нервной системы и эндокринной системы. Она имеет отношение к выработке условно-рефлекторных эмоциональных реакций, к голосовым реакциям, связанным с выражением внутренних состояний и к присвоению эмоциональной валентности внутренним и внешним раздражителям. Дисфункция медиальной/поясной лобной коры имеет своим следствием психопатическое, асоциальное или другое отклоняющееся социальное поведение. Повреждение орбитальной коры может приводить к повышенной расторможенности, импульсивности, раздражительности, повышенной моторике, эйфории и к нарушениям внимания в сочетании с повышенной отвлекаемостью. С дисфункцией этой области связывается психопатический подтип агрессии. Кроме дисфункции орбитальной коры нейробиологическую основу психопатии составляет изменение объема миндалины: чем меньше объем миндалины, тем более выражена психопатия.

Сопоставив литературные экспериментальные данные можно сделать вывод о том, что важнейшим нейропсихологическим фактором делинквентности является нарушение функции лобных долей. Нарушение функции лобных долей было выявлено у разных групп испытуемых, так или иначе проявляющих агрессию.

Английский исследователь Р. Блэр считает, что важно различать по генезу реактивную и инструментальную агрессии, поскольку они связаны с различными расстройствами: «приобретенной социопатией», возникающей на фоне поражения орбито-фронтальной коры, и психопатией, возникающей на фоне ранней дисфункции миндалины. В свою очередь Ч. Гольден

приходит к выводу, что психопатические личности делятся, как минимум, на две подгруппы: группу, имеющую поражения префронтальных отделов и группу без видимых повреждений мозга. Они характеризуются импульсивностью, инфантильностью, неспособностью к самоконтролю и антиципации, легкой индуцированностью, что лежит в основе их агрессивных действий. Агрессивная гиперреакция у них особенно заметна в периоды стресса. Напротив, представители второй группы отличаются хорошими антиципационными и организаторскими способностями. Агрессия у них возникает как необходимая составляющая плана асоциального и криминального действия. Их асоциальность является не следствием мозговой дисфункции, а влиянием микросоциальной среды и проблемного воспитания. Более того, такие лица часто привлекают представителей первой группы для осуществления своих планов.

Описанные выше сведения достаточно разносторонне характеризуют современные научные представления о природе агрессивных состояний.

Список литературы:

1. Зиновьева Д.М. Психоаналитический взгляд на нарушения поведения детей и подростков: учебно-методическое пособие - Волгоград: ФГОУ ВПО ВАГС, 2010. - 100 с.

2. Егоров А. Ю, Игумнов С.А. Расстройство поведения у подростков. Клинико-психологические аспекты. - Спб.: Речь 2005. - 436 с.

3. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. - Спб.: Питер 2001. - 352 с.

4. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. - М.: Республика 1994. - 635

5. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. - М.: МЕДпресс 2001. - 433 с.

6. Змановская Е.В., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы. СПб.: Питер, 2010. - 352 с.

7. Фуко М. Психическая болезнь и личность - СПб.: Гуманитарная

Академия, 2010. - 320 с.

8. Шмидт А.А. Коррекция агрессивного поведения у детей дошкольного возраста. Материалы VI Международной студенческой электронной научной конференции

9. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. - М.: Медицинская книга, 2007. - 321 с.

10. Горшков И. В., Горинов В. В. Расстройства личности и агрессия - Российский психиатрический журнал. - 1998.-№ 5. 72 с.

11. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях - М.: Независимая фирма "Класс", 1998. - 368 с.

12. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий, М.: 1971. - 163 с.

13. Симонов Л. В. Мотивированный мозг. Высшая нервная деятельность и естественные основы общей психологии. - М., 1987. - 374 с.

14. Полунина А.Г., Брюн Е.А. Антисоциальное поведение: нейропсихологические корреляты и роль нейробиологических факторов М. 2013

15. Фарбер Д. А., Семенова Л. К, Алферова В. В. Структурно-функциональная организация развивающегося мозга. Л.: Наука, 1990. - 256 с.

16. Blair R.J.R. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy - J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2001. Vol. 71. P. 727–731.

17. de Oliveira-Souza R., Hare R.D., Bramati I.E. et al. Psychopathy as a disorder of the moral brain: fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry - Neuroimage. 2008. Vol. 40, N 3. P. 1202–1213.

18. Decety J., Michalska K.J., Akitsuki Y., Lahey B.B. Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: a functional MRI investigation - Biol. Psychol. 2009. Vol. 80, N 2. P. 203–211.

19. Hill D.E., Yeo R.A., Campbell R.A. et al. Magnetic resonance imaging

correlates of attention-defi cit/hyperactivity disorder in children - Neuropsychology. 2003. Vol. 17, N 3. P. 496–506.

20. Konrad L. “On Aggression” Psychology Press. 2002. - 61.

21. Morgan A.B., Lilienfeld S.O. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function - Clin. Psychol. Rev. 2000. Vol. 20, N 1. P. 113– 136.

22. Raine A., Lenez T., Taylor K. et al. Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals - Arch. Gen. Psychiatry. 2003. Vol. 60. P. 1134–1142.

Культивирование девиантности для несовершеннолетних через лирические тексты и противодействие ему

Давыдов А.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Monsieur-garfield@yandex.ru

Введение. Известно, что «массовое искусство» может носить манипулятивный характер, являясь опасным орудием вмешательства, отвлекающим человека от истинного смысла жизни. Выдающийся социолог П.Сорокин сравнивал современное искусство с музеем социальной и культурной патологии [6]. Одной из разновидностей искусства являются лирические тексты, т.е. поэтические и музыкально-поэтические произведения, систематизация воздействия которых на молодежную аудиторию явилась целью настоящего исследования.

Материалы и методы. Проведен анализ психофизиологических исследований музыкальных воздействий в западной и отечественной литературе, который показал наличие возможных отрицательных эффектов

влияния современной рок-поп-музыки на молодежь, в частности, сходных с воздействием наркотических и психотропных средств.

Результаты. Для наглядности представим в качестве предпочтения данной возрастной группой жанр «альтернативный» рок», который, как установлено специалистами, опасен, поскольку пропагандирует девиантность и катализирует депрессию:

«Дорожки пыли и пыль дорожек,
Белый смелый, хитрый тоже.
Покатились глаза по бледной коже,
У меня есть ножик, где-то ножик.
И мы с тобою станем вместе,
Как Сид и Нэнси, Сид и Нэнси,
И ни за что не доживём до пенсии,
Мы Сид и Нэнси, Сид и...» [2].

Была подтверждена связь между предпочтением подростками жанра реп и началом ранней половой жизни [11], о чем свидетельствуют следующие строки:

«Давай представим, будто мы попали в сказку,
Будто я - Эдвард, а ты - Белла, и пусть опасна
Эта любовь... ты будешь для меня богиней
А я твоим... личным сортом героина» [1].

Первостепенное значение указанного феномена нужно отдать ритму, ведь на основе ритмики происходит возникновение в концептуальной системе реципиента эмоций, адекватных доминантным эмоциям текстов, а ритм, таким образом, интегрирует музыкальный и поэтический тексты.

Речь - естественное психологическое свойство человека, а ритм, как составляющая речи, базируется на особой психофизиологической основе, что и определяет универсальность «ритмических структур» [10]. Так, влияние любых лирических текстов строится на общей для них проникновенности, в основе которой:

- эстетические эмоции, приводящие в свою очередь, к запоминаемости, а в основе того и другого лежит ритмическая организация [7, 9].
- специфичность лирики, позволяющая реципиенту самоинтегрироваться в сюжет и превращать восприятие выражаемых мыслей в разговор с самим собой [3].

Поскольку проникновенность - универсальное свойство для лирики, ее можно использовать и в воспитательных целях, тем более, что произведения с «тематикой здравомыслия» - тоже часть современной культуры:

«Эти ментоловые сигареты просто ужас.
Ну как ты их куришь, скажи мне, как ты их куришь?
И эту модную музыку, как ты можешь слушать?
Она что нравиться тебе? Да ты сама себя дуришь!» [5].

Заключение. Представленное влияние лирических текстов на их реципиентов можно использовать не только в отрицательном, но и в позитивном ключе, как способ противодействия культивированию девиантности среди молодежи и как метод воспитания, с учетом личностных особенностей подростков [4] Для этого возможно привлечение молодежи к созданию и исполнению различных видов песенных тестов, а также лирики жанра реп «противодевиантной направленности». Подобные приемы можно использовать при активном вовлечении молодежь в профилактическую работу, ориентированную на первичную профилактику химической зависимости среди подростков, например, в рамках волонтерских движений [8], а художественными номерами целесообразно дополнять сценарии масштабных культурно-массовых мероприятий для оказания положительного воздействия на широкий круг лиц.

Список литературы:

1. Алиев Б. Сумерки [Электронный ресурс]: URL: http://song5.ru/text/бах-ти-сумерки (дата обращения 27.03.2016)

2. Булатов Р.Б. Сид и Нэнси[Электронный ресурс]: URL: http://www.megalyrics.ru/lyric/lumen/sid-i-nensi.htm(Дата обращения: 27.03.2016)

3. Группа Н-41 Курсовая работа по теме: коммуникативная структура лирических произведений на примере поэтов-романтиков XVIII века Новалиса и К. Брентано. [Электронный ресурс]: Опубликовано - Пенза: Пензенский государственный педагогический университет им. Белинского, 2001 URL: http://refoteka.ru/r-64555.html (дата обращения 13.03.2016)

4. Леус Э.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Личностные особенности младших подростков со склонностью к аддиктивному поведению // Наркология. - 2006. - № 12. - С. 35-38

5. Мильковский Е. [Электронный ресурс]: URL: http://www.megalyrics.ru/lyric/niervy/glupaia.htm (Дата обращения: 27.03.2016)

6. Ревина Я. С. Психотерапия искусством: Созерцание возносящей красоты // Вестник НГУ. Серия: Психология. 2012. Том 6, выпуск 1.С. 66 – 85

7. Салямон Л. О физиологии эмоционально-эстетических процессов [Электронный ресурс]: Опубликован в Содружество наук и тайны творчества. - М., 1968. URL: http://www.aquarun.ru/psih/tvor/tvor13.html (дата обращения 13.03.2016)

8. Харькова О.А., Червина Н.А., Парамонов А.А., Соловьев А.Г. Волонтерское движение как инновационный наркологический сервис // Экология человека. – 2007.- № 10. – С. 49-52

9. Хромов В. Мнемотехника. Искусство запоминания [Электронный ресурс]: URL: http://www.superidea.ru/intel/mem/iszap.htm (Дата обращения: 19.03.2016)

10. Чернышева Н. Ю. Ритм художественного текста как смыслообразующий фактор его понимания[Электронный ресурс]: Опубликован – Барнаул: Алтайский государственный университет, 2002 URL: http://starling.rinet.ru/~minlos/thesis/Chernysheva2002.pdf (дата обращения 26.03.2016)

11. URL: http://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-3465269/Rap-music-DOES-encourage-underage-sex-Explicit-tracks-make-teens-think-peers-sexually-active.html (дата обращения 27.03.2016)

Деструктивные реакции подростков, воспитывающихся в условиях социально-психологической депривации

Дереча Г.И.[1], Кислина Л.В.[2] , Дерябина И.В.[2]

[1]*Оренбургский государственный медицинский университет*

[2]*Оренбургский областной клинический наркологический диспансер*

Введение

Молодое поколение переживает сегодня кризисную социально-психологическую ситуацию. Разрушены прежние, устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации.[4,6] Выработка новых форм психологической и социальной адаптации происходит хаотично, бессистемно и лавинообразно. Молодежь утрачивает ощущение смысла происходящего и не имеет требуемых жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый образ жизни.[1,3,5]

Очевидно, что очень многие люди, в том числе молодого возраста, не готовы к преодолению возрастающего психоэмоционального напряжения, что приводит к возникновению различных форм «саморазрушающего»

поведения: употреблению наркотиков, алкоголя, суицидам, побегам из дома и бродяжничеству, вандализму, сексуальным отклонениям и др. [2,4]

Цель работы - выявить взаимосвязь стилей воспитания и механизмов психологических защит у подростков из группы риска.

Задачи:

1. Выявить стили воспитания и предпочтительные механизмы психологических защит у подростков из группы риска.

2. Экспериментально изучить взаимосвязь стилей воспитания и психологических защит у подростков из группы риска.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленных задач использовался комплекс методов:

1.Теоретичекие: анализ, обобщение и систематизация общих положений психолого-педагогической литературы.

2. Клинико-патопсихологический метод исследования.

3. Клинико-психологический метод исследования.

4. Методы обработки и интерпретации данных: количественный и качественный анализ полученных результатов.

Исходя из данных теоретических предпосылок, нами было проведено исследование на базе Оренбургского Областного Клинического Наркологического Диспансера. В группу были включены юноши в возрасте 13-17 лет, направленные на лечение в связи с употреблением алкоголя и токсикоманических веществ. Выборка составила 30 человек. В качестве методологического инструментария была выбрана методика «Индекс жизненного стиля» и опросник «Подростки о родителях».

Результаты

Анализ полученных результатов показал, что подростки, находящиеся на лечении в ООКНД, склонны к использованию таких типов психологических защит как «замещение», «отрицание», «компенсация» и

«реактивные образования». Несколько меньше подростки склонны к использованию таких защитных механизмов как «вытеснение», «регрессия», «проекция» и «рационализация».

Средние показатели частоты использования механизмов психологической защиты значительно превышают средние величины нормативных данных, которые предоставляют авторы методики. Это свидетельствует о том, что, стремясь к быстрому снятию эмоционального напряжения, и предотвращению дезорганизации поведения и психики подростки часто используют различные механизмы психологической защиты, которые не до конца позволяют им осознать происходящую ситуацию, а также, отрицают, искажают и фальсифицируют действительность.

Анализ полученных результатов по методике «Подростки о родителях», адаптированной Л.И. Вассерманом, во взаимоотношениях подростков, находящихся на лечении в ООКНД и их матерей, преобладают директивность, враждебность и непоследовательность, именно эти факторы приводят к открыто враждебным отношениям между подростками и их матерями.

Корреляционный анализ показал, что директивность имеет прямые положительные взаимосвязи с враждебностью ($k= 0,401$ при $p\leq0,10$) и непоследовательностью ($k= 0,398$ при $p\leq0,10$). Строгость и чрезмерную агрессивность во взаимоотношениях с матерями подростки трактуют как враждебность. Несмотря на то, что со стороны матерей постоянно демонстрируется позитивная активность и ответственность за судьбу ребенка (в основном на вербальном уровне), ребенок чувствует ее подозрительность, критику, желание самоутвердиться за его счет. Непоследовательность матерей в отношениях с подростками проявляется в чередовании таких психологических тенденций как господство силы и амбиций с одной стороны и покорность, сверхальтруизм и недоверчивая подозрительность с другой. Причем и то и другое имеет экстремальные формы выраженности.

Корреляционный анализ выявил, что директивный стиль влияет на использование таких механизмов психологической защиты как регрессия (k= 0,505 при p≤0,05) и компенсация (k= 0,407 при p≤0,10). Жесткий контроль со стороны матерей, тенденция к власти, основанная на амбициях, отсутствие во взаимоотношениях симпатии и отзывчивости - вынуждают детей использовать более простые и доступные поведенческие стереотипы, мотивационно - потребностная сфера личности изменяется в сторону упрощенности и доступности, а опасения, что не удастся реализовать родительские ожидания, приводят к напряжению, превращающемуся в мечты о необыкновенных успехах, которые в действительности достичь невозможно. Чтобы избавиться от комплекса неполноценности, которое внушается им матерями, воображаемые недостатки и дефекты подростки заменяют другими качествами, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей другой личности.

Враждебность имеет прямую положительную взаимосвязь с замещением (k= 0,543 при p≤0,05). Негативные эмоции, которые вызывает агрессивное, подозрительное и чрезмерно строгое отношение матери, подросток направляет на объекты, имеющие меньшую опасность или более доступные.

