

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И БЕЗОПАСНОСТИ  
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
КАФЕДРА ОБЩЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ



## СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Сборник трудов  
Всероссийской научно-практической конференции с международным  
участием



18-19 мая 2017 г.  
Курск  
ISBN 978-5-7487-2091-5

**УДК 316.356.2(063)**  
**ББК 60.561.51 я 43**  
**С30**

Лазаренко В.А., Шульгина Т.А., Василенко Т.Д.  
Кухаренко А.В. – формирование сборника

**«Семья в современном мире», Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием [Электронный ресурс] / Лазаренко В.А., Шульгина Т.А., Василенко Т.Д. – Текстовое (символьное) электронное издание (4 Мб). – Курск: КГМУ, 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD/R)**

В сборнике представлены труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Курск, 18-19 мая 2017 г.).

Издается по решению РИС ФГБОУ ВО КГМУ  
Дата подписи к использованию 03.05.2017 г.

Минимальные системные требования:  
*IBM PC 486 DX2; 66 МГц, видеоплата 1 Мб (VESA); зв. плата  
SB-совместимая;  
DOS 6.2 или выше; Windows 7; MS PowerPoint; iSpring Suite 7.1*

**ISBN 978-5-7487-2091-5**

**ББК 60.561.51я43**

**© ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, 2017**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### Раздел 1. Семья и социум: многогранность отношений

|  |    |
|--|----|
| <u><i>Бачурова С.Е.</i></u><br><u>Социальное влияние на материнство – постановка психологической проблемы</u> .....  | 10 |
| <u><i>Бубнова А.Н.</i></u><br><u>Семья как субъект профилактики аддиктивного поведения обучающихся образовательных организаций (из опыта регионов России)</u> .....                      | 13 |
| <u><i>Власова Е.А., Трунова М.А.</i></u><br><u>Исследование толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья у разных студенческих групп</u> .....                  | 17 |
| <u><i>Галлямова Ю.С., Шулькина М.А.</i></u><br><u>Аспекты формирования гендерной культуры ребенка: роль семьи и сформированность полоролевой идентификации старших дошкольников</u> .... | 19 |
| <u><i>Григорова К.Р., Макушина О.П.</i></u><br><u>Семья как фактор виктимизации личности ребенка</u> .....   | 23 |
| <u><i>Громова Н.С.</i></u><br><u>Роль семьи в противодействии молодежному экстремизму</u> .....  | 26 |
| <u><i>Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.</i></u><br><u>Медико-социальные аспекты сохранения и укрепления репродуктивного здоровья молодежи</u> .....                            | 30 |
| <u><i>Досумов Ж.К., Рамазан-Заде М.М.</i></u><br><u>К вопросу о создании брачно-семейных судов в целях защиты материнства, детства и семьи в РК</u> .....                                | 33 |
| <u><i>Ерохина Е.В.</i></u><br><u>Трансформация понимания категории «семья» по российскому и европейскому праву</u> .....   | 38 |
| <u><i>Забелина Н.В.</i></u><br><u>Гендероориентированные социальные практики в работе с семьей</u> .....   | 43 |
| <u><i>Зайцева А.А.</i></u><br><u>Ценности современной молодежи в семейно-брачной сфере</u> .....   | 45 |
| <u><i>Зайцева М.А., Прищепова С.Н.</i></u><br><u>Изучение проблемы взаимоотношений в молодой семье</u> .....   | 49 |
| <u><i>Каменева Т.Н.</i></u><br><u>Родительские практики современных россиян</u> .....  | 53 |
| <u><i>Карнаухова Н.А.</i></u><br><u>Государственная семейная политика – важнейшая политическая стратегия современной России</u> .....  | 57 |
| <u><i>Карпова Э.Б.</i></u><br><u>Отношение к себе и семейному окружению в соотнесении с личностными характеристиками женщин, имеющих ребенка с особенностями развития</u> ....           | 60 |

|  |     |
|--|-----|
| <u>Кетова Н.А., Кочугова Е.И.</u>  | 64  |
| <u>К вопросу о готовности будущих педиатров к работе с ребенком в семейной системе</u> .....   |     |
| <u>Кетов Н.А., Коростелева Е.С., Ковалкина А.А.</u>  |     |
| <u>К вопросу о сохранении репродуктивного здоровья подростков</u> .....  | 66  |
| <u>Кетова Н.А., Петрова В.И.</u>   |     |
| <u>Возникновение проблем со зрением у детей через призму семейной системы и способы их решения (на примере реализации проекта Интерактивная встреча «Здоровье глаз»)</u> .....   | 70  |
| <u>Кортаева А.И.</u>   |     |
| <u>Особенности становления гендерной идентичности у младших школьников ...</u>   | 73  |
| <u>Кравцова Е.С.</u>   |     |
| <u>Положение крестьянской семьи в период голода 1891-1892 гг. (по работам Л.Н. Толстого)</u> .....   | 75  |
| <u>Кузьмин В.П.</u>  |     |
| <u>Жизненные затруднения семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья на разных возрастных этапах развития</u> .....  | 79  |
| <u>Кузьмин В.П., Перова Ю.Л.</u>   |     |
| <u>Особенности протекания супружеских конфликтов в молодой семье</u> .....   | 82  |
| <u>Кульсеева Т.Г.</u>  |     |
| <u>Развитие института семьи: историко-философский аспект</u> .....   | 85  |
| <u>Лапин Д.В.</u>  |     |
| <u>Особенности технологий социальной реабилитации семей из числа беженцев и вынужденных переселенцев</u> .....   | 90  |
| <u>Леханова О.Л., Галактионова Г.М.</u>  |     |
| <u>Коррекция нарушениями праксиса у детей с ограниченными возможностями здоровья средствами специализированных программных средств в семейной среде жизнедеятельности (в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 16-16-35001)</u> ..... | 93  |
| <u>Маль Г.С.</u>   |     |
| <u>Мужчина в зеркале семейной жизни</u> .....  | 97  |
| <u>Мирошниченко О.А.</u>   |     |
| <u>Разрушение семьи – разрушение детства. Современные подходы в работе в условиях государственных организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей</u> .....  | 100 |
| <u>Мулюкин С.В.</u>  |     |
| <u>К вопросу о реализации конституционного принципа равноправия в Федеральном законе «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей»</u> .....   | 104 |
| <u>Новичкова Т.А., Рышкова А.В., Фетисова Е.С.</u>   |     |
| <u>Гражданский брак – выбор мужчины</u> .....  | 107 |
| <u>Поляков Д.В., Дорофеева С.Г.</u>  |     |
| <u>Семья и ее роль в формировании самооценки у ребенка</u> .....   | 108 |

|  |     |
|--|-----|
| <u>Перова Ю.Л., Синячкина О.А., Косинова М.А.</u>  |     |
| <u>Экология развития ребенка в семейной системе на основе подхода Бروفенбренера.....</u>   | 112 |
| <u>Рогачева Т.В.</u>   |     |
| <u>Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семейной системе.....</u>  | 113 |
| <u>Ростомашвили И.Е.</u>   |     |
| <u>Семья как абилитационная среда в процессе непрерывного образования ребенка с ограниченными возможностями здоровья.....</u>  | 117 |
| <u>Рублева Н.В., Новикова С.Н., Соловьева А.А., Лебедев И.Ю.</u>   |     |
| <u>Влияние семьи на приверженность лечению и его эффективность у больных туберкулезом легких.....</u>  | 121 |
| <u>Рышкова А.В., Новичкова Т.А., Фетисова Е.В.</u>   |     |
| <u>Многофункциональная роль женщины в современной семье.....</u>   | 125 |
| <u>Сердюкова Н.С., Алюшина Д.С., Палий М.И.</u>  |     |
| <u>К вопросу о семейных установках при подготовке к супружеству.....</u>   | 128 |
| <u>Скобликова Т.В., Скриплева Е.В., Андреева В.Ю.</u>  |     |
| <u>Помощь семье в социально-культурной интеграции ребенка с ограниченными возможностями посредством применения специалистами по физической культуре гуманитарных технологий в условиях инклюзивного образования.....</u> | 131 |
| <u>Солнцева Н.В., Филатова Е.Г.</u>  |     |
| <u>Зависимость атрибутивного стиля супругов от социально-демографических характеристик.....</u>  | 135 |
| <u>Старикова Е.А.</u>  |     |
| <u>Супервизия как элемент подготовки специалистов, осуществляющих работу с замещающими семьями.....</u>  | 138 |
| <u>Степашов Н.С., Бердникова Т.В.</u>  |     |
| <u>Брак и материнство юных матерей.....</u>  | 140 |
| <u>Степашов Н.С.</u>   |     |
| <u>Проблема суицида в семьях юных матерей.....</u>   | 144 |
| <u>Сушкова Е.В.</u>  |     |
| <u>Семейная система как фактор формирования гендерных характеристик ребенка.....</u>   | 146 |
| <u>Тимофеева Е.А.</u>  |     |
| <u>О работе по формированию ответственного отцовства в муниципальном образовании «Город Курск».....</u>  | 150 |
| <u>Торопова А.И., Шамина Е.М., Домнина А.И.</u>  |     |
| <u>Роль отца в формировании мировоззрения у ребенка.....</u>   | 154 |
| <u>Тымченко С.Л., Сулейманова Э.Э., Голуб К.А., Манукян А.М., Скрипников Д.А., Беширов А.М.</u>  |     |
| <u>Гармоничные отношения в паре и физическое здоровье.....</u>   | 155 |
| <u>Фетисова Е.В., Рышкова А.В., Новичкова Т.А.</u>   |     |
| <u>Роль семьи в воспитании личности ребенка: исторический аспект.....</u>  | 157 |

|  |     |
|--|-----|
| <u>Холодова К.А., Рожкова М.В.</u>   |     |
| <u>Теоретические подходы к изменению места и роли семьи в современном обществе.....</u>  | 161 |
| <u>Черненко В.М., Черненко Е.В.</u>  |     |
| <u>Трансформация ролевого взаимодействия в современной российской семье (Размышления по поводу мнений респондентов).....</u>                                       | 165 |
| <u>Чхаабра И.Р., Борисенко А.В., Жукова А.А., Смирнова С.Н.</u>  |     |
| <u>Исследование информированности студентов медицинского вуза в вопросах контрацепции и репродуктивного здоровья.....</u>  | 168 |
| <u>Шуваева Т.И., Мясникова К.А.</u>  |     |
| <u>Опыт реализации проекта «Согласись на счастье своей жизни» в рамках профильного лагеря «Гармония».....</u>  | 171 |
| <u>Шульгина Т.А., Кетова Н.А., Мясникова К.А.</u>  |     |
| <u>Ребенок с ОВЗ в семейной системе.....</u>   | 174 |
| <u>Шульгина Т.А., Мясникова К.А., Шуваева Т.И.</u>   |     |
| <u>Ранняя подготовка к супружеской жизни как фактор формирования благополучной семьи (на примере реализации проекта «Согласись на счастье в своей жизни»).....</u> | 178 |
| <u>Donald David, Lyashchenko O.I., Smirnova S.N., Zhukova A.A.</u>   |     |
| <u>The quality of marital relationship – readiness for parenthood – family health...</u>   | 181 |
| <br>   |     |
| <b>Раздел 2. Семья в современном мире: клинико-психологические проблемы</b>  | 184 |
| <u>Алехин А.Н., Антонова Т.Д.</u>  |     |
| <u>Рисковое сексуальное поведение подростков.....</u>  | 184 |
| <u>Бекетова Е.А.</u>   |     |
| <u>Зависимость межличностных отношений супругов от ролевых ожиданий и притязаний.....</u>  | 188 |
| <u>Бекетова Е.А.</u>   |     |
| <u>Исследование тревожности у детей из неполных семей.....</u>   | 191 |
| <u>Блюм А.И.</u>   |     |
| <u>Телесный опыт беременности женщин, прошедших вспомогательную технологию экстракорпорального оплодотворения.....</u>   | 194 |
| <u>Бобрешова А.А.</u>  |     |
| <u>Сходства и различия мотивации рождения ребенка у женщин и мужчин....</u>  | 198 |
| <u>Богушевский А.А., Богушевская Ю.В.</u>  |     |
| <u>Психологические проблемы семей пациентов с травматической болезнью спинного мозга, пути их решения.....</u>   | 202 |
| <u>Вартамян Г.А., Горбатов С.В.</u>  |     |
| <u>Роль семьи и детско-родительских отношений в формировании личности подростков с отклоняющимся поведением.....</u>   | 205 |
| <u>Василенко Т.Д., Абдулгалимова У.К.</u>  |     |
| <u>Влияние детско-родительских отношений в полной семье на эмоциональную сферу ребенка старшего дошкольного возраста.....</u>                                      | 209 |