Непоследовательность в воспитании ребенка вынуждает его пользоваться такими защитными механизмами как регрессия (k= 0,555 при p≤0,05), компенсация (k= 0,496 при p≤0,05), замещение (k= 0,430 при p≤0,10), интеллектуализация (k= 0,431 при p≤0,10). Экстремальные формы выражения матерями противоположных качеств, таких как сила, амбиции по отношению к подросткам, в тоже время деликатность и альтруизм в отношениях с ними, приводят подростков в замешательство, они начинают использовать инфантильные поведенческие реакции. Стремясь к определенности, подростки ищут доводы и доказательства в пользу правильности и неправильности своего поведения.

Заключение

Проведенный анализ психологических исследований позволил предположить, что поиск путей формирования и активизации защитных механизмов личности связан с семейным воспитанием, которое в наибольшей степени способствует развитию личностного потенциала.

Следовательно, своевременная диагностика и коррекция патологических взаимоотношений между родителями и подростками позволит увеличить личностные ресурсы подростков, что бы более эффективно противостоять негативному давлению общества.

Список литературы:

1. Дереча, В.А. Психология и психопатология личности/В.А. Дереча. – 2-е изд. дополненное. – Оренбург: Дизайн-студия, 2009. -270 с.
2. Дереча, В.А. Человек в поисках острых ощущений. Об алкогольной, наркотической, игровой и других видах зависимости личности и их профилактике. 2-е изд., переработанное. – Оренбург: Изд-во ГУ РЦРО, 2007. – 91с.
3. Змановская, Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. – М.: Академия, 2008. – 288 с.
4. Змановская Е. В., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы. – СПб.: Питер, 2011. – 352 с.
5. Мамайчук И.И., Смирнова М.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. – СПб.: Речь, 2010. – 400 с.
6. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

Зависимость выраженности макиавеллизма как личностной черты от некоторых социальных и наследственных факторов у подростков

Зайцева Е. С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение

Впервые понятие «Макиавеллизм» появилось вXVII в. на протяжении долгого времени содержание понятия «Макиавеллизм» формировалось и видоизменялось. Одно из первых определений «Макиавеллизма» взято из книги Николо Макиавелли «Государь», где в качестве идеального политика выступает личность, беззастенчиво манипулирующая окружающими исключительно в собственных интересах [1]. По мнению создателя, Мак - шкалы Кристи Р. и его ученицы Гейс. Ф. *макиавеллизм* – это психологический синдром, который основывается на сочетании взаимосвязанных когнитивных, поведенческих и мотивационных характеристик. Основными психологическими составляющими макиавеллизма как личностной ориентации являются: убеждение субъекта в правильности манипулирования другими людьми, а также конкретные навыки и умения манипуляции.

Подростковый возраст – это период активного, ярко выраженного стремления противопоставить себя взрослым, отстаивая свои права и собственную независимость, а также стремления к общению. Подросток ищет себя, свое место в социуме, стараясь занять достойное место среди сверстников. Для достижения этой цели хороши любые средства, а в крайних ситуациях возможно использование действенных средств, таких как манипулирование [3].

Макиавеллистичность в подростковом возрасте выражается в виде цинизма, отчужденности, эмоциональной холодности. С одной стороны,

данные свойства личности могут помешать гармоничному и полноценному развитию личности подростка. Однако с другой стороны, это актуализирует его потребности в сотрудничестве, желании иметь доброжелательные отношения и хорошо выглядеть в глазах окружающих и сверстников [2].

Цель данного исследования изучить влияние некоторых социальных (полная/неполная семья) и наследственных (наличие психического заболевания, алкогольной и/или наркотической зависимости, а также судимости у кого-либо из членов семьи) факторов на выраженность макиавеллизма как личностной черты у подростков.

Материалы и методы

Выборку составили 30 подростков в возрасте от 13 до 15 лет (16 мальчиков, 14 девочек); из них 18 человек росли в полных семьях и 12 человек – в неполных; у 4 подростков в семье есть родственники, имеющие алкогольную/наркотическую зависимость и у 5 – родственники привлекались к уголовной ответственности. Исследование было организовано и проведено в образовательном учреждении г. Оренбурга. Использовалась шкала «Макиавеллизм» (Кристи Р. И Гейс Ф., 1970г.). Для статистической обработки данных использовался регрессионный анализ.

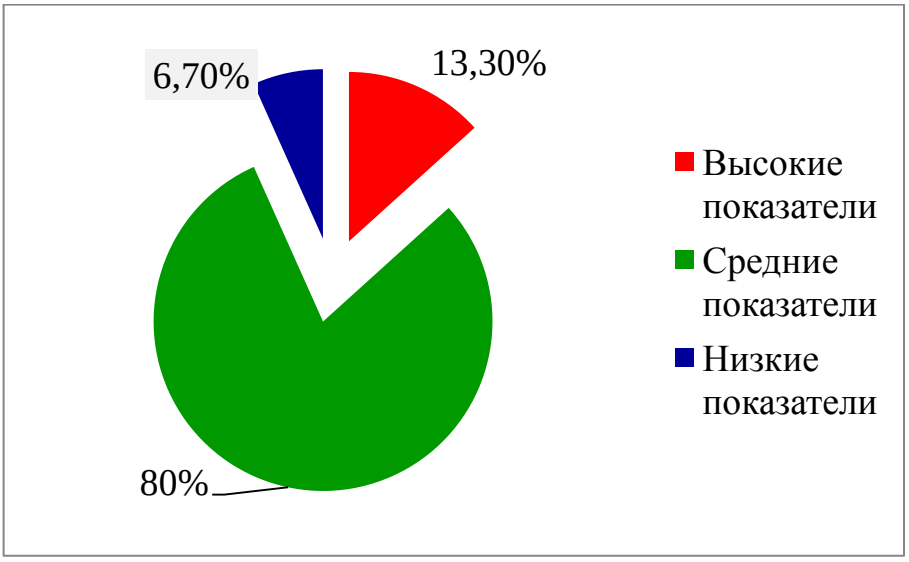
Результаты

Дескриптивная статистика установила средние показатели по шкале «Макиавеллизм» (M = 75,63 SD = 9,152). Высокие баллы по шкале «Макиавеллизм» были выявлены у 13,3% (4 человека). Это предполагает: критичность, настойчивость в достижении цели, качества лидера. Пренебрежение социальным одобрением, прагматичность. Тщеславие, умение приспосабливаться к любой ситуации. Средние показатели – у 80% (24 человек). Это предполагает: эмоциональность, отсутствие умения держать свои мысли и чувства под контролем. Ориентированность на собственные желания, а также готовность помогать другим.

Подготовленность к определенной ситуации, четкость в правилах и способах действий. Низкие баллы по шкале «Макиавеллизм» были выявлены у 6,7% (2 человека). Это предполагает: застенчивость, вежливость, сострадательность, эмпатию. Потребность в помощи, признании со стороны окружающих. Правдивость, добросовестность.

Диаграмма 1

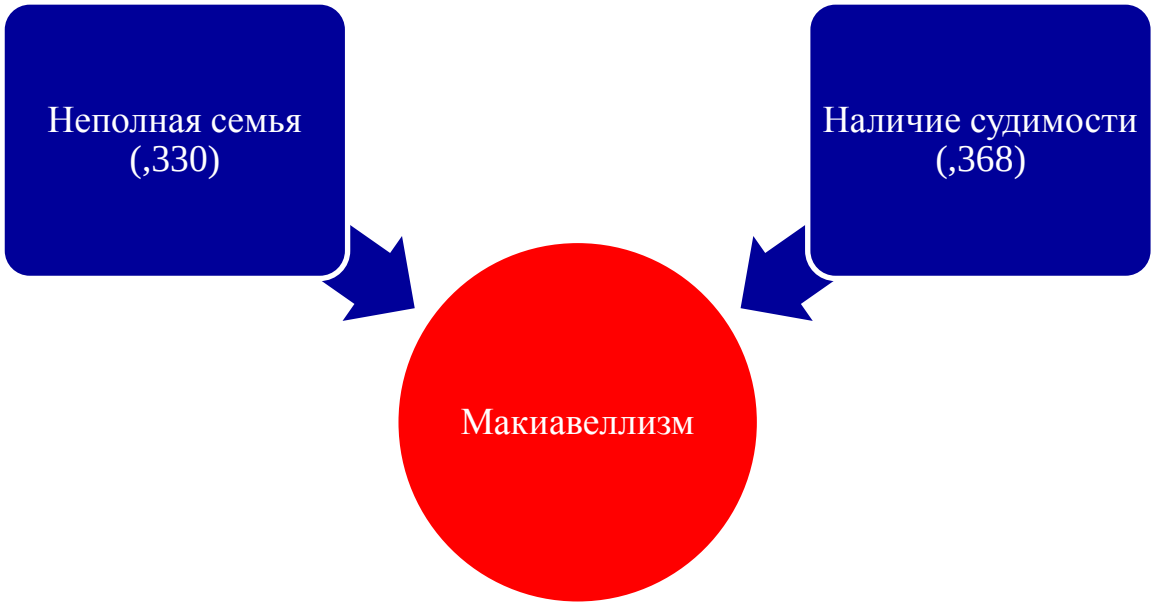
Выраженность макиавеллизма как личностной черты у подростков в процентном соотношении



Регрессионный анализ установил влияние некоторых социальных и наследственных факторов на вероятность развития макиавеллизма, а именно: неполная семья (,330), наличие судимости (,368). Таким образом, наличие судимости у кого-либо из членов семьи подростков, а также неполная семья являются основными детерминантами формирования макиавеллизма, как личностной черты у подростков.

Диаграмма 2

Детерминированность формирования макиавеллизма некоторыми социальными и наследственными факторами



Заключение

Настоящее исследование показало, что макиавеллизм как личностная черта в группе условно здоровых подростков присутствует в 13,3% случаев. Также было установлено, что вследствие нарушения семейной системы в виде неполной семьи или наличия судимости у кого – либо из членов их семей подростки являются более тревожными, с неустойчивой самооценкой, ищущие поддержки в социальном окружении, что в свою очередь напрямую либо косвенно влияет на развитие макиавеллизма как личностной черты, в виде убеждения подростков в правильности манипулирования другими людьми, с целью самоутверждения и поднятия собственного авторитета в группе сверстников.

Полученные данные позволят проводить работу с данными респондентами в рамках психопрофилактики девиантного поведения, в виде гармонизации и полноценного развития личности подростков.

Список литературы:

1. Знаков В. В. Макиавеллизм, манипулятивное поведение и взаимопонимание в межличностном общении/ В.В. Знаков//Вопросы психологии. - 2002. - № 6. – С. 22 - 53;

2. Знаков В. В. Методика исследования макиавеллизма личности. - М.: Смысл, 2001. – 11 с.;

3. Кон И. С. Подросток и сверстники/И.С. Кон//Психология подростка/Под ред. А. А. Реана. - СПб.; М., 2003. – 480 с.

Влияние музыки из мультфильмов на становление личности ребенка

Ковтуненко А.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет

«У детей своя собственная манера видеть, думать и чувствовать, и нет ничего безрассуднее, как желать заменить ее»

Ж.Ж. Руссо

С раннего детства, а именно в 1,5-2 года - с момента появления у ребенка чувства «Я», или так называемого чувства самости, когда он начинает осознавать себя субъектом, понимать себя и управлять собою, начинается процесс становления личности. Существуют десятки, если не сотни определений того, что собою представляет личность. Анализ некоторых из них позволяет говорить о том, что «личность – это определившаяся, социализированная и культурализованная самость человека» [1]. Как видно из определения, один из основных процессов, которые проходит личность по мере своего развития - культурализация (т.е. усвоение морали, норм, правил,

манер поведения, ценностей, духовности или бездуховности и т.д.). Частью культуры, ее носителем, является искусство. В данный исторический момент искусство весьма разнообразно и многогранно. Один из популярных видов массового современного искусства – мультипликационные фильмы, представляют собой мощное средство воспитания детей и играют большую роль в формировании культуры подрастающего поколения.

«Мультфильмы – это произведения, которые создаются методом покадровой съемки последовательных фаз движения рисованных объектов» [4]. Не последнюю роль в создании мультфильма играет его музыкальное сопровождение. Музыка (зачастую на изображение накладывается мелодия со словами), используя свой арсенал выразительных средств, задает темп движения героев, озвучивает и «одушевляет» их, помогает понять, какие чувства они испытывают, что думают и о чем переживают, подсказывает зрителю развитие событий, усиливает эмоциональное впечатление, углубляет этическую сторону сюжета, и тем самым также служит средством воспитания детей.

«В 1936 году в Советском Союзе появилась киностудия «Союздетмультфильм»» [2]. Заказчиком мультфильмов было государство, задачей которого было воспитание граждан с необходимыми ему качествами. Многие носили морализаторский характер и были просты для восприятия: в конце ясно и четко проговаривалась мораль. Каждая деталь в мультфильме тщательно продумывалась перед тем, как выйти на экран. Целью ставилось воспитание в маленьком человеке конкретных качеств, например таких, как патриотизм, смелость, способность трудиться, умение подчиняться старшему и т.д. «В начале 1990-х годов отрасль, заложившая основные идеологические ценности предшествующего поколения, пришла в упадок»[3]: «Союзмультфильм» лишился финансирования, и телевидение России заполнила зарубежная анимация, в основном американского происхождения, направленная на получение прибыли. Да и немногие появляющиеся новые студии в России тоже были настроены на коммерцию. Такие цели имеют

мало общего с воспитательными задачами. Чтобы достичь максимальной прибыли продукт должен быть рассчитан на разновозрастного зрителя, отсюда недетские темы, сальный юмор, жаргонные словечки. И если мультфильм не содержит в себе общечеловеческих культурных ценностей, он содержит другие ценности, которые неспособные к фильтрации дети впитывают в себя, как губка. Сюжеты современных мультфильмов часто содержат совершенно недетские темы: драки, насилие, смерть, убийство, похороны, долги, разборки, месть. И музыка в них, разумеется, соответствующая.

Сравним воспитательный потенциал музыки мультфильмов советского периода и современных зарубежных мультфильмов.

Сюжет советских мультфильмов наравне с музыкой прививали детям ценность родителей, семьи, друзей, стремление к хорошим, добрым отношениям, воспитывали чувство коллективизма, развивали понимание того, что в коллективе жить надежней и веселей, чем одному. В западных мультфильмах ценность имеет только то, что несет личную выгоду, а сами понятия семьи, дружбы, доброты потеряли свою значимость. Для подтверждения этого приведем небольшие фрагменты из советского мультфильма «Тимка и Димка» и современного американского мультфильма «Губка Боб»:

1) *«Дружба крепкая не сломается,*
   Не расклеится от дождей и вьюг.
   Друг в беде не бросит, лишнего не спросит,
   Вот что значит настоящий верный друг».

2) *«Кто смог тебе помочь поднять штаны?*
   Кто подвезёт тебя а гробу?
   Стукнет сильно по лицу?
   Так что же у нас общего?
   Мы Друзья – Идиоты…»

Чтобы добиться результата, надо потрудиться. Труд – основа жизни, любое дело нужно доводить до конца – вот это правило несли в себе сюжет и музыка советских мультфильмов. Западная мультипликация навязывает преобладание лишь низменных потребностей. Еще раз сопоставим слова из мультфильмов советского и зарубежного происхождения:

1) *«Какой чудесный день,*
Работать мне не лень,
Со мной мои друзья и песенка моя»(из м/ф «Песенка мышонка»)

2) *«Акуна Матата*
Смысл фразы так прост.
Акуна Матата
Веселись в полный рост!
Забудь заботы и держи трубой хвост.
Вот и весь секрет, живи сто лет!».

В детстве начинается формирование понятий добра и зла. Советская мультипликация имела четкие разграничения того, что такое хорошо, а что такое плохо. Герой с отрицательными качествами предлагался зрителям как антипример для подражания. В западных же мультфильмах данные понятия размыты. Главный герой, который всегда воспринимается, как правило, положительным несет в себе и положительные и отрицательные качества, в итоге и те и другие ребенок считает позволительными:

1) *«Кто доброй сказкой входит в дом?*
Кто с детства каждому знаком?
Кто не ученый, не поэт,
А покорил весь белый свет,
Кого повсюду узнают,
Скажите, как его зовут?
Бу! Ра! Ти! Но!
Буратино!»

2) *«Дым и пламя, шум и гром,*

Дерзость и расчёт...

Чёрный рыцарь скрыт плащом,

Славы он не ждет.