|  |     |
|--|-----|
| <u>Василенко Т.Д., Бакина Ю.А.</u>   |     |
| <u>Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей подросткового возраста с бронхиальной астмой</u> .....                    | 211 |
| <u>Василенко Т.Д., Мангушев Ф.Ю., Благов И.А.</u>  |     |
| <u>Роль семьи в коррекции совладающего поведения при соматоформных расстройствах</u> .....   | 214 |
| <u>Василенко Т.Д., Селин А.В., Казначеева Е.В.</u>   |     |
| <u>Эмоциональная сфера детей, страдающих бронхиальной астмой</u> .....   | 218 |
| <u>Василенко Т.Д., Селин А.В., Черникова С.И.</u>  |     |
| <u>Особенности семейных отношений у детей младшего школьного возраста в ситуации психосоматического заболевания</u> .....                            | 221 |
| <u>Василенко Т.Д., Селин И.А., Макарова Д.В., Толоконникова И.С.</u>   |     |
| <u>Роль семьи в реабилитации больных паническими расстройствами</u> .....  | 224 |
| <u>Глушкова В.П., Беликова А.Я.</u>  |     |
| <u>Исследование уровня депрессии и тревожности у женщин в ситуации преждевременных родов</u> .....   | 228 |
| <u>Гребельная Н.В., Арзуманян С.К., Гужова Е.А.</u>  |     |
| <u>Детекция генотипов ВПЧ ассоциированных с дисплазией шейки матки</u> .....   | 231 |
| <u>Данилова Ю.Ю.</u>   |     |
| <u>Проявление доверия к себе у подростков в связи с восприятием отношений со значимыми взрослыми</u> .....   | 233 |
| <u>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н.</u>   |     |
| <u>Психологический аспект семьи с ребенком-инвалидом: проблемы и перспективы</u> .....   | 236 |
| <u>Есенкова Н.Ю.</u>   |     |
| <u>Жизнеспособность семьи как ресурс развития детей дошкольного возраста</u> .....   | 238 |
| <u>Завгородняя И.В.</u>  |     |
| <u>Психологическая готовность к отцовству как показатель личностной зрелости мужчины</u> .....   | 241 |
| <u>Зеленая К.В., Петросян Т.Р., Смирнова С.Н.</u>  |     |
| <u>Психологические особенности супругов при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения</u> .....                                   | 245 |
| <u>Земзюлина И.Н.</u>  |     |
| <u>Личностные детерминанты переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности</u> ..... | 249 |
| <u>Золотова И.А., Королькова Е.Р.</u>  |     |
| <u>Выявление особенностей психологического компонента гестационной доминанты у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией</u> .....     | 254 |
| <u>Казаков П.А.</u>  |     |
| <u>Взгляды выдающихся людей на процесс воспитания</u> .....  | 259 |
| <u>Кернер О.А., Ахтырская Ю.В., Тунина Е.Г., Журавлева Н.В.</u>  |     |
| <u>Сохранение эмоционального благополучия детей в условиях ДОО, школы и семьи. Зачем хвалить ребенка?</u> .....                                      | 262 |

|   |     |
|---|-----|
| <u>Коньшина Ю.Е.</u>  |     |
| <u>Психологическое сопровождение семьи на примере системной семейной психотерапии.....</u>  | 266 |
| <u>Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю.</u>  |     |
| <u>Семейные факторы трудового прогноза больных ИБС, перенесших операции на сосудах сердца.....</u>  | 270 |
| <u>Лобурец В.А., Николаевская А.О.</u>  |     |
| <u>Особенности самоощущения детей с бронхиальной астмой в собственной семье.....</u>  | 273 |
| <u>Маремпольская Т.Ю.</u>   |     |
| <u>Особенности эмоционально-личностной и коммуникативной сфер матерей, имеющих детей с хроническими заболеваниями ЦНС.....</u>                              | 277 |
| <u>Миланич Ю.М.</u>   |     |
| <u>Направления психологической помощи семьям детей с нарушениями развития.....</u>  | 283 |
| <u>Миронова Е.А.</u>  |     |
| <u>Влияние самооценки супругов на их удовлетворенность браком.....</u>  | 287 |
| <u>Мулатова Н.А., Черненко Е.В.</u>   |     |
| <u>Принципы сотериологического воспитания детей в современной семье.....</u>  | 291 |
| <u>Николаевская А.О., Заплата Я.С.</u>  |     |
| <u>Депрессивный синдром у женщин, перенесших медицинский аборт на раннем сроке по желанию беременной.....</u>   | 295 |
| <u>Носкова О.В., Гужова Е.А., Арзуманян С.К.</u>  |     |
| <u>Влияние поведенческих факторов на репродуктивное здоровье молодежи....</u>   | 298 |
| <u>Петропольская С.А., Завгородняя И.В.</u>   |     |
| <u>Факторы формирования психологического состояния женщин с невынашиванием беременности.....</u>  | 302 |
| <u>Погосов А.В., Богушевская Ю.В.</u>   |     |
| <u>Особенности семейных отношений как фактор развития нервной анорексии.....</u>  | 306 |
| <u>Погосов А.В., Щербанева Т.А.</u>   |     |
| <u>Особенности телесного опыта у беременных с угрозой невынашивания.....</u>  | 309 |
| <u>Пономарева И.В.</u>  |     |
| <u>Психология современной семьи: перспективы исследования.....</u>  | 312 |
| <u>Русина Н.А., Михнюк А.А.</u>   |     |
| <u>Проблема совладания со стрессом у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках.....</u>   | 313 |
| <u>Сафонова А.С., Золотова И.А.</u>   |     |
| <u>Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.....</u> | 318 |
| <u>Селин А.В., Смирнов Н.В.</u>   |     |
| <u>Отношение к беременности женщин с опытом аборта.....</u>   | 322 |
| <u>Семенова Г.В.</u>  |     |
| <u>Представления о реальной и идеальной семье у подростков с церебральным</u>   |     |

|   |     |
|---|-----|
| <u>параличом.....</u>   | 325 |
| <u><i>Сердюков Д.А., Борисенко А.В., Смирнова С.Н., Жукова А.А.,<br/>Лященко О.И.</i></u>   |     |
| <u>Сохранение репродуктивного здоровья мужчины и женщины в различные<br/>возрастные периоды.....</u>                                  | 329 |
| <u><i>Симоненко И.А.</i></u>  |     |
| <u>Процессы идентификации ребенка в семье и их влияние на развитие его<br/>личности.....</u>  | 332 |
| <u><i>Сурьянинова Т.И., Иванов Н.Э., Фетисова А.С.</i></u>  |     |
| <u>Особенности семейных отношений и личности детей младшего школьного<br/>возраста больных атопическим дерматитом.....</u>            | 335 |
| <u><i>Тинякова Е.В.</i></u>   |     |
| <u>Оценка удовлетворенности адаптацией и сплоченностью семейной системы у<br/>подростков с психосоматическими расстройствами.....</u> | 339 |
| <u><i>Тихая А.А.</i></u>  |     |
| <u>Особенности сиблинговых отношений в замещающих семьях,<br/>воспитывающих детей с особенностями развития.....</u>                   | 343 |
| <u><i>Улейская М.В.</i></u>   |     |
| <u>Привязанность к матери в детстве как фактор привязанности к<br/>романтическому партнеру у молодых женщин.....</u>                  | 350 |
| <u><i>Фетисова А.С.</i></u>   |     |
| <u>Взаимосвязь тревожных состояний с функциональной диспепсией у<br/>детей 8-12 лет.....</u>  | 354 |
| <u><i>Хурасева А.Б., Ангалева Е.Н.</i></u>  |     |
| <u>Впитал с молоком матери.....</u>   | 357 |
| <u><i>Шевчук С.О.</i></u>   |     |
| <u>Нерешенные психологические вопросы, возникающие при использовании<br/>экстракорпорального оплодотворения.....</u>                  | 361 |
| <u><i>Шульженко Д.С., Глушкова В.П.</i></u>   |     |
| <u>Особенности родительской семьи и психологическая готовность к<br/>родительству у юных первородящих.....</u>                        | 365 |
| <u><i>Якимова Т.В., Строчкова С.С.</i></u>  |     |
| <u>Семейная идентичность у подростков из семей различных типов.....</u>   | 367 |
| <u><i>Hrithik Kamboj, Sheikh Amil, Zhukova A.A.</i></u>   |     |
| <u>Psychological problems of IVF patients.....</u>  | 370 |
| <u><i>Sachin Kumar, Zhukova A.A., Lyaschenko O.I., Smirnova S.N.</i></u>  |     |
| <u>Infertility and mental health.....</u>   | 372 |
| <u><i>Rajan Sushmitha Priya, Lyashchenko O.I., Smirnova S.N.,<br/>Zhukova A.A.</i></u>  |     |
| <u>In- vitro fertilization as a clinic-psychological problem.....</u>   | 375 |

# Раздел 1. СЕМЬЯ И СОЦИУМ: МНОГОГРАННОСТЬ ОТНОШЕНИЙ

## СОЦИАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА МАТЕРИНСТВО – ПОСТАНОВКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ

*Бачурова С.Е.*

ФГБОУ ВО Ярославский государственный университет  
им. П.Г. Демидова

Феномен материнства – сложное социокультурное явление, включающее в себя спектр различных влияний как объективного, так и субъективного характера: экономических, социальных, психологических, культурных, нравственных. Ценности современного материнства в их традиционной интерпретации подвергаются трансформации со стороны вызовов глобальной культуры.

Более полувека назад в классических западных трудах отмечалось, что общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения. Э. Бадинтер писала, что материнство – это понятие, которое не просто эволюционирует, но и наполняется в различные периоды истории различным содержанием: женщина становится лучшей или худшей матерью в зависимости от того, цениться или же обесценивается в обществе материнство [2]. М. Мид на основе своих исследований материнства и детства в различных культурах делает вывод, что существует конкретно-культурный «путь к модели» материнства, которое само по себе есть инструмент, созданный обществом для «производства» ребенка как представителя своего вида и своей культуры. Осознание материнских функций ведет к внедрению в их регуляцию как общества, так и самой матери [5].

Ни одна из групп материнских функций не является присущей матери самой по себе, особенности материнского поведения имеют сложный путь развития в онтогенезе матери. Само образование способности матери выполнять свои функции в системе психического взаимодействия с ребенком обеспечено в каждой культуре целым набором средств, часть из которых является осознанной, а часть представлена в форме традиций, поверий, заложена в способах взаимодействия между взрослыми и детьми [7].

Рождаемость в России падала на протяжении всего XX в. А.И. Антонов отмечал, что в конце 1960-х и начале 1970-х гг. произошла самая тихая революция в России, когда среднедетная семья (семья с 3-4 детьми) трансформировалась в семью двухдетную [6]. Тенденция на снижение рождаемости видна и сейчас. Данные исследования «Семья. Демография. Социальное здоровье населения» (2006 г.) свидетельствуют, что и сегодня во главе угла стоят традиционные жизненные смыслы и ориентиры: в приоритете ценности здоровья, семьи, наличия детей, душевного комфорта. Семья является некой безусловной сверхценностью и важна для подавляющего числа опрошенных во всех возрастных группах (73-78%). Но ценность «дети» для самых молодых респондентов оказалась менее значима, чем для людей

среднего и пожилого возраста (64% среди 18-24-летних по сравнению с 76-78% в других возрастных группах). Таким образом, семейная ориентация части молодых россиян не сопровождается установкой на рождение детей, что подтверждает некоторые пессимистические прогнозы в отношении демографического будущего России [4].

Для материнства серьезным вызовом стала техническая революция, заставившая женщин массово работать вне дома и семейного хозяйства. Э. Кесслер-Хэррис отмечает, что работающие женщины все менее склонны прекращать работу для ухода за детьми, а ищут новые виды трудовой занятости [1]. Для ликвидации образовавшейся лакуны в уходе за малолетними детьми создана система профессиональных услуг врачей, воспитателей, специализированных общественных учреждений и пр. Это не отменяет ценности материнской любви и потребности в ней, но существенно изменяет характер материнского поведения.

В России эти процессы выражены несколько иначе в связи с неоднозначностью изменений, произошедших в российском обществе за последние 50 лет. Прочно утвердившаяся эмансипация женщин в профессиональной и общественно-политической сфере до сих пор слабо поддерживается общественным мнением в семейной жизни. Результаты исследования показывают, что социальные представления о работе и семье в жизни женщины характеризуются одновременным сочетанием как традиционных (патриархальных), так и эгалитарных (основанных на представлениях о равноправии полов) черт [8]. Шуляевой К.М. была определена структура и содержание социальных представлений о работе и семье в жизни современных женщин: так ядро составляет материнство. В качестве ближайших элементов в представлениях женщин выступают супруг и материальные ценности. В современном мире именно экономические реалии делают необходимой работу для содержания семьи (до 3/4 всех матерей совмещают работу и уход за детьми).

Новым вызовом материнству становится информационный прогресс. Его последствия пока очень трудно оценить, однако серьезное влияние не вызывает сомнений. В проведенном нами пилотном исследовании с помощью глубинного интервью (в нем приняли участие 14 женщин в возрасте от 23 до 37 лет, имеющих от одного до трех детей в возрасте 11 месяцев – 13 лет) молодые матери отмечают значительное влияние СМИ и Интернет-сообщества на свое отношение к уходу и воспитанию детей.

Носкова А.В. указывает, что многочисленные телевизионные ток-шоу и передачи акцентируют именно неприглядные стороны семейной жизни медийных лиц и простых граждан. Поток "семейной грязи" провоцирует чувство неприязни у молодежи к семейному образу жизни, что подталкивает их к иному, свободному от семьи и детей образу жизни [6].

Многоликий Интернет с «форумами для молодых мам» и бесконечным числом «мнений специалистов» и нарушение взаимоотношений с более старшим поколением женщин в семье создает ситуацию, в которой женщина теряет уверенность в себе как «хорошей» матери и стремится к поиску группы лиц для общения с аналогичными ценностно-смысловыми ориентирами.

В нашем исследовании матери в возрасте до 30 лет значительно чаще указывали значимое влияние интернет-сообществ и тематических групп в социальных сетях на подходы к воспитанию и отношению к ребенку, называя их более современными, основанными на мнениях профессионалов (педиатров, психологов, педагогов и др.), учитывающих актуальные реалии ухода за детьми, по сравнению с мнениями старших родственников. В исследовании Борисовой А.Е. [3], основанном на наследовании отношения матери к ребенку от предыдущего поколения женщин, отмечается, что поддержка со стороны родных по вопросам воспитания ребенка является для женщины компенсацией тревоги и подтверждением того, что она делает все правильно. Применяя к полученным Борисовой А.Е. данным иной подход – Э. Бадинтер, можно предположить, что социум с его ценностями и нормами «сжимается» для матери в ближний круг общения в связи с резким сокращением контактов до ограниченного числа родственников (или интернет-сообщества в нашем исследовании). Исходя из полученных данных выдвигается гипотеза о том, что именно давление ближнего окружения (реального или виртуального), выражающего основные тенденции социума и в целом совпадающего с представлениями матери и ее личным опытом, а не прямое межпоколенное наследование, является ведущим при формировании отношения к материнству. Данная гипотеза требует дальнейшего уточнения и разработки на более широкой выборке с применением дополнительных методов.

Таким образом, разработка и анализ подходов к сопровождению материнства и всех связанных с появлением ребенка изменений в личностной, семейной, социальной и профессиональной сферах, являются актуальными в теоретических и прикладных исследованиях в современном мире.

### Литература

1. Антология гендерных исследований. Сб. пер. / Сост. и комментарии Е.И. Гаповой и А.Р. Усмановой. – Минск : Пропилеи, 2000. – 384 с.
2. Бадинтер Э. Любовь в дополнение: История материнской любви (18-20 века). – М., 1990. – 294 с.
3. Борисова А.Е. Взаимосвязь привязанности женщины к матери и ее отношения к своему ребенку. Автореф. дис. канд. псих. н. – Москва, 2011. – 24 с.
4. Варламова С.Н., Носкова А.В., Седова Н.Н. Семья и дети в жизненных установках россиян // Социологические исследования. 2006. № 11. С. 61-73.
5. Мид М. Культура и мир детства. М.: Наука, 1989. – 429 с.
6. Носкова А.В. Социальные аспекты решения демографической проблемы низкой рождаемости // Социологические исследования. – 2012, № 8. С. 60-70.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.
8. Шуляева К.М. Социальные представления о значении работы и семьи в жизни женщины: Автореф. дис. канд. псих. н. – Москва, 2009. – 22 с.

# СЕМЬЯ КАК СУБЪЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (ИЗ ОПЫТА РЕГИОНОВ РОССИИ)<sup>1</sup>

*Бубнова А.Н.*

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»**

*Статья подготовлена в рамках Государственного задания ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».*

Практика показывает, что одним из необходимых условий эффективности работы по профилактике аддиктивного поведения среди обучающихся образовательных организаций Российской Федерации является максимальная включенность семьи в процесс профилактической деятельности. В настоящее время формы и методы работы с семьей, как одним из ключевых субъектов профилактики, активно совершенствуются. Эта деятельность становится все более направленной в целом на семью, а не только на обучающихся или отдельно на их родителей (законных представителей), что дает хорошие результаты. На базе образовательных организаций регионов России систематически проводятся мероприятия, позволяющие повысить уровень родительской компетенции в профилактике аддиктивного поведения, укрепить и обновить семейные, детско-родительские отношения, получить навыки бесконфликтного общения.

Одной из эффективных форм вовлечения родителей в процесс социализации и формирования личности подростка в рамках профилактической деятельности является реализация программы родительского всеобуча, призванной дать родителям необходимые знания о развитии, здоровье, воспитании детей с учетом их возрастных особенностей, о закономерностях становления духовно-нравственного мира ребенка и важнейшей роли семьи в этих сложных процессах. Данная форма способствует формированию взаимодоверия между родителями (законными представителями) и специалистами, потребности в постоянном взаимодействии.

Для родителей (законных представителей) организуются курсы повышения квалификации, в том числе выездные. Так, в Республике Коми и других регионах России проводятся интерактивные курсы для родителей несовершеннолетних детей по основам детской психологии и педагогике «Родительский лекторий «НАШИ ДЕТИ». В Еврейской автономной области создан электронный ресурс – родительский интернет-лекторий «Основы детской педагогики и психологии».

В образовательных организациях реализуются профилактические программы, направленные на системное просвещение родителей (законных представителей), обучающихся по актуальным вопросам семейного воспитания, принципам выстраивания детско-родительских отношений,

---

<sup>1</sup>Статья подготовлена в рамках Государственного задания ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» на основе данных, представленных субъектами Российской Федерации в рамках мониторинга состояния работы по профилактике аддиктивного и суицидального поведения среди обучающихся образовательных организаций Российской Федерации.

поддержания авторитета родителей, уважения интересов детей, создания эмоционального комфорта в семье, возрастных особенностей этапов развития детей и их здоровья, профилактики зависимостей. На эти цели направлена реализация программы «Семейный разговор» (Республика Мордовия и др.), авторы которой предложили системный подход к решению проблемы подросткового алкоголизма и токсикомании в семье и в школе; проекта «Семья НАО – компетентная семья» (Ненецкий автономный округ); работа Детско-родительского клуба «От сердца – к сердцу» (Архангельская область); проекта «Папа – может!» в качестве модели включения отцов в жизнедеятельность детей в детском саду. В ходе проекта организуется психолого-педагогическое сопровождение отцов, проводятся мероприятия, предполагающие активное взаимодействие родителя и его ребенка, формируются традиции сотрудничества. В образовательных организациях Ямало-Ненецкого автономного округа успешно реализуется проект «Семейная гостиная», в рамках которого семья становится активным субъектом воспитания, преобразующим свою жизнь. Основная цель проекта – помощь семье в осознании и оформлении своей системы жизненных ценностей; содействие возрождению лучших отечественных традиций семейного воспитания; помощь родителям и другим членам семьи в овладении навыками творческой семейной педагогики; пропаганда здорового семейного стиля жизни. В ходе работы семейной гостиной происходит обмен опытом разрешения сложных семейных ситуаций и конфликтов, консультирование родителей (законных представителей) специалистами и экспертами в области семейных и детско-родительских отношений.

С каждым годом совершенствуется система оказания экстренной психологической помощи по телефонам доверия, с использованием технологий on-line консультирования обучающихся и их родителей (законных представителей) через Skype, социальные сети и т.п. В образовательных организациях проводится разъяснительная работа, информирование родителей и детей о специализированных учреждениях, в которых можно оперативно получить психологическую, медицинскую, социальную помощь и поддержку. В сфере первичной профилактики осуществляется переход от элементарного информирования подростков о последствиях рискованного поведения к формированию осознанного отношения к себе и окружающим через систему общечеловеческих ценностей.

В регионах России (Республика Бурятия и др.) отмечается важность систематического превентивного обучения несовершеннолетних, в ходе которого осуществляется психолого-педагогическая деятельность по целенаправленному развитию у детей защитных психологических характеристик: адекватной самооценки, уверенности в себе и собственных силах, мотивации достижения успеха, ответственности за последствия собственного поведения, адаптивных стратегий поведения, умения определять психологические характеристики (свои и окружающих), выражать свое эмоциональное состояние, навыков конструктивного общения, принятия решения, умения сказать «Нет!» и т.д. Учителя-предметники в рамках занятий

находят возможности для обращения внимания обучающихся на негативные последствия, вызванные присутствием в жизни разного рода зависимостей. Необходимая информация подается ненавязчиво, без «чтения нотаций», что в конечном итоге оказывает на детей и подростков скрытое профилактическое воздействие. Таким образом, в ходе процесса единства обучения и воспитания происходит не только осваивание обучающимися нового учебного материала, но и развитие и укрепление их системы личного противостояния зависимостям, постепенная корректировка недостатков собственного психосоциального развития.

В последние годы в профилактической работе активно используется метод копинг-стратегий, направленный на оказание помощи несовершеннолетним в осознании механизмов формирования их собственного поведения; развитие их личностных ресурсов: формирование адекватного представления о себе и социальной компетентности, умение принимать на себя ответственность за свою жизнь и т.д. В рамках организации профилактики правонарушений и формирования здорового образа жизни в общеобразовательных организациях Омской области применяют инновационную технологию «ТРИЗ» (теория решения изобретательских задач), которая позволяет посредством проблемно-поискового метода научить несовершеннолетних находить выход из любой сложной ситуации. В Воронежской области одной из форм оказания психологической помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, является организация работы в рамках мобильной арт-терапевтической студии. Вместе с родителями с помощью искусства (рисунок, музыка, танец, театрализованные сценки, фото- и видеотерапия) дети учатся выражать свои эмоции. С помощью специалистов обучающиеся работают над преодолением психологических последствий жестокого обращения с ними. Благодаря арт-терапии можно добиться восстановления чувства собственного достоинства, реализовать более широкий спектр защитных реакций у ребенка. Фото- и видеотерапия предлагают эффективные техники, которые могут помочь в работе с такими сложными случаями, как переживание последствий насилия (физического и психологического). На совместных занятиях родителей с детьми решаются задачи коррекции внутрисемейных отношений, наиболее полного самовыражения личности посредством семейного творчества, усиления сплоченности семьи, повышения значимости семьи в глазах детей.

В рамках системы мер профилактики семейного неблагополучия и сохранения «кровной» семьи для ребенка в регионах создаются мобильные группы экстренного реагирования из числа педагогов-психологов образовательных организаций, которые осуществляют оперативную психолого-педагогическую помощь семьям, детям, специалистам (Краснодарский и Забайкальский края, Псковская область и др.). Участники группы ежегодно проходят повышение квалификации по профилактике аддиктивного поведения обучающихся.

В Красноярском крае и Тамбовской области получила развитие технология раннего выявления семей группы риска и «работа со случаем»

(«куратор случая»). В рамках данной технологии оказывается адресная помощь семье и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, с целью сохранения семьи и создания условий для воспитания ребенка в кровной семье. Применяется инновационная технология «Интенсивная семейная терапия на дому» – форма социально-психологической реабилитации, которая ориентирована на семьи с детьми и подростками, имеющими серьезные проблемы поведенческого характера. Актуальность технологии заключается в активном участии семьи в планировании и реализации индивидуальной программы реабилитации. Целями интенсивной семейной терапии является раннее выявление неблагополучия в семьях, своевременное оказание помощи семье, стимулирование активности самих членов семьи и их ближайшего окружения, максимальная мобилизация ресурсов самой семьи и её окружения.

Заслуживает внимания опыт работы клубов молодых семей Тюменской области в рамках проекта индивидуального семейного сопровождения «Семейное шефство». Члены клубов осуществляют контроль за семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации, курируют их в течение года: приглашают к участию в мероприятиях и образовательных программах, организуют совместные выезды и досуговые вечера встреч, поддерживают активное общение, стимулируют совместные инициативы семей.

Одной из наиболее эффективных форм социально-педагогической и психолого-педагогической поддержки несовершеннолетних, их семей является работа педагогических студенческих отрядов, волонтеров, общественных молодежных организаций и других общественных инициатив. Так, в Кабардино-Балкарской Республике функционирует институт общественных воспитателей из числа сотрудников учреждений системы профилактики, а также представителей спорта, культуры и искусства, общественных деятелей, которые закреплены за несовершеннолетними, состоящими на учете в муниципальных комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав. В образовательных организациях Нижегородской области действуют «родительские патрули» в целях выявления обучающихся, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также не посещающих или систематически пропускающих по неуважительным причинам занятия в организации, предупреждения безнадзорности несовершеннолетних, осуществления контроля соблюдения правопорядка на территориях, определенных для патрулирования.

Эти и другие современные формы и методы работы, апробированные инновационные технологии могут активно использоваться в деятельности образовательных организаций регионов России в целях повышения уровня взаимодействия семьи и школы в профилактике аддиктивного поведения у обучающихся.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЛЮДЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ У РАЗНЫХ СТУДЕНЧЕСКИХ ГРУПП

*Власова Е.А., Трунова М.А.*

**ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет»**

В последние годы, непосредственная работа людей все чаще связана с интеллектуальным трудом, нежели с физическим, в связи с этим наметилась положительная интеграция в профессиональную сферу лиц с ограниченными возможностями здоровья. Благодаря высокой степени информированности общества о проблемах людей с особыми нуждами, и развитию новейших технологий во всех сферах общественных отношений, позволяющих наиболее полно раскрывать интеллектуальный, физический и личностный потенциал лиц с ограниченными возможностями здоровья, произошло положительное изменение отношения к ним [1; 4].

Так, по мнению Н.Н. Малофеева, исследование эволюции отношения государства и общества к лицам с отклонениями в развитии от античных времен до наших дней позволило выделить переломные моменты, разграничивающие периоды эволюции, которые характеризуются как путь общества от ненависти и агрессии до терпимости, партнерства и интеграции лиц с отклонениями в развитии. В конце XX столетия борьба против дискриминации в европейских странах способствовала формированию новой культурной нормы – уважения к различиям между людьми [2].

Поэтому в последние годы в России актуализировались вопросы, связанные с формированием толерантности к инвалидам, которая способствует интеграции лиц с отклонениями в развитии в общество. Более того, возрастает актуальность воспитания в подрастающем поколении потребности и готовности к конструктивному взаимодействию с людьми и группами людей независимо от их различий и подготовки педагогических кадров, ориентированных на преподавание в духе толерантности [5].

В настоящее время, благодаря возможности более полной трудовой адаптации с помощью технических средств реабилитации и разграниченному подходу к профориентации, люди с различными патологиями развития все чаще представлены в сфере трудовых и социальных отношений.

Данное исследование было организовано и проведено для оценки уровня толерантности здоровых студентов, обучающихся в высшем учебном заведении, реализующем программу инклюзивного образования, к студентам с ограниченными возможностями здоровья.

Основой исследования явились анкеты – «Я-Ты-Мы», которые были разработаны Л.В. Кузнецовой [3]. Данное исследование проводилось в феврале-апреле 2017 года. В анкетировании приняли участие 84 человека: 51 человек гуманитарных специальностей, и 33 технических специальностей, без патологии развития. Анкетирование охватывало студентов 1 - 4 курсов.

По результатам анкетирования нами были получены следующие данные: 82% респондентов гуманитарных специальностей положительно относятся к

взаимодействию с людьми с ограниченными возможностями здоровья в ситуации совместного обучения в высшем учебном заведении, реализующем программу инклюзивного образования. Об этом свидетельствуют положительные ответы на вопрос: «Захочешь ли ты перейти (будешь стараться) в другую группу или останешься, если в одной группе с тобой окажется (перечисление людей, с разными патологиями развития)?». В свою очередь большинство респондентов технических специальностей дали обратный результат. Так, например, всего 30% учащихся были готовы к адаптации в своей среде людей с ограниченными возможностями здоровья.

Кроме того, было выявлено, что 13% учащихся категорически отказываются от безбарьерной среды в ВУЗе.