Но прочь с дороги, враг,

Трепещи, злодей, —

Он идёт!..

Чёрный Плащ!

Помимо размытых понятий добра и зла, размываются образы мужественности и женственности. Например, для российского общества всегда традиционными женскими качествами были целомудрие, застенчивость, бескорыстие, скромность и материнство. У героинь западных мультфильмов этого нет, они наделяются физической силой (что традиционно является мужским качеством) и жестокостью. В итоге девочки впитывают эти образцы поведения, а у мальчиков формируется ориентир, к которому в дальнейшем они будут бессознательно стремиться при выборе спутницы жизни.

Это лишь частичное сравнение музыкальных сопровождений сюжетов советской и западной мультипликации. Но уже оно позволяет сделать некоторые выводы:

- музыка в мультипликации выполняет информационную, эстетическую, эмоциональную, художественную нагрузку, глубже раскрывает ту сторону сюжета, которую хочет показать автор, и выполняет воспитательную функцию;
- музыка современных мультфильмов, которые стали любимыми среди детей, так же как и сам сюжет, несет в себе антивоспитательный потенциал с подмененными общекультурными человеческими ценностями, а помимо того - модели дезадаптивного поведения, которые навязываются зрителям. Эти «шаблоны» усваиваются детьми как на сознательном, так и на бессознательном уровне в дошкольном и школьном возрасте, что служит

хорошей основой для формирования в дальнешем асоциальности и антисоциальности.

Список литературы:

1 Дереча, В.А. Теории личности [Электронный ресурс] : учеб.пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча. - Электрон.текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт.диск. - Загл. с титул.экрана. - (в конв.) : Б. ц.

2. Немирич А. А. Ребенок у телеэкрана: смотреть, чтобы понимать // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения . 2012. №24-2. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/rebenok-u-teleekrana-smotret-chtoby-ponimat (дата обращения: 9.03.2016).

3. Ниценко В.А., Шилова А.А. Роль и развитие мультипликационной индустрии в экономике России // NAUKA-RASTUDENT.RU . 2014. №4 (04). URL: http://cyberleninka.ru/article/n/rol-i-razvitie-multiplikatsionnoy-industrii-v-ekonomike-rossii (дата обращения: 02.02.2016)

4. Щуклина Е.С. Роль современной мультипликации в воспитании ребенка // Вестник ПензГУ . 2013. №4. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/rol-sovremennoy-multiplikatsii-v-vospitanii-rebenka (дата обращения: 7.03.2016).

Личностные свойства детей младшего школьного возраста, больных эпилепсии

Кенжагалиева А.А.[1], Киясова Р.Х.[1], Быкова И.С.[2]

[1]*Областная детская клиническая больница, г. Оренбург*

[2]*Оренбургский государственный медицинский университет*

Распространенность эпилепсии в детском возрасте - 5-8 случаев на 1000 детского населения, что существенно превышает распространенность

эпилепсии у взрослых. Эти цифры включают в себя только больных с повторными приступами, требующими врачебного наблюдения и приема противосудорожных препаратов. Число детей, перенесших хотя бы однократный эпилептический приступ, значительно выше и составляет 5-7% детской популяции. Для эпилепсии характерно начало приступов в детском и юношеском возрасте (более 75% случаев эпилепсия манифестирует в первые два десятилетия жизни).

Диапазон изменений личности при эпилепсии чрезвычайно велик - от сравнительно мягких характерологических особенностей до расстройств, свидетельствующих о специфическом для этого заболевания слабоумии. Основными чертами психики больного эпилепсией становятся тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудности переключения. В процессе течения болезни замедленность становится ярко выраженной и в мыслительной, и в двигательной сфере. При длительном течении болезни жесты больных становятся достаточно скупыми, мимика маловыразительной, лишенной живости. Все это значительно ослабляет накопление нового опыта, особенно у ребенка, и в конечном счете затрудняет адаптацию к окружающей действительности. Впрочем, изменения личности наблюдаются далеко не у всех детей, больных эпилепсией.

В результате проведенного исследования с помощью личностного опросника Кеттелла получены статистически достоверные различия между экспериментальной и контрольной группами ($p \leq 0,05$) по уровням следующих шкал: E (зависимость, уступчивость), H (робкий, застенчивый), I (чувствительный), O (тревожный озабоченный). Для детей больных эпилепсией характерна более низка степень сформированности интеллектуальных функций, преобладание конкретной формы мышления, примитивного подхода к решению своих проблем. Ведущие личностные свойства детей больных эпилепсией – это неустойчивость настроения,

плохой контроль эмоций, трудности в приспособлении к новым условиям; чувствительность к угрозе; зависимость от взрослых; робость; низкий самоконтроль; плохое понимание социальных нормативов; тревожность. Для группы условно здоровых детей свойственен более высокий уровень развития вербального интеллекта, легкость усвоения новых знаний; хорошая социальная приспособленность, более успешное овладение требованиями окружающей среды.

Наряду с описанными изменениями личности у больных эпилепсией возможны астенические и истерические расстройства. Истерические расстройства проявляются как в истероидности характера, так и в отдельных истерических (конверсионных) припадках, нередко существующих наряду с припадками эпилептическими. Астенические расстройства проявляются в виде быстрой истощаемости, утомляемости, гиперестезии, повышенной возбудимости, нарушений сна, головных болей. Эпилептическое слабоумие имеет в основе крайнюю замедленность и вязкость психических процессов, тугоподвижность мышления. Наряду с этим у больных эпилепсией с вязко-апатическим слабоумием отмечаются вялость, пассивность, безразличие к окружающему, аспонтанность, тупая примиренность с болезнью. Снижается память, оскудевает словарный запас.

С появлением первых припадков ребенок становится раздражительным, капризным. Ничто его не удовлетворяет, он неспокойно спит, теряет интерес к занятиям. В школе такой ребенок становится агрессивным, невнимательным, резко реагирует на замечания и наказания, если окружающие не понимают его. Очень часто у детей и подростков, больных эпилепсией, выявляются невротические реакции, что связано с хронической психотравмирующей ситуацией, обусловленной болезнью. Источником психической травматизации является переживание собственной неполноценности. Многие дети испытывают мучительный страх повторения приступа, особенно в людном месте или на глазах сверстников.

Так по результатам методики CMAS уровень тревожности у детей с эпилепсией также достоверно выше ($p \leq 0,01$) по сравнению с условно здоровыми младшими школьниками. Среди детей больных эпилепсией 41% с очень высоким уровнем тревожности и 18% с повышенным уровнем.

Тревожный ребенок имеет неадекватную самооценку: заниженную, завышенную, часто противоречивую, конфликтную. Он испытывает затруднения в общении, редко проявляет инициативу, поведение – преневротического характера, с явными признаками дезадаптации, а интерес к учебе снижен. Ему свойственна неуверенность в себе самом и своих способностях, боязливость, минимальная самореализация.

Уровень самооценки по методу Дембо-Рубинштейна по шкалам: ум, способности, авторитет у сверстников и уверенность в себе у детей с эпилепсией достоверно выше ($p \leq 0,01$) по сравнению с условно здоровыми младшими школьниками.

В результате проведенного исследования ведущие личностные свойства детей больных эпилепсией в отличие от здоровых – это ($p \leq 0,01$).

Таким образом, дети, больные эпилепсией отличаются неустойчивостью настроения, плохим контролем эмоций, преобладанием пониженного фона настроения, трудностями в приспособлении к новым условиям; зависимостью от взрослых; робостью; низким самоконтролем, плохим понимание социальных нормативов; тревожностью, они более внушаемы и подчиняемы, чаще испытывают застенчивость и робость и испытывают более выраженные трудности при самоорганизации и соблюдении социальных нормативов, трудности в общении в отличие от условно здоровых детей.

Дети, страдающие эпилепсией, нуждаются в индивидуальном подходе при психодиагностическом исследовании и психологической коррекции эмоционально-личностной сферы.

Список литературы:

1. Белопольская Н.Л., Улькина Н.А. Проблемы психологической диагностики детей, больных эпилепсией/ Н.Л. Белопольская, Н.А. Улькина. Специальная психология 2005. №3-4(5-6).- С. 73-78.

2. Болдырев А.И. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Психические особенности больных эпилепсией/ А.И. Болдырев. - М.: Медицина, 2000. – 382с.

3. Карлов В.А. Изменения в психической сфере при эпилепсии/ Психопратология детского возраста. Хрестоматия/ Под ред. А.Ю. Егорова. – СПб.: Издательство «Дидактика плюс» - 2002. – С. 147-153.

4. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. - М.: Медицина, 1995. – 560с.

5. Кононова М.П. Эпилепсия/ Детская патопсихология. Хрестоматия / М.П. Кононова - М.: Когито-Центр, 2000.- С. 128-148.

6. Мнухин С.С. Опыт клинико-физиологической классификации эпилепсии у детей/ С.С. Мухин - Ж. невр. псих.- 1959.- № 7.- С. 821-827.

Особенности аддиктивной идентичности у подростков, склонных к невротическим расстройствам

Короткова А.А.

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.пс.н., доцент М.О.Рубцова

Введение

Старший школьный возраст приходится на старший подростковый и юношеский. Именно в юности (от 12-13 до примерно 19-20 лет в американском обществе) (Хьелл Л., Зиглер Д., 2013) происходит окончательное формирование ведущих признаков личностной идентичности.

Сама кризисная ситуация идентичности является наиболее труднопереносимой для лиц с изначально низким адаптационным уровнем – невротических личностей. Выявлению особенностей аддиктивной идентичности у подростков, склонных к невротическим расстройствам и было посвящено наше исследование.

Как показал проведенный анализ литературы, аддиктивная идентичность, как патологическое образование, формируется на базе диффузной идентичности, переживание которой не сопровождается чувством безопасности и ценностной определённости. Новая аддиктивная идентичность создаёт иллюзию решения (в действительности – ухода от) психологических и социальных проблем через взаимодействие с аддиктивным агентом (Дмитриева Н.В., Дубровина О.В., 2010). Является подтвержденным факт сравнительно частого развития аддиктивных реализаций при пограничном и других личностных расстройствах(Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н., 2000). Такая же закономерность устанавливалась и у лиц с выраженными симптомами созависимости. Общим объединяющим элементом во всех состояниях была недостаточность идентичности. Формирование когезивной (спаянной) идентичности задерживалось в раннем возрасте в результате неадекватного парентинга (родительствования) (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000).

Невротизированные личности предположительно имеют расположенность к формированию аддиктивной идентичности вследствие особенностей характера и наличия психотравмирующей жизненной ситуации. Неудовлетворённость потребностей была выявлена у всех больных неврозами (Карвасарский Б.Д., 1980). Аддиктивные индивидуумы страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому неспособны удовлетворить свои потребности или установить удовлетворяющие и отношения с другими людьми (Даулинг С., 2000). При длительной психотравмирующей ситуации и отсутствии рациональной компенсации или даже усилении её, для личности становятся характерные следующие

признаки: 1) появление новой позиции по отношению к психотравмирующей ситуации с пассивным отношением, тенденцией к приспособлению, примирению, уходу от её разрешения; 2) отчётливое упрощение компенсаторного поведения, когда исчезает амбитендентность в позиции личности, амбивалентность её переживания, более однообразными становятся компенсаторные механизмы – преобладают механизмы вытеснения, переключения, ухода от психотравмирующей ситуации (Карвасарский Б.Д., 1980). Возникает реальная проблема неуверенности и страха перед действительностью, что порождает стремление уйти от реальности. В большей степени этому страху подвержены люди с низким адаптационным потенциалом. В поисках средств защиты от перманентной фрустрации такие индивиды часто прибегают к стратегии аддиктивного поведения (Леонова Л.Г., Бочкарёва Н.Л., 1998), прежде всего - к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. С возрастом уровень невротизации у больных алкоголизмом достоверно повышается (Пушина В.В., 2007).

Гипотезой нашего исследования было предположение, что подростки, склонные к невротическим расстройствам, характеризуются более высокими показателями аддиктивной идентичности.

Материалы и методы

«Уровень невротизации» (Ласко И.Б., Тонконогий Б.И.), «Аддиктивная идентичность» (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. и др.), тест 20 предложений "Кто Я?" (Кун М., Макпартленд Т.).

Выборку исследования составили учащиеся 10 и 11 классов. Всего было опрошено 129 человек, из них 48 юношей и 81 девушка. В ходе исследования испытуемые были распределены на две группы по признаку «уровень невротизации» для проведения сравнительного анализа по показателям аддиктивной идентичности, а также по выраженности различных аспектов идентичности. В группу №1 вошли подростки с

повышенным, высоким и очень высоким уровнем невротизации, всего 14 человек. В группу №2 вошли подростки с очень низким и низким уровнем невротизации.

Результаты

Подростки с повышенным, высоким и очень высоким уровнем невротизации составили 13% выборки (15 человек из 117). У 17% выявлен пониженный уровень невротизации, у 33% – низкий, у 28% – очень низкий, у 9% – неопределённый.

У 22% испытуемых группы с высоким уровнем невротизации были выявлены высокие показатели аддиктивной идентичности, у 78% - средние показатели. В группе с низким уровнем невротизации у 100% получены средние показатели аддиктивной идентичности.

Между показателями «Уровень невротизации» и «Аддиктивная идентичность» получена прямая, статистически достоверная взаимосвязь (r_s=0,75, p=0,000005). То есть, чем выше уровень невротизации у испытуемых, тем сильнее выражены у них компоненты аддиктивной идентичности и наоборот.

Заключение

Высокий уровень невротизации существенно влияет на проявление аддиктивной идентичности у подростков 16-17 лет. Также выявлено, что невротизированные подростки могут иметь как заниженную, так и адекватную и даже завышенную самооценку, в отличие от их не-невротизированных сверстников, большинство из которых имеет завышенную самооценку, а меньшая часть – адекватную. Также для невротизированных подростков менее важен материальный аспект идентичности (описание своей собственности, оценка своей обеспеченности).

Перспективой этого исследования может быть дифференциация группы невротичных подростков по основным формам неврозов

(неврастения, истерия, навязчивости) и определение особенностей их идентичности, в том числе аддиктивной.

Список литературы:

1. Дмитриева Н.В., Дубровина О.В. Аддиктивная идентичность виртуально зависимой личности. Монография. Ишим: Изд-во ИГПИ им.Ершова, 2010. - 210 с.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей. М.: Медицина, 1980 . – 448 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: издательство «Олсиб», 2001. – 251 с.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В, Загоруйко Е.Н.. Идентичность в норме и патологии. Монография. Новосибирск: НГПУ, 2000. - 256 с.
5. Леонова Л.Г., Бочкарёва Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Учебно-методическое пособие. Новосибирск: НМИ, 1998.- 65 с.
6. Психология и лечение зависимого поведения / под. ред. Даулинга С. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
7. Пушина В. В. Личность и семейные взаимоотношения мужчин подросткового и зрелого возраста, больных алкоголизмом: Автореф. дисс. канд. психол. наук: 19.00.04 / СПбМАПО. Санкт-Петербург, 2007 – 23с.
8. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер,2013 – 607с.

Адаптивный потенциал матерей детей с детским аутизмом

Краснощекова И.В., Быкова И.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение

В последнее десятилетие отмечается широкое распространение нарушений психического развития по типу детского аутизма (ДА), что в клинической практике подтверждется многими исследованиями (О.С.Никольская, 2008; Е.Р.Баенская, 2008; В.М.Башина, 2009; И.И.Мамайчук, 2014). Феноменология детского аутизма в настоящее время достаточно хорошо изучена, как отечественными, так и зарубежными исследователями, остается недостаточно исследованным ближайшее окружение ребенка с ДА и мало проработанной система специализированной помощи детям с ДА и их семьям. Отмечается недостаточное количество теоретических и практических работ по оказанию психолого-психотерапевтической помощи родственникам таких детей.