Также проведенное исследование позволило установить, что респонденты гуманитарных специальностей в большинстве случаев хотели остаться в группе со студентами, имеющими патологии развития, что составило 82% испытуемых. В свою очередь студенты технических специальностей в меньшей степени хотели остаться в данном коллективе – 56%.

На основании полученных результатов по шкале «дружбы со студентами, имеющими патологии развития» можно сказать, что студенты технических специальностей в 44% случаев хотели бы подружиться с данными людьми. Студенты гуманитарных специальностей в 70% случаев готовы пойти на тесный контакт (дружба) с людьми с патологиями (см. рисунок 1).

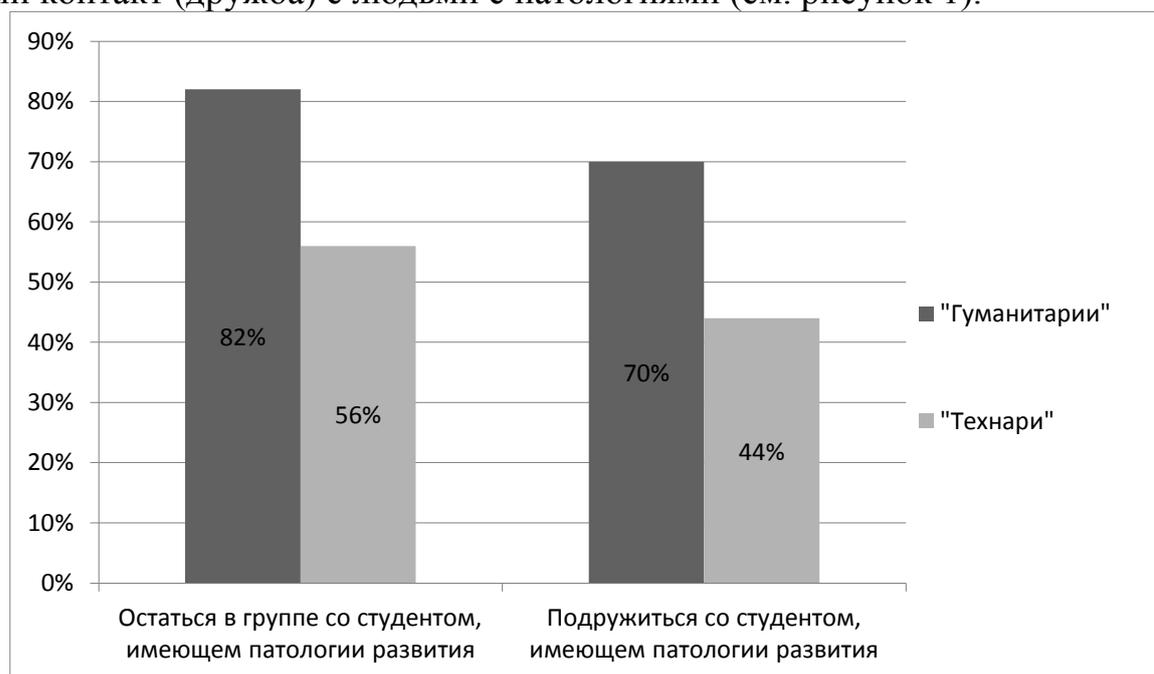


Рис. 1. Результаты анкетирования студентов гуманитарных и технических специальностей

Наконец, проанализировав у респондентов отношение к людям с патологиями развития, можно сделать вывод, что показатели по всем шкалам у студентов гуманитарных и технических специальностей во многом различны. Респонденты гуманитарных специальностей в большинстве случаев оказали бы помощь данным людям, чем студенты технических.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что совместное обучение здоровых студентов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях, реализующих программы инклюзивного образования, положительно сказывается на повышении уровня толерантности здоровых студентов гуманитарных специальностей к лицам с ограниченными возможностями здоровья и вызывает затруднения у студентов технического направления.

#### **Литература:**

1. Еникеев М.И. Психологический энциклопедический словарь. – .: Проспект, 2010. – 560 с.
2. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом: в 2 ч. Часть 1: Западная Европа. – М.: Печатный двор, 1996. – 182 с.
3. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 480 с.
4. Савченко Д.В. Социально-психологическая адаптация подростков с ограниченными возможностями здоровья в специальной образовательной среде (на примере командно-игровых видов спорта): дис. ... канд. психол. наук / Д.В. Савченко. М, 2011.
5. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н.М. Назаровой. Т.2: Общие основы специальной педагогики / [Н.М. Назарова, Л.И. Аксенова, Т.Г. Богданова, С.А. Морозов]. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 352 с.

### **АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕНДЕРНОЙ КУЛЬТУРЫ РЕБЕНКА: РОЛЬ СЕМЬИ И СФОРМИРОВАННОСТЬ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ**

*Галлямова Ю.С., Шулькина М.А.*

**ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»**

В современном мире заметны тенденции изменения полоролевого поведения, что приводит к нарушению гендерной социализации, происходит трансформация культурных стереотипов мужественности и женственности. В связи с этим стоит отметить необходимость исследования вопросов гендерной социализации и культуры, формирования полового самосознания у современных детей, умения взаимодействовать с представителями противоположного пола уже на ранних этапах развития человека. По мнению многих ученых, формирование основ полоролевого поведения происходит именно в дошкольном детстве и первоначально – в семье. В связи с этим особую актуальность на сегодняшний день приобретает исследование роли и потенциала современной семьи в формировании гендерной культуры ребенка дошкольного возраста.

В настоящий момент нами ведется изучение роли семьи в формировании гендерной культуры современного дошкольника, на которого влияют (в том числе и информационно) реалии окружающего мира, связанные с трансформацией культурных стереотипов мужественности и женственности. В данной статье мы хотели бы представить краткий теоретический обзор проблемы, а также результаты экспериментального исследования сформированности полоролевой идентификации детей старшего дошкольного возраста.

В последнее время появляется все больше публикаций, касающихся половых и гендерных различий. Различия в способностях и поведении мужчин и женщин заключаются в биологических особенностях, воспитании и социализации. О формировании гендерной культуры нам сообщают различные теории (Р. Бейлс, Э. Маккоби, В.Е. Каган, Л.С. Выготский), которые сейчас широко обсуждаются и исследуются. Гендерная культура состоит из трехкомпонентной структуры и определяется как индивидуально-личностная характеристика, часть общей культуры субъекта, содержащая гендерную компетентность, гендерную картину мира, а также ценностные ориентации и модели поведения личности [5].

Зайцева О.Ю. отмечает критерии проявления основ гендерной культуры детей старшего дошкольного возраста, к которым относит представление о себе и своем теле как человеке определенного пола, представления о гендерных стереотипах своего пола, проявление качеств, присущих полу, владение опытом поведения, положительное отношение к себе, а также, доброжелательность к сверстникам [2].

Формирование гендерной культуры детей начинается с процесса половой идентификации. В исследованиях Г.В. Вержибока установлена преемственность и связь между младшим и старшим поколением по передаче и принятию процессов гендерной идентификации. [1] Такие авторы, как Я.Л. Коломинский, С. Томпсон и Ш. Берн, рассматривают половую идентификацию как стадийный процесс и называют разное количество стадий, которые проходит ребенок, прежде чем окончательно идентифицировать себя с мужским или женским полом. Как показали исследования последних лет (В.С. Мухина, Т.П. Хризман, А.И. Захаров, Т.А. Репина и др.), половые различия формируются в раннем детстве, в семье. Согласно исследованию Паутовой А.М. и Першиной Т.В., представления детей о браке и семье у детей 5-6 лет сформированы лучше, чем в четырехлетнем возрасте [4]. Американские исследования доказали, что у 60% детей именно в 5 лет укрепляется стереотипное поведение относительно мужественности и женственности [8].

Шинкарева Н.А. отмечает, что по-разному происходящее становление основ гендерной культуры зависит от сенситивных периодов развития ребенка, определяет ее специфику. Выявлено, что воспитанники детских домов обладают низким уровнем знаний о семье, что искажает процесс формирования гендерной идентичности. У детей, воспитывающихся вне семьи, размыты

представления о гендерной культуре, что, возможно, приводит к проблемам личностного развития [7].

Рассматривая исследования детско-родительских отношений (М.И. Лисина, Е.О. Смирнова, О.А. Карабанова и др.), можно выделить несколько основных категорий данной области: гендерные стереотипы, идентичность и психологическую готовность к исполнению гендерной роли в детско-родительских отношениях. На формирование гендерной культуры в семье влияют стиль воспитания, проблема неполных семей, а также готовность к исполнению родительской роли (В.В. Абрамченко, Дж. Боулби и др.) [3].

Регулировать процесс маскулинизации-феминизации ребенка, как отмечает Ю.Б. Ульянова, можно осознанно и бессознательно поощряя или не поощряя разные формы поведения [6].

Социальные изменения, происходящие в современном обществе, приводят к трансформации традиционных стереотипов мужского и женского поведения. Безусловно, эти процессы оказывают влияние на любого члена общества, независимо от возраста. Гендерная культура ребенка формируется, в первую очередь в семье.

Для определения роли семьи в формировании гендерной культуры современного дошкольника нами проведено исследование на базе дошкольных образовательных организаций. Мы изучали детей 5-6-летнего возраста. Группа равнозначно представлена индивидами как мужского, так и женского пола.

В настоящей статье представим данные, полученные в той части экспериментального исследования, которая позволяет говорить о сформированности половой идентификации детей старшего дошкольного возраста, ее особенностях. Результаты полученных данных были проанализированы по параметрам возраста детей, гендерной принадлежности и состава семьи.

С целью выявления у дошкольников гендерных представлений о себе, использовался детский опросник полоролевой идентичности Д. Холла, Х. Халберштата. В результате мы получили данные, согласно которым в целом у детей преобладают феминные, либо маскулинные качества. У 20% опрошенных на данный момент слабая сформированность полоролевой идентичности. Андрогиный тип личности преобладает у 15% опрошенных детей в возрасте 5-6 лет. Данные результаты могут говорить о наличии сложностей в детско-родительских отношениях, медленном протекании стадий половой идентификации, в следствие чего наблюдаются недостаточно сформированные когнитивные, эмоционально-ценностные и поведенческие компоненты гендерной культуры детей. Стоит отметить, что в виду того, что процесс формирования половой идентичности определяется как процесс «постоянной дифференциации», он формируется на протяжении всей жизни индивида.

Для исследования половой и возрастной идентификации ребенка использовалась методика исследования детского самосознания Н.Л. Белопольской. По полученным данным, 85% опрошенных детей способны

устанавливать последовательность идентификации от младенца до взрослого, при этом оставшиеся 15% детей испытывают проблемы с идентификацией себя с образом «младенец» и «старость». Идентифицировали себя с образом своего пола все опрошенные дети, что говорит о нормальном течении полоролевой идентификации, а значит и формировании гендерной культуры. Наиболее привлекательными являются образы юноши (отметили 40% мальчиков) и девушки (отметили 60% девочек). Такой выбор комментирован и определен ассоциациями с «сильным папой» и «красивой мамой». Что интересно, самым непривлекательным образом для девочек является «старуха» (отметили 70% опрошенных), для мальчиков – «младенец» (отметили 60% опрошенных). Эти образы воспринимаются детьми как что-то постыдное, неприятное и неинтересное. Получены данные оценки идентификации своего настоящего (45% «дошкольник»), прошлого (35% «младенец») и будущего (35% «юноша» и «девушка») половозрастного статуса. Следует уделить внимание тому, что многие дети не сделали ни одного выбора в пользу образа «школьник», что, предположительно, говорит о психологической неготовности к школе.

Делая выводы, стоит отметить, что гендерные представления детей дошкольного возраста формируется в процессе социализации, в первую очередь в главном ее институте – семье. Становление гендерной идентичности ребенка происходит в процессе семейного воспитания, когда ребенок, ориентируясь на родителей, выбирает модель поведения, соответствующую его полу.

По результатам нашего исследования мы получили информацию о сформированности гендерной культуры дошкольников, а также обозначили направления, требующие особого внимания к детям, испытывающим трудности в полоролевой идентификации.

### Литература

1. Вержибок Г.В. Гендерная идентификация в семье: преемственность и связь поколений. Вержибок Г.В., Кириллова О.В. Вестник Чувашского университета. 2011. № 4. – С. 188-194.
2. Зайцева О.Ю., Шинкарёва Н.А. Концептуальная модель развития основ гендерной культуры детей старшего дошкольного возраста. Зайцева О.Ю., Шинкарёва Н.А. Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 3. – С. 493.
3. Кириленко И.Н. Детско-родительские отношения: гендерный и этический модуль. Кириленко И.Н. – М., 2015.
4. Паутова А.М., Першина Т.В. Исследование представлений детей дошкольного возраста о любви, браке и семье // Научно-методический журнал «Концепт» – 2016. Т. 17. – С. 514-518.
5. Созаев В.В. Гендерная теория как фактор формирования гендерной компетентности в культурологическом образовании школьников // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. № 33 (73): Аспирантские тетради. Ч. I. (Общественные и гуманитарные науки): научный журнал. – СПб., 2008.

6. Ульянова Ю.Б. Особенности формирования полоролевой идентичности у дошкольников // Молодой ученый. - 2015. - № 20. - С. 502-503.
7. Шинкарёва Н.А. Знание как императивная составляющая гендерной культуры детей. Шинкарёва Н.А., Зайцева О.Ю., Кананчук Л.А. Балтийский гуманитарный журнал. 2016. Т. 5. № 2 (15). – С. 206-210.
8. Gielen, UP, & Roopnarine, JL (ред.). (2016). Детство и юность: межкультурные перспективы и приложения (2-е изд.). Вестпорт, Коннектикут: Прегер.