Рождение и воспитание ребенка с ДА является тяжелым психосоциальным стрессом для его родителей, особенно для матерей. Происходят изменения в различных областях жизни матери: семейной, профессиональной, общественной. По мнению ряда авторов (В.М. Башиной, 1999; T. Peeters, C.Gillberg, 1998; О.С.Никольской, Е.Р.Баенской, М.М.Либлинг, 2010; J.D.Wong, M.M. Seltzer, J.S. Greenberg, J.Hong, D.M.Almeida, C.L.Coe, 2012) стресс в наибольшей степени проявляется именно у матерей детей - аутистов. Они не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости от своих детей, но и имеют очень низкую самооценку, считая, что недостаточно хорошо выполняют свою материнскую роль. Изменения общего состояния личности матерей и заострение у них дезадаптивных черт характера существенным образом сказывается на их поведении и отношении к ребенку.

Мать оказывает деструктивное воздействие на ребенка, что препятствует позитивной социализации ребёнка и становится дополнительным инвалидизирующим фактором в его психическом развитии.

Вопросы о влиянии дизонтогенеза ребенка на психологическое благополучие матерей и недостаточность исследований в области социально-психологических особенностей совладания и механизмов защиты в трудной жизненной ситуации матерей определило актуальность и выбор темы исследования. По мнению Б.Д. Карвасарского, В.А. Ташлыкова , механизмы защиты и механизмы совладания выступают как адаптационные процессы индивидуума (1998).

В нашем исследовании мы рассмотрели проблему изучения адаптивного потенциала матерей, имеющих детей, страдающих детским аутизмом. Нами были изучены точки зрения осознанного и неосознанного выбора матерями тех защитных механизмов и стратегий совладания , которые помогают им справляться с трудностями, с целью сохранения собственного благополучия, в том числе психоэмоционального, это может быть полезным для выбора диагностических и профилактических подходов в рамках превентивных мер, направленных на предупреждение личностных нарушений и заболеваний под влиянием стрессовых событий жизни.

Цель исследования: Определить типологию преобладающих механизмов психологической защиты и стратегий совладания у матерей детей с ДА.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Оренбургской клинической психоневрологической больницы. В исследовании принимали участие 65 матерей, имеющих одного ребёнка с ДА. Возраст матерей - от 20 до 48 лет, возраст их детей - от 3 до 7 лет. Для изучения особенностей копинг-поведения использовался опросник E.Heim(1988), который позволяет определить модальности 26 вариантов копинга в когнитивной,

эмоциональной и поведенческой сферах разной степени адаптивности и опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index) (адаптация Л.И. Вассермана и соавт., 1999), Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Для проверки гипотез о значимости различий применялись непараметрические критерии: Метод G-критерия знаков, Шапиро-Уилка (адаптированный критерий), Т-критерий Крамера-Уэлча, U -критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Исследование копинг-механизмов у матерей детей с ДА выявило достаточно широкий спектр вариантов копингов: от активных (конструктивных) форм, обеспечивающих адапацию и успешное совладание с трудностями, до пассивного (неконтруктивного) копинг-механизма, который усложняет адаптационный процесс матерей.

Из представленных когнитивных видов копинг-механизмов матерей детей с ДА чаще всего использовался дезадаптивный копинг (36.9%), это «растерянность» («Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»). В адаптивных копингах (30%) превалировал «проблемный анализ» (матери пытаются разобраться в происходящем) и в относительно адаптивных (24,6%) «относительность», который характеризуется рассуждательством и сравниванием своих трудностей с проблемами других людей.

В структуре эмоционального копинга матери использовали все виды копингов в практически равной степени. Ведущим адаптивным копингом (32,3%) матерей детей с ДА являлся «оптимизм» (эмоциональное состояние матерей с активным возмущением и протестом по отношению к трудной ситуации). Ведущий дезадаптивный копинг (32,3%) представлен «подавлением эмоций» (состояние безнадежности, покорности, переживание злости и возложение вины на себя и других) и ведущими

относительно адаптивными копингами у матерей детей с ДА являлись «пассивная кооперация» и « эмоциональная разрядка» (матери вербально отреагируют эмоциональное напряжение и доверяют решение своей проблемы другим, не предпринимая активных действий).

При исследовании копинг-механизмов в поведенческой сфере у матерей детей с ДА ведущими оказались адаптивные копинг-механизмы (43%), наиболее часто используемыми из них, это «альтруизм» и «сотрудничество» (матери настроены на принятие помощи).

С учетом установленных различий показано, что наибольшая дезадаптивность по структуре копинга у матерей выявляется в когнитивной сфере. Наряду с попытками разобраться в происходящем, сравнивая свои проблемы с проблемами других, матери испытывали растерянность и неспособность выбраться из сложившихся обстоятельств. Эмоциональная сфера представлена двухполюсной (адаптивность/дезадаптивность) дифференциацией структуры копинга, где активное возмущение и протест по отношению к трудной ситуации жизни матерей присутствуют одновременно с состоянием безнадежности, покорности, переживанием злости и возложение вины на себя и других с предоставлением решения своей проблемы другим, не предпринимая активных действий. Наибольшая адаптивность по структуре копинга установлена в поведенческой сфере. Матери готовы принять помощь и настроены на неё.

При исследовании защитных механизмов у матерей детей с ДА определился доминирующий механизм «проекция» (6,9%), это позволяет матерям оправдать свои поступки, исходящие из неприемлемых для их сознания и моральных принципов черт, желаний, установок и других мотивов. Механизм «проекция» развивается у матерей для сдерживания чувства неприятия себя и окружающих, как результата эмоционального отвержения с их стороны и помогает матерям справиться со страхом самонеприятия в ответ на отвергающее поведение других. Это

подтверждает подобное исследование, проведенное А. А. Хитёвой под руководством И. И. Мамайчук, где также выяснилось, что наиболее распространенный механизм психологической защиты у родителей больных детей - «проекция».

Высокие баллы наблюдаются и в использовании механизма «отрицание» (6,1%) ,где определяется стремление не принимать за реальность нежелательные для себя события. Кроме того, часто использовался матерями механизм «замещение» (4,8%) , который способствует переносу действий и чувств с одного объекта на другой, а предохраняющим фактором у матерей с тенденцией на оптимальный уровень социальной адаптации выступал механизм «интеллектуализация» (4,2%). Результаты исследования защитных механизмов и копинг-стратегий матерей детей с ДА подтвердили предположение о том, что заболевание ребенка влияет на их эмоционально-личностные характеристики их матерей. В.С. Тихомировой (2012) также отмечается, что степень тяжести заболевания у детей с церебральным параличом влияет на личность матери больного ребенка.

Результаты исследования позволяют сделать выводы о том, что в структуре адаптивного потенциала матерей детей с детским аутизмом (ДА) определяется преобладанием двухполюсной (адаптивность/дезадаптивность) дифференциации структуры копинга и преобладанием деструктивного защитного механизма, что отражает выраженное внутриличностное напряжение и оказывает деструктивное влияние на личность матери с последующей её дезадаптацией. Матери оказались травмированными осознанием необратимости неполноценности их детей и характеризовались заниженной самооценкой, потерей самоуважения, комплексом неполноценности и направленностью на избегание подавленности и чувства вины.

Растерянность матерей с активным возмущением и протестом по отношению к трудной ситуации жизни, состояние безнадежности с

предоставлением своей проблемы другим, оправдание своих поступков, сдерживание чувства неприятия себя и окружающих и стремление не принимать за реальность нежелательные для себя события блокируют адекватную оценку реального положения дел в социальной среде и в своем внутреннем мире. Всё это порождает необходимость в длительном психолого-психотерапевтическом сопровождении самих матерей. Таким образом, психолого-психотерапевтическое сопровождение матерей, воспитывающих ребенка с ДА должно быть направлено, прежде всего, на поиск скрытых ресурсов личности матери и осознание неконструктивных форм поведения и реагирования, опору на её собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для активизации социальной позиции матери, восстановления её социальных связей.

Список литературы:

1. Баенская Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма. Автореферат на доктор психол. наук., 2008. 3.Башина В.М. Аутистические расстройства // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Мед., 2009.

2. Высотина Т.Н. Особенности родительского отношения к детям с атипичным аутизмом. Автореферат к. психол. наук, 2013.

3. Мамайчук И.И. Учет защитных механизмов личности родителей, детей с расстройством аутистического спектра в процессе психологической помощи/И.И. Мамайчук, Е.В. Шабанова/, 2014г.

4. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи/ О. С Никольская, Е.Р. Баенская, М. М., Либлинг— М.: Теревинф, 2010.

5. 10.Хитёва А.А. Защитные механизмы личности и особенности родительского отношения к детям с двигательными нарушениями различного генеза. // Известия российского государственного педагогического

университета им. А.И. Герцена, № 22 (53): Аспирантские тетради: Научный журнал. - СПб., 2007. - с. 419-423.
6. Gillberg C. (Гилберг, К.), Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т.Питере . Пер. с англ. О. В. Деряевой. Под науч. ред. Л. М. Шипицыной и Д. Н. Исаева. - СПб.: ИСПиП, 1998.-124 с.
7. Wong J.D., Seltzer M.M., Greenberg J.S., Hong J., Almeida D.M., Coe C.L. Stressful life events and daily stressors affect awakening cortisol level in midlife mothers of individuals with autism spectrum disorders. Aging Ment Health. 2012; 16(8):939-949.

Семья как источник развития созависимости у детей

Мещерякова Т.А.
Оренбургский государственный университет
Оренбургский областной клинический наркологический диспансер

Сегодня во всем мире признается важность изучения взаимовлияния зависимого человека и его близких. В современной психологии ставится акцент на то, как влияет зависимость одного члена на всю семью в целом (Березин С. В., Москаленко В.Д, Зайцев С.Н., Дереча В.А., Постнов В.В.)

Возрастающий интерес к феномену созависимости спровоцировал ученых на дальнейшее изучение роли семейной системы в развитии созависимости. Важно отметить, что семья рассматривается как набор взаимодействующих элементов, и изменение одной части, неоспоримо вызывает движение во всей системе в целом, цель системы заключается в поддержании постоянства, независимо от меняющегося количества членов семьи и их потребностей («Интеграционная теория семейных систем Боуэна») [2].

Анализ литературы и эмпирических исследований выявил, в системе «зависимый-созависимый» недостаточное внимание уделяется детям, а именно изучается вопрос нарушенных отношений в описанной системе, личностных характеристик зависимого и созависимого человека и игнорируется развивающаяся личность ребенка.

Еще в 1981 году Greenleaf предпринял попытку разделить понятие «созависимость» на «со-алкоголизм» и «пара-алкоголизм», аргументируя тем, что, по его мнению, супруги становятся со-алкоголиками из-за чрезмерного чувства ответственности и стремления контролировать поведение алкоголика, а дети, выросшие в подобной семье, перенимают модель поведения алкоголика, становясь пара-алкоголиками. Таким образом, Greenleaf основывал свою классификацию на различии жизненного опыта супругов и детей, влияющего на развитие созависимости. Таким образом, данная классификация предполагает, что у детей созависимость развивается по иному принципу, чем у взрослых. Дальнейшие исследования и полученные эмпирические данные показали, что пара-алкоголизм и со-алкоголизм имеют общие причины и не обнаруживают качественных различий [2]. Тем не менее, наличие зависимого человека в семье создает эмоциональный дисбаланс для всех членов семьи. Этот общий стрессовый фон, воздействующий на семью, связан с травмирующими взаимоотношениями, способствует закреплению деструктивных моделей поведения и нарушению социальной адаптации (Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., Бохан Н.А.). А созависимые люди – это, как правило, выходцы из семей с высоким уровнем общего фонового стресса (O’Gorman, 1993) [1].

Согласно Б. и Дж. Уайнхолд (2002), созависимость развивается из-за того, что в раннем детском возрасте не завершаются важные стадии развития человека, которые влияют на становление системы отношений «я-другой». Первую стадию «созависимость» ребенок проходит в возрасте 6-9 месяцев. Это время характеризуется близкими отношениями между матерью и малышом, они воспринимаются слитно, неотделимо друг от друга,

закладывая основы коммуникации с другими. Вторая стадия «противозависимость» относится к возрасту 2-3 лет, ее главной задачей является согласование противоположных стремлений к близости и отделению, а также в способности видеть себя в качестве отдельного объекта. В возрасте 3-6 лет ребенок проходит третью стадию «независимости» и приобретает качество автономности в действиях и чувствах, при этом сохраняя связь с родителями и семьей. В играх ребенок повторяет поведение людей из близкого окружения. Колебания близости и отдельности сохраняются и на четвертой стадии «взаимозависимости», важная задача возраста 6-12 лет залючается в формировании способности двигаться между соединением и отделенностью в состоянии эмоционального комфорта. Далее происходит самопредъявление личности в социальном окружении, отстаивание своей индивидуальности, самоопределение (12-17 лет), способность брать на себя ответственность за свою жизнь, установление эмоциональных связей при личностном отделении от родителей (17-20 лет). В 20-25 лет закрепляется и реализуется способность отдельного сосуществования с другими людьми, сопоставление своих и чужих личностных территорий [4].

Согласно Березину С.В., в созависимых семьях характерной чертой является неконгруэнтность чувственного и поведенческого уровней взаимодействия между членами семьи. Таким образом, формируется своеобразный подтекст семейных отношений [3].

Сатир В. писала о неконгруэнтной коммуникации в семье, которая возникает при конфликтном сочетании вербальных и невербальных сообщений. В созависимых семьях, как правило, превалирует такой тип общения. Тем не менее, ребенок, проживая в подобной семье должен приспосабливаться, формируя защитные реакции, копинги, выбирать роли, помогающие ему подстраиваться под имеющуюся систему.

Ряд авторов выделяют модели поведения, формирующиеся в созависимых семьях, которые являются способами приспособления к

длительной травмирующей ситуации, их называют «ролями выживания» (Сатир В., Ларсен Э., Вергшнайдер-Круз Ш.). Такими ролями могут быть: сверхответственный человек или отличник, в некоторых источниках можно встретить термин «семейный герой»; утешитель – ребенок, который своими шутками, дурачеством снимает эмоциональное напряжение в семье; «проблемный», протестующий ребенок перетягивает внимание с одного члена семьи, как правило зависимого, на себя; «незаметный» или еще есть термин «потерянный» ребенок. Ребенок может выбрать одну или несколько ролей, которые будут давать ему ощущение эмоционального комфорта при нестабильной ситуации в семье. Эти роли сохраняются и во взрослой жизни.

В интеграционной теории семейных систем Боуэна описан основной элемент взаимодействия членов семьи и общества – треугольник [2]. Созависимый человек склонен строить свое общение, как внутри семьи, так и за ее пределами выбирая стереотипные роли («спасателя», «преследователя», «жертвы»), которые ярко отражены в «драматическом треугольнике С. Карпмана» и играх «Алкоголик» и «Деревянная нога» Э. Берна.

Таким образом, обращаясь к вышесказанному, становится очевидным тот факт, что, дети, вырастая в созависимой или зависимой семье, в взрослом возрасте будут, в большинстве своем, образовывать сходные семьи, так как будут использовать зафиксированные в раннем детстве дисфункциональные роли взаимодействия с другими людьми. Сегодня актуальным запросом общества к психологической науке, ростом оборота наркотиков в стране, явления «омоложения» наркомании, возникает вопрос о психологической помощи созависимым семьям, как мерах первичной профилактики развития дисфункциональных отношений.

Список литературы:

1. Julie A. Fuller, Rebecca M. Warner. Family stressors as predictors of codependency/ Genetic, social, and general psychology monographs, 2000, 126(1), pp.5-22

2. Prest L.A., Protinsky, H. Family systems theory: a unifying framework for codependence / The American Journal of Family Therapy, Vol. 21, No 4, 1993, pp. 352-360

3. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. – М.: МПА, 2001

4. Манухина Наталья. Созависимость глазами системного терапевта. – М.: Независимая фирма «Класс», 2011. – 280 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).

5. Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., Бохан Н.А. Психология созависимости: поиски новых направлений психологической помощи.

Суицидальный риск у подростков, состоящих в интернет-сообществах с содержанием суицидально-провоцирующей тематики

Рагузина Е.И, Марченко Т.В.

Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»

ta-marche@mail.ru

Проблема суицидального риска среди подростков, в последнее время приобретает большую актуальность по нескольким причинам. Во-первых, в связи с резким увеличением количества, совершаемых суицидальных попыток в данной возрастной группе. Во-вторых, научное сообщество активно анализирует причины суицидального поведения подростков, что толкает или провоцирует его на совершение такого поступка (семейные конфликты, неразделенная любовь, неуспешное усвоение учебной программы, страх перед уголовной или иной ответственностью, оскорбления и унижения в референтной группе, психическое заболевание и т.д) [1], при этом ВОЗ описывает около 800 причин самоубийств, среди которых лишь

18% совершаются по причине психического нездоровья, таким образом, феномен суицидального поведения, в большинстве случаев, необходимо рассматривать как следствие социально-психологической дезадаптации подростка [4]. В-третьих, причина интереса современной науки к данной проблеме является доступность провоцирующей информации на тему суицидального поведения через Интернет сети, где подростки выступают в качестве активных пользователей. Несмотря на то, что в Федеральном законе от 28.07.2012 N 139-ФЗ (ред. от 14.10.2014) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» одним из пунктов является блокировка сайтов с запрещенной информацией, к которой относится «информация побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству», на сегодняшний день эта проблема так и остается до конца не решенной [4].

Целью нашего исследования стало - изучение суицидального риска у подростков, состоящих в интернет сообществах с содержанием суицидально-провоцирующей тематики. Методы исследования: социологическое анкетирование, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). Выборку составили 36 респондентов старшего подросткового возраста (14-16 лет), состоящие в интернет сообществах, с открытой суицидально-провоцирующей информацией известной социальной сети.

Анализ социологического анкетирования показал, что при достаточно большой работе служб профилактики и психологической поддержки детей и подростков - 77% (28 человек), принявших участие в нашем исследовании, не знают номера «телефона доверия» в своем городе. А со своими проблемами 88% (32 человек) делятся в первую очередь с друзьями или единомышленниками из социальных сетей. Так же мы обратили внимание, что увлечения подростков носят узкий характер, лишь 33% (12 человек) посещают объединения дополнительного образования. Другие большую часть своего времени посвящают компьютерным технологиям (игры,

социальные сети, просмотр фильмов, музыка). Мы попросили респондентов перечислить любимые компьютерные игры, среди которых наиболее популярными оказались, такие как: FIFA, DOTA, GTA, World of Warcraft, Sims. Проанализировав, содержание данных игр, мы пришли к выводу, что многие из них оказывают разрушающее воздействие на неокрепшую психику подростка. Так например, суть игры DOTA - уничтожить вражеский лагерь, а в игре GTA игроку необходимо выполнять преимущественно криминальные и противозаконные задания и заработать деньги, совершая различные преступления — воровство, уничтожение транспортных средств, убийство мирных жителей. 69% (25 человек) относительно своих планов на будущее ответили, что хотят учиться в престижном ВУЗе, получать достойную заработную плату, жить в большом городе или даже другой стране. Построение планов на будущее может ставить под вопрос истинность суицидального поведения подростка, что подтверждается данными, полученными при анализе опросника суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). Так например, у большинства респондентов наибольшее количество ответов соответствовали шкале «Демонстративность» - 58% (ср. значение 4,2 при max=5 баллов), о чем свидетельствуют также публикации своих фотографий с гематологическими повреждениями в социальных сетях (сообществах по интересам). Таким образом, подросток пытается привлечь внимание окружающих к своим проблемам, желая получить сочувствия и понимания. Однако, не стоит недооценивать опасность такого поведения, ведь в действительности оно является своеобразным «криком о помощи», что также подтверждается данными по шкале «Антисуицидальный фактор», куда входят контрольные вопросы о сдерживающих обстоятельствах, которые не позволяют подростку совершить суицид (чувство долга за близких, греховность суицида, страх боли, невозможности «увидеть жизнь» и т.д), что в целом является показателем для психокоррекционной работы. У 22% (ср. значение 3,6 при max=5 баллов), по результатам исследования ведущей оказалась шкала «Уникальность» - восприятие себя и сложившихся проблем,

как исключительных, а суицид, воспринимается подростком как «исключительно верный выход». При этом, подростки попадающие в данную группу характеризуются низким уровнем адаптационных возможностей, с недостаточным умением использовать свой или чужой жизненный опыт. Но также были получены высокие значения по шкале «Антисуицидальный фактор», что тоже указывает на несерьезность суицидального поведения и требует психологической коррекции. По шкале «Максимализм» высокие значения были отмечены у 13% (ср. значение 1,8 при max=2 балла), что указывает на незрелость ценностных установок подростка, своим неуспехам он придает катастрофическое значение, при этом недооценивает значимость имеющихся достижений. Настораживающим оказывается наличие отрицательных ответов по шкале «Антисуицидальный фактор», что при отсутствии компенсаторных возможностей личности может привести к ее аффективной фиксации на своих неудачах и как следствие, данная группа попадает в зону суицидального риска, нуждаясь в пристальном внимании со стороны семьи и в психолого-педагогическом сопровождении.

Таким образом, проведенное нами исследование суицидального риска у подростков, состоящих в интернет сообществах с суицидально-провоцирующей информацией, позволяет сделать несколько выводов. Во-первых, существующие профилактические и коррекционные мероприятия, не должны носить формальный характер, необходимо доводить информацию до непосредственного адресата [1]. В условиях компьютеризации общества и виртуализации подрастающего поколения, необходимо изучение и внедрение позитивных психологических интервенций через сообщества, в которых состоят современные подростки, а также тщательный мониторинг и блокировка провоцирующих к суициду интернет-страниц. Во-вторых, необходима комплексная работа с семьей, ведь зачастую суицидальное поведение подростка – это способ привлечь внимание взрослых, что также было подтверждено в данном исследовании (преобладание демонстративности и уникальности) [3]. В-третьих, даже при явном

шантажном или демонстративном поведении, не стоит его недооценивать, напротив, незрелость личностной позиции подростка может привести к необратимости и стать реальной угрозой его жизни. В нашем исследовании в такую группу риска попали подростки с выраженным максимализмом в своих актуальных установках.

Список литературы:

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Бергельсон Л. Л. Социально психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида. – М.: Вопросы психологии, 2001. – 221 с.

2. Асеев, В.Г. Возрастная психология / В.Г. Асеев. – Иркутск: ИГПИ, 2009. – 194 с.

3. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович. – М.: Ин-т практической психол., 2005. – 352 с.

4. Журнал «Афиша» http://www.afisha.ru/magazine/afisha_msk

5. Личко, А.Е. Психопатия и акцентуация характера у подростков / А.Е. Личко. Л.: Медицина, 2003. – 256 с.

6. Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности / Х. Ремшмидт. – М.: Мир, 2004. – 320 с.

7. Семке, В.Я. Истерические состояния/ В.Я. Семке – М.: Медицина, 2009. – 216 с.

Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем, суицидального поведения и уровня депрессии у подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией

Семенова Т. С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение

Осознание собственной сексуальной ориентации, появление влечения к лицам того же пола, о котором сложно кому-либо рассказать, отсутствие референтной группы, наряду со стигматизацией и дискриминацией, обусловленными отношением общества к гомосексуализму, - все это способствует формированию чувства неполноценности, невротических и депрессивных состояний, стремлению к социальной изоляции и нарушению личностного функционирования.

В последние годы существенно возрос интерес к стрессовым расстройствам подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией. В частности, резко возросло число подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией, подверженных депрессии и суицидальным проявлениям. По данным статистики, до двух трети подростков с т.н. "нетрадиционной сексуальной ориентацией" испытывают желание уйти из жизни. Из них 30% совершают суицидальные попытки.

Одним из личностных паттернов, лежащих в основе неполноценного функционирования личности, является ранняя дезадаптивная схема. Понятие "ранняя дезадаптивная схема" было введено Джеффри Янгом - создателем схемной терапии, для обозначения схемы восприятия действительности, влияющие на поведение. Ранняя дезадаптивная схема - это защитный эмоциональный и когнитивный паттерн, который формируется в детстве и повторяется на протяжении всей жизни [2].

Цель данного исследования - изучить взаимосвязь ранних дезадаптивных схем, суицидального поведения и уровня депрессии у подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

Материалы и методы

Выборку составили 27 подростков женского пола с нетрадиционной сексуальной ориентацией в возрасте 14 лет (4 - асексуала, 18 - бисексуалов, 5 - гомосексуалов). Исследование проходило в онлайн - режиме. Участникам исследования посредством социальных сетей предлагалось заполнить электронные варианты опросников. Использовались следующие психодиагностические методики: "Шкала Кинси", "Психотест на определение гендерной идентификации и сексуальной ориентации", "YSQ S3R" Jeffry E. Young, перевод и адаптация Касьяник П.М., Романова Е.В. [1], "Опросник суицидального риска" модификация Т.Н. Разуваевой, шкала депрессии А. Бека.

Результаты

По опроснику "YSQ S3R" были получены следующие данные: Эмоциональная депривированность (M=12,26; SD=5,245), покинутость/нестабильность (M=20,11; SD=5,272), недоверие/ожидание жестокого обращения (M=17,07; SD=6,057), социальная отчужденность (M=15,19; SD=6,409), дефективность/стыдливость (M=14,11; SD=6,647), неуспешность (M=15,37; SD=7,006), зависимость/беспомощность (M=14,04; SD=4,637), уязвимость (M=14,44; SD=5,199), запутанность/неразвитая идентичность (M=13,37; SD=4,829), покорность (M=14,78; SD=4,406), самопожертвование (M=15,48; SD=4,544), подавленность эмоций (M=15,48; SD=6,565), жесткие стандарты/придирчивость (M=17,11; SD=4,594), привилегированность/грандиозность (M=16,15; SD=4,605), недостаточность самоконтроля (M=17,04; SD=4,743), поиск одобрения (M=17,07; SD=5,181),

негативизм/пессимизм (M=16,22; SD=5,957), пунитивность (M=16,96; SD=6,003).

Ярко выраженными дезадаптивными схемами у подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией оказались: покинутость/нестабильность 25,9% (7 человек), недоверие/ожидание жестокого обращения 22,2% (6 человек), негативизм/пессимизм 25,9% (7 человек), пунитивность 22,2% (6 человек).

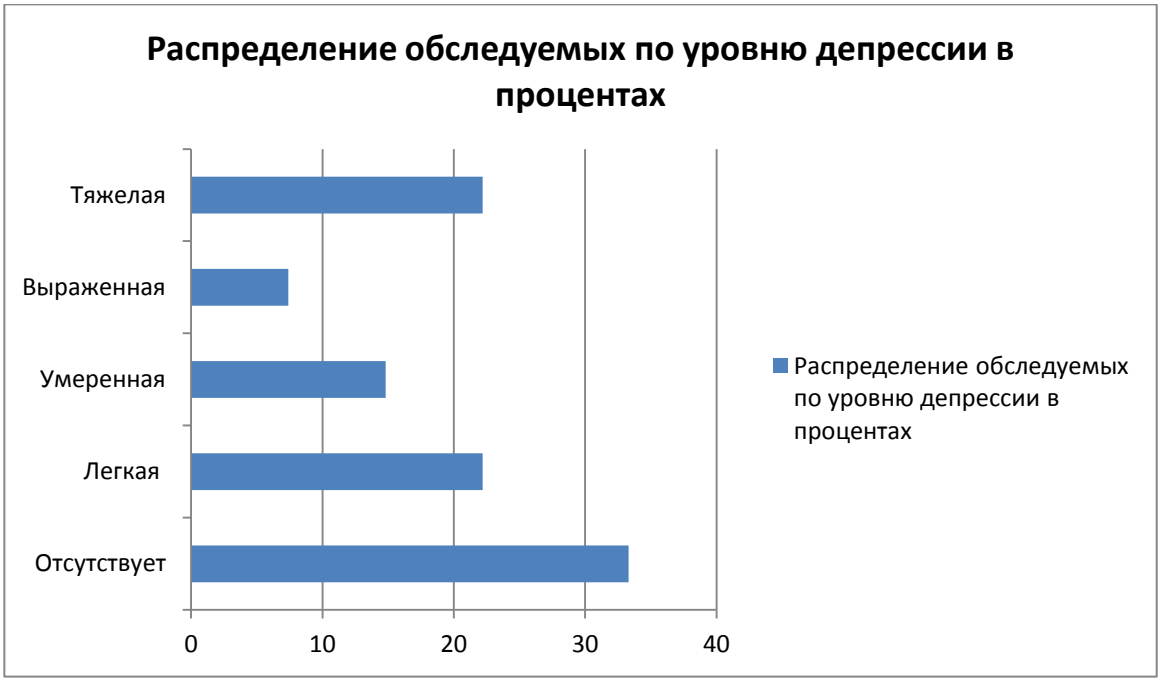
Диаграмма 1

По опроснику "Суицидального риска" были получены следующие данные: демонстративность (M=2,26; SD=1,430), аффективность (M=3,59; SD=1,738), уникальность (M=2,26; SD=1,631), несостоятельность (M=2,33; SD=,832), социальный пессимизм (M=3,81; SD=1,360), слом культурных барьеров (M=,93; SD=,829), максимализм (M=,81; SD=,557), временная перспектива (M=2,22; SD=1,502), антисуицидальный фактор (M=1,37; SD=,742).

Средние показатели уровни выраженности депрессивных симптомов в обследуемой выборке - M=17,15; SD=11,451. По шкале депрессии А.Т. Бека были получены следующие данные: у 33,3% (9 человек) отсутствуют

депрессивные симптомы. Легкая депрессия была выявлена у 22,2% (6 человек). Умеренная депрессия была диагностирована у 14,8% (4 человек). Выраженная депрессия определена у 7,4% (2 человека). Тяжелая депрессия обнаружена у 22,2% (6 человек).

Диаграмма 2



Были выявлены значимые взаимосвязи покинутости/нестабильности с покорностью (.556), временной перспективой (.492); недоверия/ожидания жестокого обращения с эмоциональной депревированностью (.625), социальной отчужденностью (.716), дефективностью/стыдливостью (.664), зависимостью/беспомощностью (.605), самопожертвованием (.559), подавленностью эмоций (.557), негативизмом (.557), пунитивностью (.570), демонстративностью (.579), уникальностью (.551), социальным пессимизмом (.637), временной перспективной (.590); негативизма/пессимизма с социальной отчужденностью (.492), дефективностью (.686), уязвимостью (.495), демонстративностью (.562), социальным пессимизмом (.623), временной перспективой (.699); пунитивности с уровнем депрессии (.672), эмоциональной депревированностью (.528), уязвимости (.755), несостоятельностью (.495); антисуицидальным фактором с негативизмом

(.581), пунитивностью (.608), социальным пессимизмом (.567), аффективностью (.559), депрессии с эмоциональной депревированностью (.539), дефективностью (.670), неуспешностью (.677), уязвимостью (.546), пунитивностью (.672), социальным пессимизмом (.543), сломом культурных барьеров (.605), временной перспективой (.709) корреляция значима на уровне 0,01.

Заключение

Настоящее исследование показало, что депрессивные состояния распространены среди девушек подросткового возраста с нетрадиционной сексуальной ориентацией. У 18 человек были выявлены выраженные в той или иной степени симптомы депрессии.

Полученные данные позволят расширить представления о взаимосвязи ранних дезадаптивных схем, суицидального риска и депрессией у подростков, подвергающихся стигматизации в связи с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Также результаты данного исследования могут помочь разработать психокоррекционные, психопрофилактические и психотерапевтические программы, направленных на изменение дезадаптивных схем.

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ в рамках выполнения научно-исследовательского проекта «Социально-психологические и личностные детерминанты стрессовых расстройств у подростков с гомосексуальной ориентацией»

Список литературы:

1. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. - СПб.: Изд-во Политехн. Ун-та, 2014. - 120 с.;
2. Jeffry E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar Schema therapy: A pracritioner's guide. - 1995.

Нарушение детско-родительских отношений как фактор риска употребления наркотиков

Станкевич А.С., Лазюк И.В.

Новосибирский государственный медицинский университет

Введение

Проблема распространения наркотиков среди молодых людей является чрезвычайно важной проблемой всего современного общества.

Число наркозависимых неуклонно растет, а значит, растет и преступность, связанная с употреблением наркотиков, и смертность среди молодежи.

В России все большее внимание уделяется этой проблеме, проводятся различные исследования с целью изучения масштабов употребления наркотиков молодёжью, выявления факторов, способствующих формированию наркозависимого поведения. Актуальность этих исследований очевидна.

Материалы и методы. Изучение литературы, анкетирование, тестирование.