## **СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ВИКТИМИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА**

*Григорова К.Р., Макушина О.П.*

**Воронежский государственный университет**

Современная семья, по мнению психологов, утверждает свое предназначение в создании уникальных условий для саморазвития и личностной самореализации всех ее членов. Особую ценность в жизни семьи приобрела функция воспитания детей, родительская опека уже распространялась на детей не только маленьких, но и взрослых. Бездетность современными парами стала переживаться весьма болезненно, возникало чувство самонереализованности, терялся смысл брака. Однако все это лишь общие тенденции исторического развития семьи. Каждая конкретная семья обладает уникальными характеристиками, обусловленными личностными особенностями её членов. В каждой семье выстраивается своя особая иерархия, где действуют свои законы и правила. Восприятие семейной системы, ее иерархии у каждого из супругов может значительно различаться. Именно это и ведет к возникновению конфликтов, нарушению взаимопонимания и неэффективности ее функционирования.

Возрастание случаев жестокого обращения с детьми, увеличение числа неполных семей, переход от расширенной семьи к нуклеарной, дисфункциональные нарушения в семье, недостаточный уровень кооперации в семье – это далеко неполный список проблемных зон современной семьи, на которых сконцентрировано внимание психологов и других специалистов. Обзор ряда литературных источников, научных публикаций, посвященных вопросам брачно-семейных отношений, указывают на то, что ценность семьи, её рейтинг стремительно падает. В XXI веке люди могут легко вступить в брак, но и так же легко развестись. Правовые, этические, религиозные, социально-психологические барьеры для расторжения брака сведены сегодня к минимуму. Некоторые ученые, напротив, утверждают, что крах семьи как социального института всего лишь миф. О.А. Карабанова видит причину укоренения данного мифа в неспособности отдельных слоев общества увидеть за негативными внешними симптомами формирование качественно новых отношений в рамках института семьи [2]. На данном историческом этапе семейная система переживает кризис, его разрешение приведет к рождению нового типа семьи.

С позиций системного подхода семья представляет собой систему. С одной стороны, эта система имеет жесткие внешние границы с окружением и слабые внутренние границы между подсистемами и индивидуальностями. Трансформации, повреждения любого элемента могут привести к гибели системы. Погубить систему может даже малозначительное событие, если система не является гибкой. Гибкость семейной системы позволяет реагировать адаптивными структурно-функциональными изменениями на внешние воздействия, позволяющими поддерживать равновесие.

Семейную систему составляют две подсистемы – супружеская и детско-родительская. Взаимоотношения между подсистемами и внутри них очень сложны и многогранны. Именно взаимоотношения в семье, особенности взаимодействий являются наиболее значимым фактором формирования основных качеств личности ребенка. Нарушенные, искаженные отношения в семье приводят к формированию у ребенка множества психологических проблем, которыми он обречен страдать всю дальнейшую жизнь. Например, известным фактом, выявленным психотерапевтами, является склонность людей воспроизводить модель отношений своих родителей в собственной семье. У некоторых людей наблюдается тенденция выбирать себе партнеров, с которыми легче воспроизвести ситуацию, неразрешенную в детстве, вернуться к неразрешенным конфликтам или удовлетворить потребности, которые не были удовлетворены родителями в детстве [2].

Перейдем к обсуждению влияния стиля семейного воспитания на развитие личности ребенка. Данный аспект детско-родительских отношений является одним из наиболее изученных в отечественной и зарубежной психологии.

Наиболее интересна классификация Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса. Они выделяли ряд психогенных, негармоничных типов воспитания: гипопротекция, потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, жесткое обращение, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность [5].

Гипопротекция представляет собой стиль воспитания, который проявляется в недостатке заботы и контроля за поведением ребенка. Такой тип воспитания проявляет себя и в ситуациях, когда родители оправдывают проступки своего чада, стремятся освободить его от заслуженного наказания и переложить вину на других. В конечном итоге это способствует формированию делинквентных форм поведения.

Потворствующая гиперпротекция характеризуется потаканием всем желаниям ребенка. Результатом такого воспитания является безудержное стремление к превосходству, при недостатке необходимых ресурсов. Отсюда закономерно вытекают проблемы в общении со сверстниками.

В случае доминирующей гиперпротекции ребенка подвергают чрезмерной опеке, окружают многочисленными запретами и ограничениями. У одних детей такое воспитание может лишь усиливать реакцию эмансипации. У других – формируется неуверенность в себе, несамостоятельность, нерешительность, безынициативность, не развивается способность к анализу

собственного жизненного опыта, они легко попадают в зависимость от других людей.

**Жесткое обращение.** Данный стиль воспитания характеризуется большим количеством требований, запретов, предъявляемых к ребенку. Интересами ребенка при таком типе взаимоотношений могут пренебрегать, за непослушание жестоко наказывать.

Эмоциональное отвержение проявляется в игнорировании потребностей ребенка и нередко сопровождается жестким обращением. Родитель постоянно раздражен поведением ребенка. При этом типе воспитания ребенок ощущает свою ненужность и пытается найти отдушину в подростковых компаниях, выбирая девиантные формы поведения, либо замыкаются в себе.

Повышенная моральная ответственность выражается в игнорировании реальных потребностей, интересов ребенка в сочетании с завышенными требованиями, которые не соответствуют возрасту и реальным возможностям ребенка. Данный тип воспитания встречается в ситуациях, когда родители за счет ребенка пытаются реализовать собственные несбывшиеся мечты. Некоторые дети не справляются с таким давлением, что приводит к образованию неврозов.

Группа теорий связывают со стилем семейного воспитания формирование особого типа поведения – виктимного поведения или поведения жертвы. Данный феномен рассматривается главным образом в рамках молодой междисциплинарной науки виктимологии. По данным виктимологов, семейное насилие над детьми имеет высокую латентность часто из-за страха детей перед родителями и уверенностью, что помощь не придет. Ребенок подвергающийся насилию боязлив, стыдлив. Ему страшно, что кто-то его осудит или посмеется над ним, что типично для детской подростковой среды, поэтому он всеми силами скрывает происходящее в своей семье. Но испытываемая боль, тяжелые переживания не могут не сказаться на его развитии.

Существуют различные теории детской виктимизации. Наиболее распространенной является циклическая модель. Родители, которые совершают насилие по отношению к детям, сами в детстве были жертвами насилия. Исследования американского криминолога К. Даджа показали, что дети, воспитывающиеся в семьях, где применяется насилие, более агрессивны к другим детям, менее способны обрабатывать информацию и решать проблемы межличностного общения в толерантной форме. Становясь взрослым, человек продолжает применять агрессивную модель поведения, которая может найти свое выражение и в форме преступлений против общества. Таким образом, виктимизация ребенка детерминирует криминализацию взрослого [1].

Страх, недоверие, безразличие не могут стать основой эффективного воспитания. В подавляющем большинстве случаев воспитание сводится к тому, что детям передается опыт тяжелой работы, семейных скандалов и ощущения тяжести. Поэтому дети часто говорят о своем нежелании становиться взрослым.

На основании всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что воспитание ребенка – сложная задача, требующая знаний и терпения. Ребенок усваивает ценности, жизненные принципы, модели поведения, которыми

снабжают его родители. Поведение ребенка является индикатором, отражающим происходящее в его семье. Только адекватное родительское отношение, характеризующееся любовью, уважением и пониманием возрастных психологических, а также индивидуальных особенностей ребенка, может сформировать гармоничную, здоровую личность.

### **Литература**

1. Вишневецкий К.В. Виктимность несовершеннолетних и проблемы социализации личности / К.В. Вишневецкий // Теория и практика общественного развития. – 2012. № 9. – С. 265-269
2. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие / О.А. Карабанова – Москва : Гардарики, 2005. – 320 с.
3. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2010. – 864 с.
4. Сатир В. Вы и ваша семья: руководство по личностному росту / В. Сатир. – Москва : Эксмо, 2002. – 98 с.
5. Эйдемиллер Э.Г. Анализ семейных отношений подростков при психопатиях, акцентуации характера, неврозах и невротных состояниях / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий – Москва: «Знание», 1992. – 22 с.

## **РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОТИВОДЕЙСТВИИ МОЛОДЕЖНОМУ ЭКСТРЕМИЗМУ**

*Громова Н. С.*

### **НОЧУ ВПО «Уральский институт коммерции и права»**

Общественные отношения стремительно меняются как под влиянием внешних факторов правового, политического, технологического и пр. характера, так и под воздействием внутрисоциумных процессов. Взаимодействие людей определяется во многом уже не традиционными семейными ценностями, а нормами, принятыми в субкультурах или микросоциумах. Взаимосвязь поколений представляется на данный момент, скорее, формальным принципом необходимого социального выживания, нежели способом сохранения и передачи ценностных ориентиров потомкам. Сохранение культуры народа зависит от возможности воспроизводить традиционные способы поведения, развивая их и адаптируя к современной реальности. Государство не может обеспечить всестороннее развитие человека, изолированного от традиционной культуры, не связанного с носителями этой культуры, оторванного от семьи.

Семья, согласно ч. 1 ст. 38 Конституции РФ, находится под защитой государства, однако это не означает, что государство может заменить человеку семью. Безусловно, стоит согласиться с мнением С. Н. Дубинина, что «ребенка должны воспитывать не только мать и отец, но, возможно, более широкий круг людей. Нельзя воспитывать детей, изолируя их от жизни. Ребенок должен иметь простор для активности. Если же этого нет, то вряд ли воспитание будет

эффективным [2]. Для этого существуют образовательные, социальные, культурные и др. организации, которые обеспечивают реализацию принципа всестороннего воспитания. Но при этом семья не должна изолироваться от процесса формирования личности, родители не должны перекладывать собственные обязанности на специализированные учреждения.

Семья представляет собой культурную универсалию, обеспечивающую базовые условия для выживания человека как существа культурного, нравственного и духовного [4]. Однако семья не только выполняет ценностно ориентирующую задачу, формируя индивидуальные потребности и способности ее членов, но и реализует социальные функции. Семья, как общество и государство, прививает индивиду определенные нормы, выступает организующим началом не только личной жизни, но и общественной.

Таким образом, семья как социальный институт призвана сформировать определенный набор базовых характеристик личности, которые обеспечат его полноценную социализацию с учетом бытующих в обществе априорных ценностей. В случае, если семья изолируется от своих социальных обязанностей, возможностью формирования личности воспользуется социум. При этом необходимо отметить, что по большей части позитивные социальные образования не так навязчивы, как негативные.

Многие родители активно принимают участие в воспитании ребенка до того момента, как он будет передан в руки профессионалов, а затем перестают участвовать в этом процессе. Как только появляются воспитатели, учителя, преподаватели, профессиональные педагоги, родители думают, что они отходят на второй план. Однако это не так. Воспитательный потенциал семьи сохраняется вплоть до того момента, пока она существует. Для большинства детей родители остаются основными носителями ценностей, именно им ребенок будет следовать на протяжении всей жизни. Педагоги изначально попадают в категорию антагонистов и по большей части воспринимаются негативно, т. к. устанавливаются жесткие поведенческие рамки для каждого субъекта. Педагоги при всем желании самостоятельно не смогут оказать решающее влияние на обучающихся – необходима совместная работа педагогов и родителей. Как отмечает С. А. Блохина, «целесообразно сочетание коллективных, групповых и индивидуальных форм взаимодействия» [1]. Образовательная организация не имеет возможности и полномочий контролировать сферу интересов ребенка, который покидает образовательное учреждение, именно поэтому семья приобретает приоритетное значение во вопросах контроля досуга. Родители должны быть готовы к возможным проблемам, возникающим у среднестатистического ребенка и знать способы противодействия.

Одной из наиболее серьезных современных проблем является повышенная активность экстремистских сообществ, которые стремятся пополнить свои ряды за счет молодежи. Причин, провоцирующих молодых людей на вступление в экстремистские организации или единоразовое участие в запрещенной деятельности достаточно много. Можно говорить об объективных и субъективных причинах. Объективной причиной является

отнесенность молодежи к группе с повышенным рисковым фактором, поскольку она попадает, как отмечает Ю. Н. Зеленев, в «межкультурную зону», характеризующую людей, страдающих от неопределенности своего социального статуса [3]. При этом недостаток жизненного опыта и целый набор психофизиологических проблем не позволяют молодому человеку адекватно определить цели экстремистов, что может способствовать совершению противоправных действий. Особенно в пубертатный период молодые люди становятся крайне агрессивны и неуравновешенны, у них обостряются комплексы, психические расстройства, что приводит к поиску различных досуговых увлечений, которые позволяют избавиться от излишков существующей негативной энергии.

Субъективным же комплексом причин являются по большей части именно проблемы в семье. Изолированность родителей, нежелание их принимать участие в совместном решении проблем или излишняя навязчивость – все это приводит к провокациям, протестам, бунту со стороны молодых людей. Значимыми являются и коммуникативные проблемы при общении с противоположным полом или более взрослыми лицами, которые тиражируются при постоянном удаленном общении, контактное общение вызывает стресс и заменяется на виртуальное, чем активно пользуются экстремисты.

Молодежный экстремизм часто выступает как ответ не на внешние общественные проблемы, а на внутренние личные конфликты. Крайность поведения, включая и экстремистскую деятельность, часто связана не со взглядами молодого человека, а с его потребностью в самоутверждении, самореализации и самоидентификации. Участие в экстремистской в сознании молодого человека романтизируется, и деяния воспринимаются не как противоправные, а как уникальные, индивидуализирующие личность. Для молодежного экстремизма характерна в основном вербальная форма, поскольку физическая деятельность сопряжена с определенными усилиями и рисками, на которые молодые люди не готовы идти. Следовательно, необходимо найти релевантные существующей проблеме способы ее решения.

Ни общество, ни государство не смогут полноценно решить проблему для каждого отдельно взятого человека, т. к. могут апеллировать только к унифицированным ситуациям и глобальным проблемам, они не в силах учесть индивидуальные особенности каждого потенциального последователя экстремистских идей. Семья же напротив: как раз владеет информацией о конкретной личности и ее проблемах. Роль семьи в противодействии экстремизму сводится к превентивным мерам, т. е. к правильному воспитанию полноценной личности с адекватным набором ценностных установок, не допускающих противозаконную деятельность.