Результаты

Для развития наркомании как заболевания существует множество обстоятельств – факторов риска. Выделяют биологические и социально-психологические факторы.

В корне каждого из перечисленных факторов лежит нарушение детско-родительских отношений, так как семейные отношения могут оказывать на пристрастие подростка к наркотикам как прямое, так и косвенное воздействие.

Выделяют 3 формы нарушения отношений в семьях, где подростки имели первый опыт употребления наркотических веществ:

1 - жестокость в общении с подростком.

2 - непонимание родителями возрастных особенностей ребенка.

3 - низкий авторитет родителей.

Влияние семейного неблагополучия наглядно демонстрирует практическая часть нашей работы.

В исследовании принимали участие учащиеся 8-х и 10-х классов МБОУ «Лицей №46» и МБОУ «СОШ №93» г.Новокузнецка в количестве 155 человек и клиенты проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков г.Новокузнецка», реализуемого Новокузнецким отделением «Российского Красного Креста», люди с психической и физической зависимостью от наркотиков, в количестве 24 человек.

Тестирование учащихся проводилось в рамках комплексного мониторинга наркоситуации в образовательной среде Кемеровской области.

На первом этапе нашего исследования в качестве диагностического инструментария мы использовали методику «Риск аддиктивного поведения» для выявления риска наркозависимости в старшем подростковом возрасте (Б.И. Хасан, И.А. Кухаренко, М.В. Рычкова).

В результате тестирования были выявлены группы риска учащихся по вовлечению в наркотизацию: низкого, среднего и высокого уровней риска.

Количество учащихся с низким уровнем риска составило 117 человек, «группу риска» по вовлечению в наркотизацию составили 38 человек.

Одновременно с тестированием мы провели анкетирование по разработанным нами анкетам для оценки детско-родительских отношений.

В результате у нас образовались 3 группы респондентов:

1группа: учащиеся, не входящие в «группу риска».

2группа: учащиеся, входящие в «группу риска» по вовлечению в наркотизацию.

3группа: наркозависимые.

Частые конфликты в семье отмечают 94,7% опрошенных из «группы риска» учащихся и 100% опрошенных наркозависимых, 58,1% респондентов, не входящих в «группу риска», так же отметили конфликты в семьях. О наказаниях в семье говорят 76,3% респондентов «группы риска». 83,3% наркозависимых также отмечают принятые в их семьях наказания, причем 70,8% из них указывают на физические наказания в их прошлом.

Ответы на данные вопросы демонстрируют наличие в семьях первой формы семейного неблагополучия: жестокости в общении с ребенком, психологического давления, конфликтной ситуации, что может стать прямой причиной приобщения детей к наркотикам.

Косвенной причиной начала употребления наркотических веществ может стать вторая форма семейного неблагополучия, непонимание родителями возрастных особенностей ребенка: похвалу и внимание к эмоциональному состоянию детей со стороны родителей отмечают лишь 18,4% и 39,5% опрошенных учащихся «группы риска». Респонденты из числа наркозависимых – 8,3% и 12,5% соответственно. Респонденты 1 группы отмечают похвалу и внимание в 65,8% и 89,7% случаях.

На вопрос «считаете ли Вы своих родителей примером для подражания» положительно ответили лишь 21,1% учащихся «группы риска», 20,8% наркозависимых и 82,9% респондентов 1 группы. Подростки, в сознании которых не сформирован внутренний диалог с родителями, их опыт и жизненная позиция не принимаются во внимание, менее защищены от давления социальной микросреды, где употребляются наркотики.

Заключение

Подводя итоги исследования, можно сделать вывод, что цель данной работы - выявление связи между нарушением семейных отношений и склонностью к употреблению наркотиков – достигнута, а гипотеза подтвердилась: нарушение семейных отношений является основным фактором наркотического риска. Не каждое нарушение детско-

родительских отношений приводит к наркомании, для этого необходимо определенное стечение обстоятельств. Но, как показывает изучение реальных ситуаций, в каждом случае молодежной наркомании толчком к употреблению наркотиков послужили психолого-педагогические ошибки в системе «родитель-подросток».

Если в семью пришла такая беда как наркомания, родителям следует бороться за жизнь своего ребенка, не опускать руки и не оставлять его один на один с проблемой и немедленно обращаться за профессиональной помощью.

«Тяжелую болезнь вначале легко вылечить, но трудно распознать, когда же она усилилась, ее легко распознать, но уже трудно вылечить». Эти слова Н. Макиавелли можно отнести и к наркотической зависимости.

Научные исследования, в том числе и наше, показали, что наиболее эффективным способом профилактики употребления наркотиков являются доверительные отношения родителей с детьми. Повлиять на объективные условия, социально-экономическую обстановку в стране не в наших силах, но создать такой психологический климат в семье, в школе, когда каждый ребенок будет чувствовать себя нужным, признанным, уверенным, что в любой ситуации его всегда поймут и поддержат, мы можем.

Список литературы:

1. Белоногова Е.В., Любченко С.А., Болдина Т.А. Проведение мониторинга наркоситуации в общеобразовательных учреждениях Кемеровской области: методические рекомендации. – Кемерово, 2010. – 70с.

2. Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков. – М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф, 2001. – 348с.

3. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: Учебное пособие / под научной редакцией Э.М. Казина; ред. Коллегия: Н.Э. Касаткина, Е.Л. Руднева, О.Г. Красношлыкова и др. –

Кемерово: Изд-во КРИПКиПРО, 2009. – 347 с.
4. Методика «Риск аддиктивного поведения» в подростковом возрасте (на примере наркозависимости)/ Авторы Б.И. Хасан, И.А. Кухаренко, М.В. Рычкова. – Красноярск, 2008 - 24 с.
5. Родительский всеобуч: Чтобы подросток не вырос подранком. Социальная адаптация, воспитание стрессоустойчивости, профилактика наркомании/ Мин. образов. РФ ; Сост. Н. Клименко, С. Самсонова. - Новосибирск: Изд-во "Эфлакс", 2003. – 64с.
6. Романова О.Л., Тимакина Е.Н. 127 полезных советов, или Как уберечь детей от наркотиков. – М., 2001. – 23с.
7. Хасан, Б.И. Образование в области профилактики наркозависимости и других аддикций: Организационно-методическое пособие/ Б.И. Хасан, Н.Н. Дюндик., Е.Ю.Федоренко. – Красноярск: Краснояр. гос. ун-т, 2003. – 335с.

Исполнительные функции: понятие, развитие и нарушения в детском возрасте

Степанова П.А., Ерзин А.И.
Оренбургский государственный медицинский университет

Введение

Мыслительные процессы включают в себя когнитивные репрезентации, которые интегрируют информацию, поступающую из внешней среды, с ранее сохраненной информацией. Когнитивные представления могут как иметь определенную цель, так и быть бесцельными, при этом они всегда требуют активации и использования оперативной (рабочей) памяти. Нейрокогнитивные способности более высокого уровня, такие как понимание сложных текстов, дедуктивное мышление, письмо и счетные операции включают в себя ряд последовательно сменяющих друг друга

этапов и требуют сосредоточения внимания в течение всего процесса решения умственной задачи. Помимо создания репрезентаций, сложные интеллектуальные задачи нуждаются в удержании цели и самого плана решения задачи в памяти. Выполнение таких задач требует от человека активации ресурсов рабочей памяти, а также процессов регуляции и контроля совместно с корректировкой полученных результатов.

Для осуществления операций подобного рода существует специальная группа функций. Для их обозначения в современных исследованиях используется понятие «исполнительные функции». Уникальная человеческая способность к осуществлению сложных и целенаправленных форм поведения и управлению собственной активностью давно привлекает к себе внимание исследователей. В современной нейро- и патопсихологии обнаруживается значительный интерес к данной проблематике. К настоящему моменту в ней накоплен значительный объем работ, посвященных исследованию процессов управления субъектом собственным поведением (как в норме, так и при различных формах психической и неврологической патологии).

Хотя термин встречается достаточно часто, в зарубежных нейропсихологических исследованиях единого его определения пока нет. Алексеев А.А. и Рупчев Г.Е. подчеркивают, что «большинство определений исполнительных функций, как правило, строятся через: 1) перечисление процессов, входящих в их состав; 2) указание на специфику ситуаций, где они себя проявляют; 3) соотнесение с работой определенных мозговых структур. Большинство авторов описывает их как процессы высокого уровня, чья задача состоит в организации других, базовых процессов. Таким образом, с одной стороны, они выделяются как самостоятельные функции, с другой – оказываются включенными во многие формы поведения, интегрированными в другие психические процессы» [1].

Необходимо уточнить, что по причине невозможности четко отдифференцировать исполнительные функции от других высших

психических функций, оказывается затруднительным успешно операционализировать данное понятие. В частности, перечень процессов, относимых к исполнительным функциям, варьируется у различных авторов. Среди таковых можно выделить: целеполагание, планирование, антиципацию и прогнозирование, гибкую смену когнитивных установок, поддержание активности на определенном уровне для решения задачи, контроль поведения, корригирование допущенных ошибок и всей программы действия. Как было упомянуто ранее, ряд исследователей относят к категории исполнительных функций также и рабочую память.

Все перечисленные процессы, очевидно, имеют организующее значение в регуляции человеческого поведения, они принимают участие в реализации целенаправленных поведенческих актов, проходя последовательно через все этапы от формирования намерений, постановки цели и общего замысла, прогнозировании вероятностных исходов до непосредственного контроля и регуляции хода исполнения программы, включая важный компонент обратной афферентации.

Нейропсихологические и нейроморфологические основы исполнительных функций

История развития рассматриваемого нами понятия имеет прямое отношение к изучению функций различных мозговых структур. Так, представляется вполне очевидной связь исполнительных функций с деятельностью лобных отделов коры больших полушарий. Большинство авторов указывают на первостепенное значение префронтальных зон неокортекса. При этом Алексеев А.А. и Рупчев Г.Е. со ссылкой на работы Shallice, Burgess (1996), Stuss (2007), Stuss, Alexander (2000) предостерегают от отождествления терминов «исполнительные функции» и «префронтальные функции» [1]. Во-первых, в действительности нейроморфологический субстрат исполнительных функций не ограничивается лишь префронтальными отделами коры. Во-вторых, не все

высшие психические функции, обеспечиваемые работой лобных долей, можно отнести к исполнительным. Помимо префронтальных отделов, в осуществлении исполнительных процессов немаловажное значение играет задняя ассоциативная область, т.н. зона ТРО.

Онтогенез исполнительных функций

В современных исследованиях выделяют два основных подхода к исследованию раннего когнитивного развития детей. К ним относят психологический (когнитивный) подход и нейробиологический подход [2].

Долгие годы в рамках психологического подхода ведущей была концепция Пиаже о стадиях развития интеллекта у детей, при которой переход на каждую последующую возрастную ступень связан в появлением новообразований в познавательных способностях ребенка и его поведении. Развитие когнитивной сферы, согласно представлениям Пиаже, тесно связано с поэтапным овладением ребенком логическими операциями мышления, то есть операциями на основе абстрактных понятий.

В психологии развития доминирующим является общий подход, отождествляющий улучшение возможностей произвольной регуляции с развитием исполнительных функций.

Зелазо и др. предлагают рассматривать развитие исполнительных функций в рамках так называемого «подхода решения проблем» (problem solving paradigm). С позиций этого подхода, в любой задаче или проблеме, которая предстает перед ребенком, можно выделить 4 последовательные и качественно различные фазы [2]:

1) Репрезентация проблем — определение проблемного пространства, т.е. выделение самой проблемы и возможных вариантов ее решения;

2) Планирование — анализ цели и средств, а также выбор одной стратегии из некоторого количества возможных вариантов;

3) Исполнение, в свою очередь разделенное на

— Удержание в памяти намерения или плана действий.

— Использование правил — непосредственный перевод плана в действие;

4) Оценка результатов действий, которая подразделяется на

— детекцию ошибок;

— коррекцию ошибок.

Кроме того, Зелазо и его коллеги не выделяют отдельные исполнительные функции (ингибиция, рабочая память), а утверждают, что существует единая исполнительная функция, которая, по существу, тождественна контролируемой деятельности и вносит вклад в каждую из перечисленных фаз решения проблемы.

Таким образом, накопленные в литературе данные демонстрируют, что на протяжении периода раннего детства и дошкольного возраста улучшается выполнение задач, требующих произвольной регуляции. Весьма условное разделение этих задач по стадиям решения проблем свидетельствует о том, что это улучшение затрагивает каждую из этих фаз (репрезентация проблемы, планирование, исполнение и оценка реализованной деятельности с последующей коррекцией ошибок) [2].

Можно указать на несколько недостатков представленного подхода. Во-первых, из-за того, что предлагаемые ребенку задачи сложные, трудно разграничить вклад общего когнитивного развития и развития собственно исполнительных функций в описываемые возрастные изменения.

Во-вторых, в этом подходе авторы используют грубые экспериментальные модели с плохо контролируемыми условиями задачи. Эти модели имеют некоторое сходство с классическими фронтальными пробами. Однако, неясно, в какой степени они оценивают исполнительные функции в том смысле, который им придается в нейропсихологических и нейробиологических исследованиях [2].

Нейробиологический же подход опирается на сведения об исполнительных процессах, которые получены в рамках клинических исследований лобного синдрома у взрослого человека, работ на

животных и экспериментов, проводимых в последние годы использованием современных методов нейровизуализации.

С точки зрения представителей данной парадигмы, для того, чтобы понять, что стоит за феноменом улучшения выполнения сложных когнитивных задач в период от 3 до 7 лет жизни ребенка, необходимо «разложить» их многофакторную структуру на отдельные компоненты. В противном случае, одновременно оценивая и возможные различия в когнитивных процессах, и различия в зрелости функций исполнительного контроля деятельности, сложно понять, что же собственно отличает мышление 3—4 летнего ребенка от мышления ребенка старшего дошкольного возраста [2].

Сходным образом, обращаясь к многочисленным исследованиям, в том числе и тем, что проводились в парадигме проблемно решающего подхода, на протяжении дошкольного периода можно проследить взаимосвязь успешности выполнения различных когнитивных задач с улучшением другого служебного по отношению к процессам размышления механизма — тормозного контроля.

Так при выполнении задачи Рассела с конфетой детям 5—6 лет в отличии от более раннего возраста уже не сложно подавить сильное естественное желание тянуться к коробке с конфетой. Они также легко могут подождать и получить несколько позже большую награду, чем та, что предлагается сразу, в то время как 3—4 летний ребенок не может устоять перед возможностью немедленно забрать вознаграждение [2].

Таким образом, формирование достаточно простых «служебных» или исполнительных функций может существенно влиять на выполнение когнитивных тестов детьми разного возраста. Вклад этого процесса в собственно когнитивное развитие ребенка все более привлекает внимание современных исследователей.

Вероятно, как указывают исследования на пациентах и животных, каждый из исполнительных компонентов имеет независимый нейронный

субстрат и собственную траекторию развития. Тот факт, что они одновременно прогрессируют на определенном отрезке онтогенеза (между 3 и 7 годами жизни) может отражать общее воздействие в данном возрастном периоде фактора созревания коры головного мозга и ее дорсолатеральных префронтальных отделов в частности.

На это указывают данные о том, что именно в этот онтогенетический период происходит существенное преобразование морфофункциональных характеристик префронтальных отделов коры.

Лонгитюдное наблюдение за детьми, больными фенилкетонурией, свидетельствует о том, что различия в успешности выполнения фронтальных проб больными детьми 3—7 лет и их сверстниками из здоровой популяции, прямо коррелируют с различиями в показателе содержания в крови предшественника дофамина (тирозин) [2].

Существует проект Университета Миннесоты с участием большой группы ученых, который направлен на исследование выполнения ряда тестов, отражающих функции, обеспечиваемые отделами префронтальной коры и височных долей головного мозга у испытуемых в возрасте от 3 до 25 лет. Исследователями применяется тестовая батарея CANTAB (Cambridge Neuropsychological Testing Automated Battery) [2], сконструированная для оценки нейронных коррелятов задач, широко применяемых в работах с пациентами и животными с повреждениями мозга.

Представленные на сегодняшний день в литературе результаты исследований свидетельствуют о совершенствовании префронтальных функций с возрастом, а также указывают на существенные индивидуальные различия во всех возрастных группах, которые довольно часто могут перекрывать возрастной диапазон [2].

Исполнительные функции при некоторых аномалиях психического развития

Нарушения исполнительных функций при расстройствах аутистического спектра

Как было отмечено ранее, многие нейропсихологические исследования обнаруживают взаимосвязь исполнительных с активацией лобных отделов, а именно передней ассоциативной области. Разные виды нарушений психического развития в подавляющем большинстве случаев сопряжены с дефицитарностью и несовершенством исполнительных функций. Это характерно, прежде всего, для расстройств аутистического спектра. Damasio и Maurer обнаружили, что люди, страдающие аутизмом, демонстрируют поведение, схожее с тем, которое наблюдается у пациентов с поражениями лобными отделов мозга. Исполнительные функции в структуре расстройств аутистического спектра часто исследовались изолированно от интактных процессов. Противоречивость полученных за последние годы данных создает почву для сомнений относительно того, могут ли нарушения исполнительных функций представлять собой диагностические маркеры аутизма. Hill провел обзор большого массива исследований, на основании чего выделил такие ведущие исполнительные функции, как планирование, гибкость когнитивных установок, торможение импульсов и самоконтроль. Планирование – это чрезвычайно важная составляющая целенаправленного поведения, она основана на способности продумывать действия заранее с целью решения той или иной задачи наиболее организованным, стратегическим и эффективным способом. Это требует способности к прогнозированию, контролю и рефлексии различных вариантов выполнения задачи [8].

Функция планирования в нейропсихологических исследованиях довольно часто изучается с помощью теста «Лондонская башня». Дети, подростки и взрослые с нормативными показателями общего интеллекта

демонстрируют успешное выполнение задач, связанных с планированием действий. Используя компьютиризированную версию указанного теста, Нерре с соавт. обнаружили, что дети с ранним детским аутизмом без выраженного интеллектуального дефекта демонстрируют нормальную способность к планированию. При этом дети более старшего возраста в эксперименте показали меньшее числа ходов, чем младшие дети, на основании чего авторы предположили, что планирование может быть напрямую связано с уровнем зрелости и сформированности интеллектуальных процессов.

Когнитивная гибкость представляет собой способность спонтанно переходить к различным действиям или установкам в ответ на ситуативные изменения. Часто эта функция исследуется с помощью Висконсинского Теста. Выраженный дефицит когнитивной гибкости обнаруживается у детей с ранним детским аутизмом, в отличие от обычно развивающихся детей и детей с другими нарушениями психического развития. Эта дефицитарность также присутствует в повседневной жизни больных аутизмом, например, когда в семье установленный ранее порядок дня претерпевает некоторые изменения. При этом, как показывают последние исследования, неудовлетворительные показатели когнитивной гибкости обнаруживаются у аутистов как в детстве, так и во взрослой жизни [7].

Торможение включает в себя подавление импульсов, ассоциированных с слабо контролируемым эмоциональным реагированием. Эта способность также является слабо развитой у больных аутизмом.

Исследования показывают, что самоконтроль при аутизме также обнаруживает существенный дефицит. Например, в тестах на словесную беглость такие дети демонстрируют отчетливую тенденцию к повторению отдельных слов, что выражается в большем количестве персеверативных ответов, чем у лиц в с нормальной функцией контроля.

В настоящее время современная область исследований больных аутизмом заключается в выявлении взаимосвязей между исполнительными

функциями и адаптивным функционированием. В ряде исследований показано, что дефицит некоторых исполнительных функций может провоцировать нарушения адаптации пациентов. Так, Gilotty обнаружил обратную корреляцию между адаптивным функционированием и дефицитом рабочей памяти при аутизме.

Результаты Landa и Goldberg, однако, не подтверждают гипотезу о том что нарушение исполнительных функций достоверно может способствовать ухудшению социального функционирования у таких пациентов. В их исследовании были изучены компоненты исполнительных функций, выделенные Hill (планирование, когнитивная гибкость, торможение и самоконтроль). Основная гипотеза заключалась в том, что исполнительные функции прямо коррелируют с адаптивными навыками при аутизме [6].

Однако, как оказалось, эта взаимосвязь носит негативный характер. Авторы объяснили это тем, что некоторые навыки социального функционирования развиваются онтогенетически раньше, чем исполнительные функции, поэтому их дефицит не оказывает прямого влияния на нарушения адаптации.

Исполнительные функции при СДВГ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – это нарушение развития, которое может сохраняться в течение длительного периода жизни. Характеризуется как постоянный недостаток устойчивости внимания в купе с гиперактивностью и импульсивностью поведения.

Большое значение в исследованиях СДВГ имеет выявление факторов, которые могут использоваться для диагностики и коррекции состояния психической деятельности таких пациентов. В этом отношении значимую роль приобретает оценка нейрокогнитивных процессов при СДВГ, включая исполнительные функции. Как отмечалось ранее, исполнительные функции отвечают за контроль познания, поведения и эмоций [3, 5].

Как показывают исследования, дефицит исполнительных функций входит в структуру нейропсихологических синдромов у детей с СДВГ. Ведущим нарушением при данном расстройстве учеными определяется несформированность процессов контроля и торможения.

Однако дефицит исполнительных функций не следует считать главным причинным фактором СДВГ. По данным некоторых авторов, только 30-50% детей с подтвержденным диагнозом СДВГ имеют недостаточность исполнительных функций.

Несмотря на это, наиболее выраженные и грубые нарушения внимания в сочетании с гиперактивностью регистрировались именно в тех случаях, когда были выявлены нарушения исполнительных функций. Многие трудности, сообщаемые пациентами с СДВГ, были связаны с исполнительными функциями: сюда относятся финансовые проблемы, необходимость выполнить задание в определенный срок, нестабильность мотивации, затруднения в регуляции эмоционального состояния, нетерпеливость, недостаток самоконтроля и инициативности. Все это в исследованиях и клинической практике коррелирует с процессами планирования, и организации деятельности[4].

Следует подчеркнуть, что хотя лечение СДВГ медикаментозными средствами имеет доказанный эффект, немаловажная роль отводится применению клинико-психологической интервенции, направленной на коррекцию и развитие исполнительных функций. Такие формы коррекции могут успешно применяться совместно с фармакотерапией и способствовать улучшению повседневного социального и бытового функционирования. Центральное место в коррекции исполнительных функций занимает когнитивно-поведенческая терапии.

Заключение

Исполнительные функции – это комплекс высших познавательных способностей, регулирующих и организующих другие психические процессы

и поведение в целом. Они включают в себя целеполагание, планирование, рабочую память, антиципацию и прогнозирование, когнитивную гибкость, контроль и коррекцию хода выполнения того или иного задания.

В норме исполнительные функции формируются ближе к старшему дошкольному возрасту. Большое значение в их реализации играет активация префронтальных отделов лобных долей коры больших полушарий.

Нарушения исполнительных функций встречаются при различных видах дизонтогенеза: в первую очередь, при искаженном и дисгармоническом психическом развитии. При этом, как показывают последние исследования, нарушенные исполнительные функции не являются первопричиной возникновения расстройств аутистического спектра и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, а дополняют общую структуру имеющихся нейропсихологических синдромов.

Список литературы:

1. Алексеев А. А., Рупчев Г. Е. Понятие об исполнительных функциях в психологических исследованиях: перспективы и противоречия // Психологические исследования. – 2010. – № 4 (12).

2. Пушина Н.П. Развитие исполнительных функций в дошкольном возрасте // Современная зарубежная психология. - 2014. – Т. 3. - № 1. - С. 26–42.

3. Carlson S.M .Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. Developmental neuropsychology. - 2005. - Vol. 28. - Iss. 2. - pp. 595—616.

4. Christ S.E., Holt D.D., White D.A., Green L. Inhibitory Control in children with autism spectrum disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007 - Vol. 37. - № 6. - pp. 1155–1165.

5. Damasio, R. G. Maurer. A neurological model for childhood autism // Archives of Neurology. 1978. - Vol. 35. - № 12. - pp.777–786.

6. Hill E. L. Evaluating the theory of executive dysfunction in autism // Developmental Review. – 2004. - Vol. 2. - № 2. - pp. 189–233.

7. Pellicano E. The development of executive function in autism // Autism Research and Treatment. – 2012. - Special issue. – 8 p.

8. Russell J., Jarrold C., Hood B. Two intact executive capacities in children with autism: implications for the core executive dysfunctions in the disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. - 1999. - Vol. 29. № 2. - pp.103–112.

Адаптация опросника A. Raine «Реактивная-Проактивная агрессия»

Терентьева А. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение

В последнее время тема агрессии приобретает особую актуальность в связи с ростом детской преступности, различных проявлений агрессивности и жестокости в детской субкультуре, приводящих к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях подрастающего поколения. Агрессивность детей - это весьма серьезная социальная, педагогическая и психологическая проблема. Агрессивные проявления подрывают здоровье детей, приводят их в состояние возбуждения, которое трудно контролировать. Кроме того, агрессивность может негативно сказываться на процессах личностного развития и социализации.

За последнее время было проведено множество исследований, изучавших агрессивное поведение, и все же еще многие вопросы остаются недостаточно разработанными. Одним из таких вопросов на наш взгляд, является то, что агрессивное поведение зачастую рассматривается с позиций реактивности, то есть как враждебное поведение, возникающее в ответ на

реальные или мнимые угрозы, фрустрацию какой-либо потребности индивида. Провоцирующими этот вид агрессии являются такие факторы, как угроза, блокирование цели, фрустрированные ожидания, склонность к интерпретации действий других людей в качестве враждебных, превалирующие установки защитной агрессии [1]. Среди поведенческих проявлений реактивной агрессии A.L.Fung, A.Raine, Y.Gao выделяют повышение голоса при раздражении, крушение вещей при вспышках гнева, применение физической силы в качестве защиты, проявления злобы [6].

С этой позиции агрессивное поведение является ответной реакцией на внешние факторы и не учитывает такой аспект поведения человека как его намерения, желания, установки. Агрессия, возникающая без внешнего повода и формирующаяся под влиянием внутренних побуждений человека, называется проактивной (Dodge and Coie, 1987). Проактивная агрессия является одним из центральных аспектов теории социального научения А. Бандуры и представляет собой преднамеренные и спланированные действия, которые мотивируются внешними подкреплениями [4]. Поведенческие проявления проактивной агрессии весьма разнообразны: от стремления манипулировать другими людьми с помощью повышения голоса до разрушительных действий в виде вандализма, грабежей, преднамеренных убийств.

Как следует из вышесказанного, поведение человека может быть обусловлено как внешними раздражителями, так и внутренними побуждениями личности. Поэтому такая дифференциация агрессии на проактивную и реактивную является значимой для выяснения мотивов совершаемых поступков.

Материалы и методы

Было обследовано 100 человек: 50 девочек и 50 мальчиков в возрасте 13 – 14 лет, являющихся учениками одного из лицеев города Оренбурга.

В процессе исследования применялись следующие методики: опросник «Реактивная-Проактивная агрессия» A. Raine, опросник Басса – Перри, опросник Кука – Медли.

Опросник «Реактивная-Проактивная агрессия» был разработан A. Raine, K. Dodge, R. Loeber, L. Gatzke-Kopp, D. Lynam для изучения различий в уровне реактивной/проактивной агрессивности подростков. Опросник содержит 23 пункта. Респондентам на каждый пункт предлагается выбрать один из трех вариантов ответа («Никогда», «Иногда», «Часто»), который наиболее точно описывает их поведение. 12 вопросов теста соответствуют шкале проактивной агрессии, 11 – реактивной. Также методика позволяет выявить общий уровень агрессивности обследуемого.

Опросник уровня агрессивности Басса - Перри (A. Buss и M. Perry, 1992) содержит 24 утверждения и позволяет диагностировать 3 типа агрессивного поведения: физическая агрессия, гнев, враждебность. Ответы на пункты формируются по 5-балльной шкале Лайкерта, где значению «не согласен» соответствует 1 балл, а значению «согласен» – 5 баллов.

Опросник враждебности Кука – Медли (W.W. Cook и D.M. Medley, 1954) представляет собой краткий опросник, предназначенный для диагностики склонности к неявному агрессивному и враждебному поведению. Опросник состоит из 27 утверждений, на которые испытуемый должен дать ответы по 6-балльной шкале Ликкерта, в которой значению «обычно» предписывается 6 баллов, а значению «никогда» – 1 балл. Пункты группируются в три шкалы с различным количеством пунктов в каждой: агрессивности, враждебности и цинизма.

Среди статистических методов обработки данных для анализа надежности использовался коэффициент α – Кронбаха.

Для выявления взаимосвязей между проактивной и реактивной агрессией и шкалами опросников Басса – Перри и Кука – Медли был выбран коэффициент корреляции r – Пирсона.

Результаты и обсуждение

С помощью опросника A. Raine было выявлено, что большинство респондентов имеют низкий уровень реактивной (79%) и проактивной (95%) агрессии. Высокий уровень был обнаружен у 4% опрошенных по шкале реактивной агрессии, и у 2% по шкале проактивной агрессии (рис 1). Полученные данные говорят о том, что подростки более склонны к проявлению реактивной агрессии, нежели проактивной.

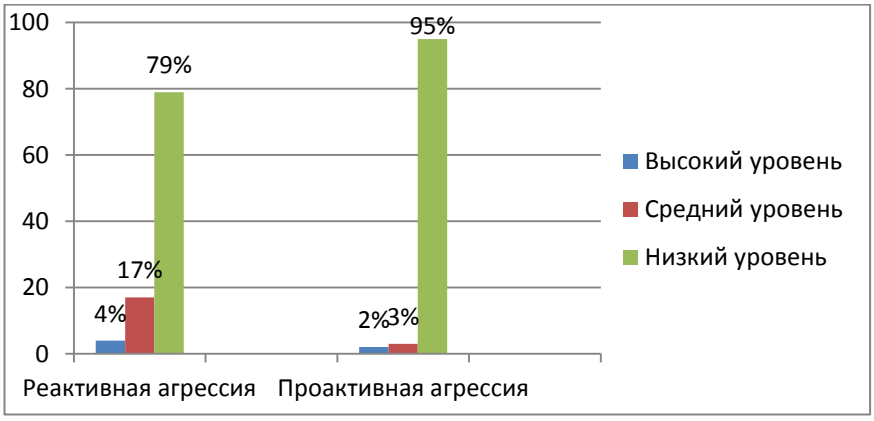


Рис 1. Результаты исследования уровня реактивной и проактивной агрессии у подростков

По результатам вычисления коэффициента надежности α- Кронбаха можно сказать, что методика является надежной. α- Кронбаха по шкале общего уровня агрессии равна 0,907, по шкале реактивной агрессии составила 0,798 и по шкале проактивной агрессии равна 0,935. Эти данные не противоречат результатам полученным A. Raine (проактивная агрессия – 0,86, реактивная агрессия – 0,84, общий уровень агрессии – 0,90).

Анализ корреляционных связей показателей по всем шкалам представлен в таблице 1. Как видно из таблицы, реактивная и проактивная агрессия имеет сильную положительную корреляцию со шкалами опросника Басса – Перри «Гнев» ($p \leq 0{,}001$) и «Враждебность» ($p \leq 0{,}001$), т. е. чем выше показатели реактивной и проактивной агрессии, тем выше будут показатели по перечисленным шкалам. Проактивная агрессия имеет слабую

положительную взаимосвязь со шкалой «Цинизм» ($p \leq 0,1$). Отрицательных взаимосвязей выявлено не было.

Таблица 1

Взаимосвязи между реактивной и проактивной агрессией и шкалами опросников Басса – Перри и Кука - Медли

Шкалы	Реактивная агрессия	Проактивная агрессия
Опросник Басса - Перри		
Гнев	0, 672	0,509
Враждебность	0,643	0,519
Физическая агрессия	0,315	0,273
Опросник Кука - Медли		
Цинизм	0,302	0,194
Агрессия	0,296	0,238
Враждебность	0,314	0,265

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования можно сказать, что опросник «Реактивная – проактивная агрессия» A. Raine является надежным.

Корреляционный анализ выявил наличие сильных прямых взаимосвязей реактивной и проактивной агрессии со шкалами гнева и враждебности. Обратных связей между шкалами не обнаружено.