Три ключевых принципа семейного воспитания можно сформулировать так: сотрудничество, самоконтроль, интерес к жизни ребенка.

Во-первых, сотрудничество – родители не должны замыкаться в рамках собственных педагогических возможностей. Семья должна сотрудничать с образовательными учреждениями, а не передавать им абсолютные права на воспитание и возлагать ответственность за результаты. Семья и

образовательное учреждение должны объединить два разных полюса воспитания личности: ценностно-личностный и официально-деловой. Для родителей образовательные учреждения также должны стать информационным центром и обязаны вести беседы с родителями вне зависимости от того, попадает ли их ребенок в группу риска или нет. Общественное поведение молодого человека может значительно отличаться от его межличностных отношений при неформализованном общении, и члены семьи знают об этом, но не придают значения. Помимо этого, следует подключить к процессу формирования ценностей и традиций старших братьев, сестер, возможно двоюродных, троюродных родственников младшего возраста, у которых не будет такого разрыва в интересах с ребенком как у родителей и отсутствует контролирующая функция. Привлечение к воспитанию данной категории лиц повышает их собственную ответственность и позволяет доступно разъяснить многие вещи молодому человеку. При этом и степень откровенности с близкими по возрасту людьми будет значительно выше, чем со взрослым. Семья также должна включаться и в общение с семьями сверстников своего ребенка, коллективными усилиями удастся сформировать значительно более крепкие убеждения, которые будут подтверждаться не виртуальными цифрами, непригодными для проверки, а реальными действиями конкретных людей. Так, будучи частью социума семья сможет более комплексно сформировать личность и исключить негативное воздействие неизвестных третьих лиц.

Во-вторых, самоконтроль родителей является важным условием принятия молодым человеком предлагаемых норм. Многие родители воплощают систему двойных стандартов: говорят ребенку прописные истины, которые сами же и нарушают в повседневной жизни. Внимание к разговорам, поступкам и собственным моральным нормам должно быть повышенным. Ребенок может не понять контекста высказывания, не знать источника цитирования или неправильно понять лексику, подросток – намеренно искать нестыковки, а уже молодой человек – использовать принцип «двоемыслия».

В-третьих, родители должны проявлять перманентный интерес к жизни собственных детей, а не периодически интересоваться успехами ребенка. При условии, что ребенок с детства знает о заботе и интересе родителей к собственной персоне, для него не станет странным или настораживающим вопрос родителей о его друзьях и формах проведения досуга. Многие молодые люди не могут найти общий язык с родителями, что провоцирует их на поиск единомышленников, чем пользуются запрещенные организации.

Таким образом, семья в современном мире выступает аккумулятором ценностных установок новых членов общества. Семейные ценности не могут распространяться в отрыве от семьи. Социальные обязанности семьи также возрастают с повышением негативного влияния антиобщественных организаций экстремистского толка, только семья может защитить своих членов от негативного воздействия, будучи самым близким и позитивным социальным институтом для ребенка. Семья в широком понимании должна формировать самостоятельную ячейку ценностного воспитания, но не должна

изолироваться от других позитивных воздействующих центров с целью полноценной и разносторонней личности.

### **Литература:**

1. Блохина С. А. Роль семьи в развитии личности // Педагогика: традиции и инновации: материалы Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, октябрь 2011 г.). Т. II. – Челябинск: Два комсомольца, 2011. – С. 124-127.
2. Дубинин С. Н. Семейное воспитание как основной фактор развития личности ребенка // СПО. – 2009. – №5. – С.29-31.
3. Зеленев Ю. Н. Педагогическая профилактика экстремистских проявлений в молодежной среде в системе непрерывного профессионального образования. – М: Изд-во ФГКУ «ВНИИ МВД России», 2014. – 374 с.
4. Тихомирова Е. Е., Чжао Цзиннань Культурные универсалии и концепт «дом-семья» // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2012. – № 2. – С.73-80.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ**

*Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А.*

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**

Оценка различных аспектов здоровья как качественной ценности человека и общества, изучение сложных взаимоотношений между его факторами сохранения здоровья является задачей государственного уровня, показателем благосостояния государства. Хотя понятие «здоровье» рассматривается в современной медико-социальной науке как сложный интегральный, многоплановый и многоаспектный феномен, быть или не быть здоровому – это, прежде всего, зависит от самого человека: от его активности или пассивности, индивидуальных свойств, темперамента, характера, привычек, отношения к другим людям. Изучение понятия «здоровье» делает поиск ответа на извечные вопросы «что?», а анализ понятия «здоровье сберегательная компетентность», которое является производным от термина «здоровье», может способствовать пониманию содержания ответа на вопрос «как?». Знания о различных аспектах здоровья человека должны объективно отражать сущностные характеристики здоровья отдельных людей, групп, сообществ, населения в целом и иметь системную и доказательную форму. Несмотря на всем известное определение этого явления, предложенной ВОЗ еще в 1948 году, которое рассматривает здоровье как состояние, не отражает ее сущности. Хотя именно такое определение было продуктивным более 60 лет назад, на основе чего медициной было сделано много шагов для достижения высшего уровня здоровья человечества, сегодня есть потребность в рассмотрении здоровья с других позиций. Дополнительный анализ его характеристик выделяет индуктивный ряд признаков, по которым феномен здоровья раскрывается как процесс формирования, сохранения, укрепления, использования, восстановления и передачи физической, психической,

социальной и духовной составляющих человека, группы людей, сообщества и общества в целом. Так, в частности, за онтологическим критерием здоровья является необходимым условием бытия человека, который проявляется через оздоровительную стратегию функционирования организма человека и оказывается в оздоровительном императиве. Вообще, определение сущности здоровья связано с субъектностью, что следует рассматривать как генетически заложенную способность индивида воспринимать и отражать культурно-исторический контекст и общественные задачи воспитания благодаря поиску и нахождению смысла жизни и субъектной позиции личности. Следовательно, общество передает совокупность общечеловеческих ценностей потомкам, и выступает неким мерилем межличностных отношений, культуры, политики, социально-экономических отношений. То есть указанные ценности усваиваются молодежью, принимаются и реализуются в жизни. Исходя из чрезвычайно угрожающей демографической ситуации в Украине, очень волнует вопрос здоровья молодежи также с медико-социальной позиции. Согласно прогнозам ООН, к 2050 году депопуляционные процессы в Украине приведут к снижению численности населения страны до 20 млн, то есть более чем на 42%. За статистическими данными МОЗ Украины, за пять последних лет численность детского населения страны сократилась на 15%. Приведенное свидетельствует, что ситуация относительно способности воспроизводства трудового потенциала и соответственно возможного устойчивого развития нашего государства является крайне опасной. Кроме того, по данным научных исследований, каждый пятый ребенок появляется на свет с теми или иными отклонениями в состоянии здоровья, лишь один ребенок из десяти здоров при достижении совершеннолетия. В дальнейшем одна молодая мама из десяти рождает здорового ребенка. Об этом с тревогой говорят и врачи, и руководители органов власти, это беспокоит родителей, педагогов и общественных деятелей. Следует отметить, что в работах, посвященных изучению особенностей здоровья молодежи отмечается, что проблемы репродуктивного здоровья в настоящее время достигли апогея актуальности для всей страны. Во многих культурах мира фертильность является центральным моментом секса и рождение детей играет чрезвычайно важную роль. К сожалению, в Украине негативным фактором является то, что рождаемость не является социальной ценностью, и довольно часто рождение ребенка связано с потребностью родителей решить собственные материальные проблемы (возможно, в связи с повышением социальных выплат) и недостаточным уровнем полового воспитания. Данные анкетирования 1320 женщин и 1019 девушек-подростков показали наличие «рискованного» репродуктивного поведения и выбор аборта как основного метода регуляции рождаемости (83% незапланированных беременностей заканчивается абортом), рост частоты (в 1,5 раза за последние семь лет), высокий уровень аборт у женщин юного возраста (61,9% подростковых беременностей заканчивается абортом, из них 25,4% в позднем сроке). Также среди факторов риска по абортам и ухудшение репродуктивного здоровья называются добрачные половые связи (у 91%), ранний половой дебют (в 69%), смена половых партнеров (в 68%), низкий уровень половой культуры (98% респондентов считают недостаточным свой уровень полового

воспитания), материальные трудности (30%). Одним из критериев репродуктивного здоровья является образ или стиль жизни молодежи. Следовательно, образ и качество жизни молодежи (критерии оценки качества жизни) являются совокупностью типичных видов жизнедеятельности сообщества, рассматриваются в единстве с условиями жизни, которые и определяют ее. Способ или стиль жизни позволяет совместить основные сферы жизнедеятельности индивида, а именно быт, труд, питание, брачные и национальные отношения, физическое воспитание, культуру и образование. Стиль жизни сообщества или отдельного индивида отражает ценностные ориентировки, особенности и мотивацию поступков и поведения в целом, предопределяются составом, уровнем и качеством жизни. Сегодня можно уверенно говорить о кризисе, который охватывает институт семьи, семьи. Так, в молодежной возрастной группе наиболее четко обнаруживаются глубинные перемены и противоречия между традиционными ценностями и современными ориентированиями в системе брачно-семейных отношений, в сфере репродуктивных установок и поведении. В целом к положительным изменениям можно отнести демократизацию в системе семейных отношений, расширение форм демографического поведения, модернизацию сфер жизнедеятельности семьи, внутрисемейную занятость и другие. Отрицательными аспектами являются снижение количества регистрируемых браков, снижение рождаемости и увеличение неполных семей, где ребенка воспитывает один из родителей, чаще всего мать. Больше всего снижается оформление браков именно среди молодежи. В последние годы интенсивно распространяется перерегистрированный или «неформальный брак». Следовательно, наряду с тем, что молодежь считает важным регистрирование брака (72%), все больше распространяются свободные отношения (13,4%). Интересно, что большинство студенток (53%) считают, что развод – это нормальное явление. Более того, 32% студенток отмечают, что ребенка можно воспитать, не вступая в брак. Именно с этим явлением связана, на наш взгляд, особенность репродуктивного поведения – рост количества внебрачных рождений. Впрочем, количество внебрачных рождений в сельской местности выше, чем в городе. В целом увеличение численности детей, рождающихся вне брака, рост числа разводов создают условия для увеличения «материнских семей», преимущественно в молодом возрасте. Это приводит к потере прочности института семьи и как следствие – распространение проблем, что касаются всех сторон жизнедеятельности молодых граждан страны. Беспокойство вызывает и тот факт, что определенная часть молодых людей ориентирована на бездетность, это аргументируется тем, что наибольших успехов в достижении высокого экономического и профессионального статуса достигают именно семьи, где нет детей. Женщины среди основных причин нежелания иметь детей чаще всего указывают высокий риск родов, рождение больного ребенка и возможное бесплодие одного из супругов (34, 46,4 и 21,7%). Следовательно, снижение мотивации к рождению детей является существенной угрозой потери социального смысла и значимости материнства и материнского поведения у современного поколения молодых женщин. Также это можно оценивать, как несформированное с детства социальное качество,

что в новом поколении повлечет еще более негативные последствия. Ситуация с ужасным увеличением количества «социальных сирот» – детей без родителей, является подтверждением этой тенденции. И важным фактором, влияющим на особенности демографического поведения молодежи, стали последствия сексуальной революции. Все более существенными становятся такие ее проявления, как почти полная раскрытость сексуальной сферы, прозрачности двойного стандарта в половой морали (особенно среди девушек), толерантность к добрачным половым связям, коммерциализация секса, беспорядочные сексуальные связи, толерантное отношение к гомосексуальности. Эти явления фактически стали атрибутом молодежной субкультур. Именно поэтому представители православной церкви, а также философы, социологи, медики, психологи, специалисты физической культуры считают, что в сохранении и укреплении здоровья молодежи есть духовность и нравственность (мышление, богатый внутренний мир), а также самостоятельность (вера в себя, собственные силы, способность доверять собственным чувствам). Полноценная активная жизнедеятельность – это, прежде всего, гармония души, тела, разума, поэтому нравственное воспитание (религиозное), эстетическое, физическое и интеллектуальное должны сочетаться. Итак, в процессе социализации важно формировать здоровый образ жизни, что способствует становлению зрелой личности.

Выводы. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья молодежи и современного студенчества является актуальной проблемой социальной политики государства. Требуется значительного усовершенствования качество предоставления перинатальных услуг, в том числе гинекологических, акушерских, неонатальных, педиатрических. Очень актуальной является необходимость развития сети соответствующих лечебно-профилактических учреждений так называемых «дружественных» к молодежи. Направленность развития и самореализации человека и определяет содержание физической культуры, ее ценностные ориентации, а именно – духовное, душевное, физическое здоровье. Следовательно, здоровье должно выступать значимой ценностью для человека, семьи, общества и государства. Особенности состояния репродуктивного здоровья молодежи является специфическим мерилом нравственности нации, ее отношение к собственному будущему. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья молодежи мы связываем с формированием здорового образа жизни, его качества, духовности и нравственного воспитания, начиная с семьи, школы, и акцентируя внимание на высшем учебном заведении – этапе становления будущих родителей, потенциала государства.

**К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ СУДОВ  
В ЦЕЛЯХ ЗАЩИТЫ И ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА, ДЕТСТВА  
И СЕМЬИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

*Досумов Ж.К., Рамазан-Заде М.М.*

**Технологический университет**

Аннотация. После получения независимости в Казахстане наметилась тенденция повышения роли семейного права в социально-правовой системе страны. Это обусловлено в первую очередь тем, что брачно-семейное законодательство Республики Казахстан установило понятие принципа укрепления семьи, материнства и детства [1, с. 8]. Вместе с тем с развитием полового равенства происходит рост семейных разводов и бытового насилия в отношении женщин и детей. Не случайно президент страны в своем выступлении подчеркнул: «Важнейшим вопросом правовой политики является реализация гражданами права на судебную защиту, которая гарантирована Конституцией страны» [2, с. 8]. Вместе с тем наша страна занимает ведущие позиции в области демократического реформирования органов правосудия. В этой связи мы полагаем, что назрела необходимость в создании брачно-семейных судов в целях укрепления материнства, детства и семьи в Республике Казахстан.

30 августа 1995 года была принята Конституция Республики Казахстан, которая закрепила правовой статус судей в РК [3, с. 3]. Конституционный Закон РК «О судебной системе и статусе судей РК» от 25 декабря 2000 года положил начало процессу становления и демократического развития судебной системы страны [4, с. 6]. Логично, что в независимом Казахстане судебная власть осуществляется посредством гражданского, уголовного и иных установленных законом форм судопроизводства в РК [4, с. 8]. Согласно закону, судебную систему Республики Казахстан составляют Верховный суд Республики Казахстан и местные суды [4, с. 8]. Вместе с тем возникает вопрос, как обеспечить эффективное судопроизводство в области правовой охраны материнства, детства и семьи? Чтобы ответить на данный вопрос, необходимо проанализировать возможность осуществления правосудия брачно-семейными судами в целях укрепления семейных ценностей и материнства.

Ключевые слова: брачно-семейные суды, брачно-семейные правонарушения, судебный контроль, судебная система, бытовое насилие, местные суды.

Введение. Особенностью казахстанской судебной системы является то, что суды занимаются исключительно осуществлением гражданского, уголовного и административного судопроизводства. Вместе с тем в условиях усиления семейного фактора и роста бытового насилия, по нашему мнению, стране необходимы, как мы полагаем, брачно-семейные суды. В этой связи следует заметить, что в Законе РК «О браке и семье», ничего не говорится о формировании брачно-семейных судов в области снижения бытового насилия [1, с. 4]. Вместе с тем мы полагаем, что роль данных судов заключается в предупреждении бытового насилия в отношении женщин и их детей. Как представляется, реформа судебной системы заключается в том, чтобы брачно-семейные суды осуществляли деятельность по пресечению фактов бытового насилия в отношении материнства, детства и семьи. Ключевое значение для реформы судебной системы имело бы, на наш взгляд, правовое закрепление статуса брачно-семейных судов в сфере предупреждения бытового насилия. Главное условие реализации статуса брачно-семейного суда в современный

период зависит от того, насколько мы сможем совершенствовать судебную систему РК в области предупреждения бытового насилия. Дело в том, что брачно-семейные отношения любой страны нуждаются в особой судебной защите. Безусловно, по нашему мнению, роль брачно-семейного суда заключатся в предупреждении бытового насилия.

На наш взгляд, возросшая значимость роли брачно-семейных судов связана с задачей предупреждения и пресечения бытового насилия. Кроме того, судебный контроль в области предупреждения бытового насилия, имеет свои серьезные юридические аспекты, и они тесно переплетены с политикой нашего президента на формирование правового государства [2, с. 8].

По нашему мнению, возрастание роли значимости деятельности брачно-семейных судов связано с возрастанием значимости деятельности по предупреждению семейно-бытовых правонарушений. В этой связи можно смело утверждать, что брачно-семейные суды в большей степени изучают специфику брачно-семейных правонарушений в целях обеспечения законности в области защиты семьи и брака. Характеризуя роль брачно-семейного суда в сфере обеспечения законности, необходимо заметить его роль в борьбе с ростом бытового насилия. Как нам представляется, данная роль основана на том, что судьи брачно-семейных судов являются квалифицированными юристами в области предупреждения бытового насилия. И они знают сущность механизма пресечения семейно-бытовых правонарушений в области защиты семьи и брака. Другими словами, брачно-семейные суды создают условия для стабилизации правопорядка в области пресечения бытового насилия в отношении женщин и детей. «Правовой порядок является сердцевиной демократии», – справедливо резюмирует С.А. Комаров [5, с. 374].

Основная часть.

Как известно, основы судопроизводства страны определяет Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года [3, с. 5]. Более детальная регламентация судебной системы содержится в ГПК РК [6, с. 4] и УПК РК [7, с. 7].

Вместе с тем создание и деятельность брачно-семейных судов является одним из самых важных рычагов обеспечения законности и правопорядка, для обеспечения охраны материнства и детства. На наш взгляд, создание брачно-семейных судов будет дополнительной гарантией законности и правопорядка в области предупреждения бытового насилия в отношении матерей и детей. Вместе с тем наличие специализированных брачно-семейных судов позволило бы создать высокий режим законности и правопорядка в области предупреждения бытового насилия. Этот орган будет осуществлять деятельность по защите прав женщин и детей от бытового насилия. И здесь возникает вопрос: создание брачно-семейных судов сможет привести к более эффективной защите материнства и детства от бытового насилия на территории РК? Чтобы ответить на данный вопрос, мы должны помнить, что не бывает готовой и единственно верной системы судопроизводства. Вместе с тем, на наш взгляд, возникла необходимость создания брачно-семейных судов, наделенных полномочиями по рассмотрению и разрешению брачно-семейных споров в

целях предупреждения бытового насилия. По нашему мнению, брачно-семейные суды более эффективно осуществляли бы деятельность по разрешению брачно-семейных споров и предупреждению фактов бытового насилия.

Система брачно-семейных судов по-новому заставляет посмотреть на процессы обеспечения законности в области защиты и охраны семьи, материнства и детства. Как известно, вопросы взаимодействия в области судопроизводства затрагивают в первую очередь разграничение полномочий брачно-семейных и иных судов. Возникает вопрос, а не приведет ли создание брачно-семейных судов к бюрократизации судебного аппарата власти? Чтобы ответить на этот вопрос, по нашему мнению, необходимо раскрыть механизм юридического закрепления брачно-семейных судов.

Во-первых, для повышения эффективности правового регулирования судебной системы было бы целесообразно включить новеллы о брачно-семейных судах в Конституционный Закон РК «О судебной системе и статусе судей в РК». Во-вторых, речь идет о нормах по сути, закрепляющих систему брачно-семейных судов в области разрешения брачно-семейных споров с элементами бытового насилия. В-третьих, в этом случае можно более детально разработать механизм предупреждения и пресечения фактов бытового насилия в отношении женщин и детей. В-четвертых, отсутствие брачно-семейных судов в области осуществления брачно-семейного судопроизводства не всегда положительно сказывается на обеспечении правопорядка и законности. В-пятых, по нашему мнению, нормативному урегулированию подлежит деятельность брачно-семейных судов в области осуществления брачно-семейного судопроизводства. Вместе с тем, весьма широк спектр брачно-семейных споров в механизме защиты и охраны прав женщин и детей, пострадавших от бытового насилия. Предметом деятельности брачно-семейного суда является обеспечение законности в области брачно-семейных отношений и предупреждения бытового насилия. На наш взгляд, нормативное закрепление полномочий брачно-семейных судов в области предупреждения бытового насилия является важнейшим шагом по реформированию судебной системы РК.

Очевидно, что нормы о судебной системе, регулирующие основы правосудия, еще не в полной мере сложились во всеобъемлющую систему обеспечения правосудия. Свою положительную роль в деле становления и развития судебной системы РК сыграла Конституция страны. Основной Закон достаточно емко воплотил идею независимости судов в Казахстане. Проблема обеспечения независимости судов, на наш взгляд, одна из важнейших проблем современности. Кроме того, судебная деятельность является главным инструментом для предупреждения бытового насилия. Исходя из этого положения, мы делаем вывод о необходимости создания брачно-семейных судов, а важной задачей данных судов является предупреждение бытового насилия в отношении женщин и детей. Мы полагаем, что судебная система должна исходить из необходимости осуществления судопроизводства в области предупреждения брачно-семейных правонарушений.

Вместе с тем в интересах построения гражданского общества и защиты норм Конституции РК представляется разумным внедрение семейных судов для осуществления брачно-семейного судопроизводства. По нашему мнению, в стране возникла необходимость создания системы брачно-семейных судов в РК для разрешения брачно-семейных споров и предупреждения брачно-семейных правонарушений и бытового насилия.

Заключение. Таким образом, для становления гражданского общества характерной особенностью остается проблема эффективности судебной системы и судебного контроля в области соблюдения брачно-семейного законодательства. Во-первых, по нашему мнению, брачно-семейные суды должны осуществлять деятельность по предупреждению брачно-семейных правонарушений. Во-вторых, на наш взгляд, создание брачно-семейных судов будет содействовать пресечению фактов бытового насилия.

В-третьих, структура и система судов страны нуждаются в дальнейшем совершенствовании. В-четвертых, на наш взгляд, деятельность судов Республики Казахстан в целях обеспечения верховенства Конституции, должна строиться на разграничении полномочий судов общей юрисдикции и брачно-семейных судов. В-пятых, мы полагаем, что назрела необходимость внести дополнения в Конституционный Закон РК «О судебной системе и статусе судей», касающихся закрепления полномочий брачно-семейных судов в области осуществления брачно-семейного правосудия и предупреждения брачно-семейных проступков. Как зарубежный, так и казахстанский опыт судебной деятельности свидетельствуют о разных подходах к определению статуса брачно-семейных судов, к установлению их полномочий. Но принципиальное решение состоит в том, чтобы отвести главную роль брачно-семейному суду в сфере разрешения брачно-семейных споров и предупреждения бытового насилия. На основании изложенного, мы полагаем, что назрела необходимость закрепления понятия брачно-семейного суда в Конституционном Законе «О судах и статусе судей в РК» в целях предупреждения бытового насилия.

### **Литература**

1. Закон РК «О браке и семье» от 9 апреля 2016 года.
2. Послание Президента РК народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050».
3. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.
4. Конституционный Закон РК «О судебной системе и статусе судей РК» от 25 декабря 2000 года.
5. Комаров С.А. Общая теория государства и права: Учебник. – М.: Юрайт, 1998. – 416 с.
6. ГПК РК от 31 октября 2015 года.
7. УПК РК от 4 июля 2015 года.

## ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОНИМАНИЯ КАТЕГОРИИ «СЕМЬЯ» ПО РОССИЙСКОМУ И ЕВРОПЕЙСКОМУ ПРАВУ

*Ерохина Е.В.*

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный университет»

Различия в правовом регулировании семейных отношений в РФ и стран ЕС определяют существование коллизионных вопросов: что определяется как семья, каких субъектов считать членами семьи, какие отношения являются семейными.

Общепризнанным, наиболее значимым достижением Совета Европы следует признать принятие и воплощение в жизнь Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее по тексту Конвенция) [1]. Конвенция в ст. 8 устанавливает: понятие семьи – семейные отношения, основанные на браке и при совместном проживании сторон вне брака; презумпция отцовства в отношении ребенка, рожденного в браке; статус незаконнорожденных детей; отношения между детьми и родителями при разводе или отдельном проживании родителей; отношения между дедушками, бабушками и внуками; разлучение родителей и детей по причине депортации родителей; признание родительских прав; действия в интересах ребенка (выбор религии, имени и др.); передача государству права на опеку над ребенком и т.п. [2, с. 36].

Современный институт семьи в европейских странах и России, по мнению некоторых специалистов, не просто изменяется, он подвержен модернизации. Под модернизацией понимается «процесс социокультурных изменений, связанных с переходом от традиционных, жестко контролируемых ценностей и стереотипов к базисным ценностям, определяемым личностной автономией, предпочтениями и отношением к происходящим переменам» [4, с. 8]. Другие исследователи придерживаются позиции, согласно которой институт семьи находится в кризисе, подчеркивая негативные последствия изменения брачно-семейных отношений. Современная семья характеризуется ослаблением и сужением ряда своих функций, таких как репродуктивная, воспитательная, рекреационная и др.

На протяжении всего времени действия Конвенции развивается понятие семейной жизни с учетом современных изменений социальных и культурных моделей семейной жизни [3, с. 22]. Применяется гибкий подход к интерпретации семейной жизни, принимая во внимание разнообразие семейных взаимоотношений, возможности развода и достижения медицины. Как правило, вопрос о наличии или отсутствии «семейной жизни» разрешается на основе конкретных фактов, рассматриваемых индивидуально в каждом отдельном случае.

Анализ научных позиций национальных, международных и европейских источников права, судебной практики судов позволяет сформулировать вывод о невозможности определения исчерпывающим образом конкретных взаимоотношений, относящихся к семейной жизни.

При этом определяя наличие или отсутствие семейной жизни теория науки семейного права и судебная практика отсылает нас к следующим критериям:

1. Наличие между лицами таких юридических фактов, как: БРАК и РОДСТВО – исторически установленные основания существования семейной жизни. Семейные узы связывают дети по отношению к родственникам по восходящей и боковой линии родства. Эмоциональная связь детей и их биологических родителей отвечает наилучшим интересам ребенка. Только в исключительных случаях возможно разорвать эту связь. При этом подход Европейского суда по правам человека (далее по тексту ЕСПЧ) предполагает определенную иерархию: от отношений внутри традиционного гетеросексуального брачного союза, включающих отношения между родителями и детьми, к семейным отношениям, предполагающим менее тесную – но тем не менее семейную по своей сути – связь. Упомянутые критерии позволяют признать одинокую женщину и ее ребенка формой семьи [5]. В деле «Маркс (Marckx) против Бельгии» раскрывается семейная жизнь между близкими родственниками, в частности, отношения между дедушкой и бабушкой, с одной стороны, и внуками – с другой, поскольку такие родственники могут играть важную роль в семейной жизни [6]. В содержание права на уважение семейной жизни включается и право родных братьев и сестер на взаимоотношения, не зависящие от отношений между детьми и родителями [3, с. 23].