Опросник может быть использован для изучения проблемы агрессивности в детской и подростковой субкультуре. Данная методика представляет особую ценность для диагностики уровня агрессивности в связи с учащающимися случаями проявления жестокости среди детей и подростков, а также роста детской преступности.

Список литературы:

1. Берковиц, Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Л. Берковиц. - СПб.: прайм - Еврознак, 2001. - 512 с.

2. Бэрон, Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – СПб.: Питер, 2001. — 352 с.

3. Ениколопов, С. Н., Цибульский, Н. П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии / С. Н. Еникопов, Н. П. Цибульский // Психологический журнал. - 2007. - № 1. — С. 18-22.

4. Епанчинцева, Г.А., Ерзин, А.И., Алистратова, Е.Ю. Взаимосвязь реактивной / проактивной агрессии и риска суицидального поведения у девиантных подростков / Г. А. Епанчинцева, А. И. Ерзин, Е. Ю. Алистратова //Тюменский медицинский журнал. – 2014. - № 3. - С. 12 – 18.

5. Ерзин, А.И. Агрессия как форма проактивного поведения / А. И. Ерзин // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2013. - № 2 (151). - С. 77-81.

6. Ерзин, А.И. Гендерные различия в реактивной и проактивной агрессии у студентов / А. И. Ерзин // Психолог. – 2013. - №3. - С. 326-337.

7. Han, K. Et al. Psychometric characteristics of the MMPI-2 Cook—Medley Hostillity Scale / K. Han [et al.] // J. Personality Asessment. -1995.- V. 65 (3).- P. 567—585.

8. Raine, A., Dodge, K., Loeber, R. et al. The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys / A. Raine [et al.] // Aggressive behavior. - 2006. - Vol. 32. - P. 159-171.

Особенности эмоциональной сферы подростков, воспитывающихся в условиях детского дома

Усынина Т.П., Степанова Н.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

В современных условиях социальная среда оказывает противоречивое влияние на процесс становления личности подрастающего поколения. С одной стороны, социокультурная модернизация вызывает необходимость в новом подходе к проблеме самореализации личности, требуется повышенная социальная активность человека как субъекта общественной жизни, принятие им на себя ответственности за свою деятельность и поведение. С другой стороны, нестабильность современного общества во всех сферах его жизнедеятельности увеличивает естественные трудности взросления подрастающего поколения; ситуация неопределенности приводит к деформации личностного развития, дезадаптации подростков в социуме.

Вхождение подрастающего поколения в социум зависит от того, насколько молодой человек, еще будучи школьником, научится успешно осуществлять взаимодействие со сверстниками и взрослыми. Исследования показывают, что отсутствие положительного влияния семьи на развитие, обучение и воспитание детей приводит к трудностям в их социализации, которая осложняется психологической и социальной незрелостью.

Среди основных причин неподготовленности подростков к самостоятельной жизни выделяют низкий уровень эмоционального интеллекта [1], [2], [4].

Особенно значимым является исследование эмоционального интеллекта у подростков, воспитывающихся в условиях детского дома, так как значительная часть выпускников оказывается неготовой к жизни в социуме: они выходят в мир, не умея в нем жить и справляться с разнообразными проблемами, а иногда и не имея желания решать эти проблемы

самостоятельно. При этом более 80% из них − социальные сироты, лишившиеся попечения родителей по социально-экономическим причинам, то есть дети-сироты при живых родителях. Сегодня именно социальные сироты составляют основной контингент интернатных учреждений, число их постоянно растет. Проблема развития эмоционального интеллекта подростков, воспитывающихся вне семьи, без попечения родителей является острой, актуальной и все еще недостаточно разработанной.

В проведенном исследовании принимали участие 50 подростков – воспитанников Чебеньковского детского дома, социального приюта для детей и подростков «Родничок» г. Оренбурга и 50 подростков 8-10 классов СОШ №3 г. Оренбурга в возрасте в возрасте 14-15 лет.

В качестве методического инструментария были использована методика Д.В. Люсина на измерение эмоционального интеллекта. В основе методики лежит подход к пониманию эмоционального интеллекта, разработанный данным автором [3].

Сравнивая распределения результатов методики Д.В. Люсина по группам подростков, воспитывающихся в семьях, и интернатных учреждениях мы не выявили значительных различий по большинству показателей эмоционального интеллекта. Исключения составляют шкала «Понимание чужих эмоций» и шкала «Способность к управлению своими эмоциями». Так, выраженность показателей по данным шкалам в группе подростков, воспитывающихся в семьях, выше данных показателей учащихся интернатных учреждений (4,29 при $p \leq 0{,}001$). Воспитанники интернатных учреждений имеют менее выраженные способности управлять эмоциями, вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные, чем их стабильные в эмоциональном отношении сверстники.

При изучении эмоционального интеллекта анализировались отдельно следующие показатели: межличностный эмоциональный интеллект, внутриличностный эмоциональный интеллект, общий эмоциональный

интеллект. Можно выделить три уровня способности к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими: высокий, средний, низкий.

Сравнительный анализ результатов показывает, что среди подростков, воспитывающихся в семьях, большой процент характеризуется средним уровнем межличностного, внутриличностного и общего эмоционального интеллекта (48%, 46% и 48% соответственно). Среди подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях, средний уровень межличностного эмоционального интеллекта показали только 22% участников, средний уровень внутриличностного эмоционального интеллекта − 56%, и средний уровень общего эмоционального интеллекта − 56%.

При этом высокий уровень показателей эмоционального интеллекта отличается значительно по количеству человек в экспериментальных группах. У подростков, воспитывающихся в семьях, преобладают следующие показатели: высокий уровень межличностного эмоционального интеллекта − 34%, внутриличностный эмоциональный интеллект −28%, общий эмоциональный интеллект − 26% (по сравнению с подростками интернатных учреждений − 14%, 10%, 8% - соответственно).

Данные показатели свидетельствуют о том, что подросток может распознавать эмоции, т.е. устанавливать сам факт наличия эмоционального переживания у себя или у другого человека, может идентифицировать эмоции, т.е. понимать, какие именно эмоции испытывает он сам или другой человек, и находить для них словесное выражение. Подростки, воспитывающиеся в семьях, понимают причины, вызвавшие данные эмоции, и следствия, к которым они могут привести.

Среди подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях значительная часть характеризуется низким уровнем межличностного эмоционального интеллекта (64%), внутриличностного эмоционального интеллекта (34%), общего эмоционального интеллекта (36%) (по сравнению с учащимися, воспитывающимися в семьях , − 18%, 26%, 26% соответственно).

Показатели низкого уровня свидетельствуют о том, что подросток с трудом может контролировать интенсивность эмоций, прежде всего, приглушать чрезмерно сильные эмоции; ему тяжело контролировать внешнее выражение эмоций и при необходимости он не может произвольно вызвать ту или иную эмоцию. Полученные результаты позволяют констатировать, что у подростков интернатных учреждений практически не развита способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими.

Обобщая результаты изучения эмоционального интеллекта, можно сделать вывод: большинство подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях, характеризуются низкими показателями эмоционального интеллекта. Подростки интернатных учреждений испытывают значительные трудности адаптации и не готовы к жизни в социуме. Такие результаты могут быть обусловлены социальной ситуацией развития в условиях детского дома (без родительской опеки, постоянное круглосуточное пребывание каждого ребенка среди детей и взрослых, отсутствие достаточных для уединения пространств в помещениях; отсутствие личных вещей и своего места, иждивенчество, трудности в общении, инфантилизм, перегруженность отрицательным опытом, негативными ценностями и образцами поведения), затрудняющих формирование качеств личности, необходимых для эффективного межличностного взаимодействия.

Список литературы:

1. Андреева, И.Н. Предпосылки развития эмоционального интеллекта / И.Н. Андреева // Вопросы психологии. 2007. − №5. − С. 57-65.
2. Куницына, В.Н. Социальная компетентность и социальный интеллект: структура, функции, взаимоотношение / В.Н. Куницына // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Вып. 1. – СПб., 2005. – Ч. 1. – С. 48-59.
3. Люсин, Д.В. Современные представления об эмоциональном интеллекте / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 29-36.

4. Семья, Г.В. Условия психологической и социальной защищенности выпускников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Г.В. Семья. − М.: УРАО, 2008. − 142 с.

Особенности дебюта шизофрении у подростков

Чемезов А.С., Петина А.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

В последнее время, психические расстройства в подростковом возрасте стали особенно актуальной проблемой психиатрии. Наиболее распространенное эндогенное психическое заболевание – шизофрения - стало чаще начинаться в возрасте 15-18 лет, и заметно изменились его клиническая картина и течение.

Ю.Ф. Поляков указывает, что наиболее общей и существенной характеристикой изменения познавательной деятельности при шизофрении является нарушение избирательности в структуре широкого круга познавательных процессов. Обнаружились корреляции выраженности выявленной аномалии мышления с некоторыми преморбидными характерологическими особенностями [8].

У подростков мужского пола подобный риск по крайней мере в 1,5 раза больше, чем у девочек. Жариков Н. М. указывает, что в возрасте 10—19 лет заболели 41 % мужчин и лишь 27 % женщин [3]. По данным эпидемиологических исследований Н. А. Твороговой (1984), это соотношение даже больше—1,7:1 [6].

Многие авторы указывают на значение преморбидной личности, как фактора, предрасполагающего к разным формам шизофрении. Например, Пекунова Л. Г. считает, для злокачественной юношеской шизофрении характерны «образцовые личности» в преморбиде — дети и подростки до

болезни отличались послушанием, не доставляли родителям особых хлопот [7]. Вернее было бы сказать о преморбидной конформной акцентуации характера, так как такие подростки безынициативны, ничем активно не интересуются, а пассивно следуют установленным для них правилам [5]. Считается, что гипертимный преморбид располагает к шизоаффективным психозам [10], к возникновению аффективно-онейроидных, и аффективно-бредовых синдромов, в то время как стеничная шизоидность — к параноидной шизофрении. При прогредиентной шизофрении вообще наиболее частым преморбидом признается шизоидный [9].

В работах В. В. Лебединского было показано, что у детей, больных рано начавшейся шизофренией, характеризующихся выраженными чертами аутизма, затруднено овладение орудийными функциями предметов, т. е. у них страдает та сторона психического развития, которая в первую очередь связана с развитием социальных контактов и с усвоением социального опыта [4].

В.М. Башина указывает, что подобные дети, характеризуются в первую очередь шизоидными чертами психики, такими как трудности установления эмоциональных контактов с окружающими, трудности общения. На фоне соответствующего возрасту или опережающего интеллектуального и речевого развития у них отмечалось недостаточное развитие практических навыков, плохая адаптация к новым условиям, черты необычности и чудаковатости в поведении, речи и мышлении [1].

Указанные черты психического склада широко отмечаются в качестве характерных как для психического развития лиц шизоидного круга, так и больных малопрогредиентными формами шизофрении с относительно благоприятным течением процесса.

Пубертатный период или период юности охватывает довольно широкий возрастной диапазон от 11 до 20 лет и включает ранний пубертатный, пубертатный и поздний пубертатный, или собственно

юношеский, периоды со свойственными каждому из них особенностями психических проявлений и их определенной динамикой.

К ним относятся, во-первых, выраженная неустойчивость и противоречивость отдельных сторон нервно-психического склада, ведущая роль аффективной сферы, эмоциональной лабильности — «пубертатная лабильность настроения» [13]; во-вторых, стремление к самостоятельности, независимости с сомнениями и даже отверганием прежних авторитетов и особенно негативистическим отношением к авторитету лиц из ближайшего окружения — семья, учителя и т. д. — период «отрицания», «протеста против отцов» [12], «стремления к самостоятельности» и, в-третьих, повышенный интерес к своему физическому и психическому «я» с особой чувствительностью и ранимостью по поводу каких-либо своих недостатков или несостоятельности и одновременно с выраженным стремлением к самоусовершенствованию, творчеству в различных областях деятельности.

Доманифестный шизофренический дизонтогенез изучен и описан, в основном, О. П. Юрьевой (24, 25). Ею выделены следующие основные глобальные признаки дизонтогенеза: 1 — нарушение коммуникативной функции, 2 — дисгармония (неравномерность) развития, 3 — падение психической активности (энергетического потенциала) [11].

М. Ш. Вроно выделяет в зависимости от возраста начала и степени прогредиентности процесса описываются следующие клинические варианты психического дизонтогенеза у больных шизофренией детей:

1. Доманифестный дизонтогенез, в том числе ранний детский аутизм (синдром Каннера и аутистическая психопатия у детей Аспергера), который может быть выражением преморбидного фона или латентной шизофрении.

2. «Процессуальный дизонтогенез», т. е. проявление дизонтогенеза в инициальном, манифестном и межприступном периоде детской шизофрении.

3. «Постпроцессуальный (резидуальный) дизонтогенез», входящий в сложную структуру дефекта личности при детской шизофрении

(олигофреноподобный дефект при раннем начале и злокачественном течении, дисгармонический инфантилизм) [2].

Таким образом, обращается внимание на неоднородность описываемых форм психического дизонтогенеза и их нозологическую неспецифичность. Ранний детский аутизм, по нашим наблюдениям, чаще всего связан с детской шизофренией. Многие авторы допускают органическую природу синдрома Каннера, другие — истолковывают его проявления с психоаналитических и психодинамических позиций. Достаточно распространено мнение о врожденно-конституциональной природе раннего аутизма (патологическая конституция, психопатия). Наконец, необходимо учитывать и роль определенного наследственного предрасположения.

Список литературы:

1. Башина В. М. Катамнез больных ранней детской шизофренией (ее неблагоприятного варианта).— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10, с. 1522—1527.

2. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. Особенности клиники и течения.— М.: Медицина, 1971, 128 с.

3. Жариков Н. М. Эпидемиология психических заболеваний.— В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М.: Медицина, 1983, т. 1, с. 224—231.

4. Лебединский В. В., Новикова Е. Ю. О формировании понятий детей, больных шизофренией. Журн. невропатол. и психиатр., 1975, № 11. с. 1673.

5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977, 208 с. Изд. 2-е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1983, 256 с.

6. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей.— Л.: Медицина, 1979, 336 с. Изд. 2-е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1985, 416 с.

7. Пекунова Л. Г. О некоторых особенностях преморбида больных юношеской злокачественно-прогредиентной шизофренией — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, в. 3, с. 433—439.

8. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.

9. Симашкова Н. В. Клинические особенности острых полиморфных приступов пубертатной шизофрении.—Журн. невропатол. и психиатр., 1983, в. 10, с. 1533— 1539.

10. Цуцульковская М. Я. Некоторые особенности развития юношеской шизофрении в свете отдаленного катамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, в. 5, с. 604—611.

11. Юрьева О. П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией. Журн. невропатол. и психиатр., 1970, № 8, с. 1229—1235.

12. Kretschmer E. Schizophrenien und Pubertatskrisen und ihre seelische Fuhrung. Monatschr. Psychiat. u. Neurol., 1953, 125, 5/6, S. 562—571.

13. Masterson J. F. The psychiatric significance of adolescent turmoil. Amer. J. Psychiat., 1968, 124, II, p. 1549—1554.

Авторский указатель

Абдульманова Н.Р. *5*
Барковская А. П. *15*
Быкова И.С. *24, 29, 63, 72*
Гамзина Е.Н. *24*
Геращенко Н.А. *33*
Давыдов А.В. *45*
Деденева О.Г. *29*
Дереча Г.И. *49*
Дерябина И.В. *49*
Ерзин А.И. *96*
Зайцева Е. С. *54*
Кенжагалиева А.А. *63*
Кислина Л.В. *49*
Киясова Р.Х. *63*
Ковтуненко А.Ю. *58*
Короткова А.А. *67*
Краснощекова И.В. *5, 24, 72*
Лазюк И.В. *92*
Марченко Т.В. *82*
Мещерякова Т.А. *78*
Петина А.А. *118*
Рагузина Е.И *82*
Семенова Т. С. *87*
Станкевич А.С. *92*
Степанова Н.В. *114*
Степанова П.А. *96*
Терентьева А. В. *108*
Усынина Т.П. *114*
Чемезов А.С. *118*