2. И российское и европейское семейное право утверждает о необходимости наличия личной эмоциональной связи между лицами, претендующими на наличие у них семейных уз. Кровное родство, не подкрепленное какими-либо дополняющими его правовыми и фактическими элементами, указывающими на существование тесных личных связей между родителем и ребенком, не порождает семейные узы. Вопрос наличия или отсутствия семейной жизни по смыслу статьи 8 Конвенции являлся, главным образом, вопросом факта, зависящим от действительного существования на практике тесных личных отношений [7]. Такая же позиция была поддержана и дальнейшем при рассмотрении иных дел [8]. Так, в решении по делу «Леббинк (Lebbink) против Нидерландов» [10] ЕСПЧ указал, что наличие только биологического родства, не может считаться достаточным для того, чтобы на него распространялось действие гарантий ст. 8 Конвенции. Например, вмешательством в семейную жизнь было признано одно из положений ирландского законодательства, которое позволяло усыновление ребенка без ведома и согласия его биологического отца [5]. Хотя по делу «Soderback против Швеции» ЕСПЧ признал, что усыновление без согласия биологического отца допустимо, если оно совершено в интересах ребенка В первом случае по делу Кегана родители ребенка расстались еще до рождения ребенка, но ранее длительное время находились в фактически брачных отношениях, которые были достаточно прочными, чтобы признать, что у них существовала семья. По делу Soderback Суд признал, что не было нарушения ст. 8, хотя ребенок был

усыновлен без просьбы о согласии биологического отца. Обоснованием данного решения послужило то, что биологический отец ребенка не поддерживал с ним контактов и не чувствовал какой-либо ответственности за его судьбу. Родительские права осуществляла только мать ребенка, которая связала свою жизнь с другим мужчиной, вступив с ним в законный брак. Вскоре ее муж выразил согласие на удочерение девочки, что было также в интересах ребенка.

3 Современное европейское семейное право не ограничивает понятие «семейная жизнь» только брачными узами и может включать также ИНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ УЗЫ «DE FACTO». Речь идет о ситуациях, когда лица проживают совместно, не состоя в браке. При проживании лиц вместе со своими детьми в отсутствии регистрации брака суд признает семьей, обращая внимание на устойчивый характер взаимоотношений и тот факт, что они не отличались от семьи, основанной на браке [11]. Ребенок, рожденный от такого союза, становится *ipso jure* членом такой семьи с момента и в силу самого факта своего рождения. Так, в деле «Киган против Ирландии» внебрачная дочь заявителя была удочерена без его ведома и согласия, при этом национальное законодательство не предоставило заявителю возможности стать ее опекуном. ЕСПЧ еще раз подчеркнул, что понятие «семья» включает и фактические семейные узы, когда стороны живут совместно вне брака [12].

#### **Не учитывается:**

1. При разрешении вопроса о наличии или отсутствии личных эмоциональных связей не имеет принципиального значения наличие или отсутствие совместного проживания малолетних детей и их родителей. Так, в решении по делу «Беррехаб (Berrehab) против Нидерландов» указано, что: «С момента рождения ребенка и в силу самого факта рождения между ним и его родителями, состоящими в браке, существуют узы, составляющие «семейную жизнь», даже если родители не проживают вместе», – заключил Суд в решении [13]. СК РФ говорит о том, что во-первых существуют разные формы общения, а во-вторых закрепляет правовой статус родителя проживающего отдельно от ребенка.

2. Узы между совершеннолетними и их родителями не всегда признаются «наличием семейной жизни», на которую распространяется ст. 8 Конвенции. Так в деле «Бартик против России» заявитель ЕСПЧ отметил, что заявитель и его родители проживали отдельно по меньшей мере с 1997 года, когда они переехали в Германию. Его престарелые родители не относятся к его основной семье. При этом не было доказано, что они являются зависимыми членами его семьи. Европейский суд счел, что доводы заявителя о существовании семейной жизни между ними недостаточно доказаны и в них нельзя быть уверенными.

Несомненный интерес для анализа представляет дело "Дело "Назаренко (Nazarenko) против Российской Федерации" (жалоба N 39438/13) Суд установил, что "...[дочь заявителей] родилась во время брака заявителя с Н. и была зарегистрирована в качестве его дочери. Не имея никаких сомнений по поводу своего отцовства в отношении [дочери], заявитель воспитывал ее и ухаживал за ней на протяжении более пяти лет. Как было установлено органом

опеки и попечительства и экспертами-психологами, между заявителем и [дочерью] существовала тесная эмоциональная связь... Принимая во внимание тот факт, что в течение многих лет (пока в конечном итоге не выяснилось, что заявитель не является биологическим отцом [дочери]) заявитель и [дочь] считали себя отцом и дочерью, а также принимая во внимание тесную личную связь между ними, Суд считает, что их отношения представляли собой семейную жизнь по смыслу пункта 1 статьи 8 Конвенции" (пункт 58 постановления). Европейский Суд установил, что "...заявитель был лишен отцовства в отношении [дочери], а его имя было вычеркнуто из свидетельства о рождении после того, как было установлен тот факт, что он не является ее биологическим отцом. Суд отметил, что он обеспокоен "...негибкостью российских юридических положений, регулирующих право на общение. В результате этого лицо, которое, как заявитель, не приходится ребенку родственником, но заботилось о нем в течение продолжительного периода времени и установило с ним тесные личные связи, не может получить право на общение ни при каких обстоятельствах, вне зависимости от наилучших интересов ребенка" (пункт 65 постановления) [15] .

Таким образом, мы можем видеть, что не только факт биологического родства или брака является основанием признания группы лиц семьей. Современное семейное право, как ЕС, так и РФ настаивает на изучение таких фактов как эмоциональные связи, иные связи. Более того, последний пример из судебной практики показывает, что даже отсутствие биологического родства в ряде случаев не попирает признание лиц членами семьи, если при этом существуют эмоциональная близость этих лиц. Так, лицо, которое какое-то время занималось воспитанием ребенка как своего собственного, не должно полностью исключаться из жизни ребенка после того, как был установлен тот факт, что оно не является его биологическим отцом, за исключением случаев, когда на это имеются соответствующие обоснования, связанные с соблюдением наилучших интересов ребенка»

Итак, семья – это группа лиц, связанных юридическими (основанные на факте брака, родства) и фактическими (основанные на факте фактических семейных отношений) семейными узами с обязательным наличием между ними личных эмоциональных связей.

Полагаем, что в обществе будет превалировать взгляд на семью, согласно которому семья это собой нечто большее, чем сексуальный союз, что способность вступать в сексуальные отношения и иметь детей не является сущностью семьи, а семья это еще и правовой институт, порождающий постоянные правовые отношения между двумя партнерами, а также третьими лицами, включая органы власти.

### **Литература:**

1. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (заключена в г. Риме 04.11.1950). [Электронный ресурс]: Конвенция ООН // КонсультантПлюс : справочная правовая система / разработ. НПО «Вычисл. математика и информатика». – Москва : Консультант Плюс, 1999-2016. - Режим доступа : <http://www.consultant.ru>.

2. Де Сальвиа М. Прецеденты Европейского суда по правам человека. Руководящие принципы судебной практики, относящейся к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. Судебная практика с 1960 по 2002 г.: пер. с французского. – М. Сальвиа. – СПб.: Юридический центр «Пресс», 2004. – С. 36.
3. Килкэли, У. Прецеденты и комментарии / У. Килкэли, Е.А. Чефранова. – М., 2001. – С. 22.
4. Михеева, А.Р. Отцы и дети после развода: ответственность, права и проблемы / А.Р. Михеева. – Новосибирск: НГУ, 2002. – С. 8.
5. Orzeczenie Marckx v. Belgia z 13.06.1979. : [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.espch.ru/component/option,com\\_frontpage/Itemid,1](http://www.espch.ru/component/option,com_frontpage/Itemid,1).
6. Постановление Европейского суда по правам человека от 13 июня 1979 г. по делу «Маркс против Бельгии» (Marckx v. Belgium) // Европейский суд по правам человека. Избранные решения. – В 2 т. – Т. 1. – М., 2000. – С. 231.
7. Постановление Европейского суда от 24 марта 1988 г. по делу «Олсон против Швеции» (Olsson v. Sweden) / У. Килкэли, Е.А. Чефранова. – М.: Российское издание, 2000. – С. 23.
8. Постановление ЕСПЧ от 24.06.2010. Дело «Шальк и Копф (Schalk and Kopf) против Австрии» (жалоба N 30141/04). Прецеденты Европейского суда по правам человека. – Российское издание. – 2015. – N 11(23).
9. Постановление Большой палаты Европейского суда по делу «К. и Т. против Финляндии» (K. and T. v. Finland) (жалоба N 25702/94, § 150, ECHR 2001-VII): [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.espch.ru/component/option,com\\_frontpage/Itemid,1](http://www.espch.ru/component/option,com_frontpage/Itemid,1).
10. Постановление ЕС по жалобе N 45582/99 «Леббинк против Нидерландов»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.espch.ru/component/option,com\\_frontpage/Itemid,1](http://www.espch.ru/component/option,com_frontpage/Itemid,1).
11. Постановление Европейского суда по правам человека от 18 декабря 1986 г. по делу «Джонстон и другие против Ирландии» (Johnston и Others v. Ireland) // Европейский суд по правам человека. Избранные решения. – В 2 т. – Т. 1. – М., 2000. – С. 228.
12. Постановление Европейского суда по правам человека по делу «Киган против Ирландии» от 26 мая 1994 г. // Европейский суд по правам человека. Избранные решения. – Т. 2. – М., 2000. – С. 1-9.
13. Постановление Европейского суда по правам человека от 21 июня 1988 г. по делу «Беррехаб (Berrehab) против Нидерландов (извлечение)» // КонсультантПлюс : справочная правовая система / разработ. НПО «Вычисл. математика и информатика». – М. : Консультант Плюс, 1999-2017. - Режим доступа : <http://www.consultant.ru>.
14. Постановление Европейского суда по делу «Косей против Соединенного Королевства» от 27 сентября 1990 г. // КонсультантПлюс : справочная правовая система / разработ. НПО «Вычисл. математика и информатика». – М. : Консультант Плюс, 1999-2017. - Режим доступа : <http://www.consultant.ru>.

15. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации N 2 (2016) утв. Президиумом Верховного Суда РФ 06.07.2016 // КонсультантПлюс : справочная правовая система / разработ. НПО «Вычисл. математика и информатика». – М. : Консультант Плюс, 1999-2017. - Режим доступа : <http://www.consultant.ru>

## **ГЕНДЕРООРИЕНТИРОВАННЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ**

*Забелина Н.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

Сущностью гендерной практики в социальной работе является умение специалистов социальной работы распознать гендерное неравенство либо типичность гендерных проблем на основных уровнях социальной структуры. Гендерные практики могут осуществляться на индивидуальном уровне при непосредственной работе с клиентами или на структурном уровне в организационных, социальных и политических отношениях. Профессиональная деятельность в сфере социальной работы носит прикладной характер, отсюда важной составляющей этой работы должно быть осуществление принципов гендерного равенства, а также учета гендерных проблем в работе с отдельным случаем. Социальные проблемы мужчин и женщин, бедных, инвалидов, детей всегда являются гендерно окрашенными. Поэтому гендерный подход в социальной работе так важен и очевиден [4].

Понятие «гендер» определяется как социальный пол; пол как продукт культуры. М.Ю. Кондратьев и В.А. Ильин характеризуют понятие «гендер» как социальный пол, во многом обуславливающий особенности собственно личностного и группового поведения и задающий правовую и статусно-социальную позицию индивида в обществе [6]. Как отмечает Э.А. Васильченко, «гендер» – это социально сконструированная, символически интерпретированная и исторически меняющаяся социальная модель женщин и мужчин, определяющая их положение и роль в обществе и его институтах. Понятие гендера означает совокупность социальных и культурных норм, которые общество предписывает выполнять людям в зависимости от их биологического пола [13].

С.А. Минорова и О.Л. Кустова [7] отметили, что определение пола обычно включает в себя черты, непосредственно обусловленные биологическим полом, тогда как гендер подразумевает те аспекты мужского и женского, причины возникновения которых еще не известны. Проблема в том, что причинно-следственная связь не всегда очевидна и может быть вызвана как биологическими, так и социальными факторами.

И.С. Кон отмечает [5]: «гендерные роли всегда связаны с определенной нормативной системой, которую личность усваивает и преломляет в своем сознании и поведении». Отсюда гендерные роли можно рассматривать как внешние проявления моделей поведения и отношений, которые позволяют

другим людям судить о принадлежности индивида к мужскому или женскому полу. Другими словами, это социальное проявление гендерной идентичности индивида. И.С. Кон считает, что и пол, и гендер являются системами условных обозначений, которые формируют определённый порядок отношений между людьми, их отношение к различным проявлениям сексуальности, а также определяют формы представления себя другим людям в разнообразных практиках социального взаимодействия.

Таким образом, пол и гендер – не взаимодополняющие категории и социальные конструкты человеческой сексуальности. Термин «пол» делает акцент на биологических основаниях психологических различий и сводит все встречающееся многообразие к тому или иному строению гениталий, тогда как термин «гендер» подчеркивает социокультурное происхождение психологических различий.

Социальные науки чаще обращаются к теории социального конструирования гендера и пониманию его как стратификационной категории, гуманитарные науки – культурному символизму гендерной системы [3].

Жизненные трудности зачастую связаны с полом человека, к которому он принадлежит. Специфика переживания человеком трудной жизненной ситуации зависит от его пола, однако эта зависимость в большинстве случаев определяется не только и не столько биологически, сколько сопровождается мощным влиянием гендерных стереотипов. Отсюда важным становится применение гендерного подхода в социальной работе [8].

В работе Е.Р. Ярской-Смирновой «Социальная политика и социальная работа: гендерные аспекты» под гендерным подходом к анализу социальной работы понимается акцентирование на взаимодействии интересов мужчин и женщин, семьи, рынка и государства и роли общественных движений в конфигурации этих взаимосвязей [8].

А.А. Денисовой дается более узкое понимание гендерного подхода, суть которого заключается в учете интересов обоих социально-половых групп общества для того, чтобы достичь гендерного равенства. Но в этом определении не заложен учет гендерной специфики общества и ее применения в социальной работе. Можно предположить, что до настоящего времени нет четкого представления о том, в чем заключается гендерный подход.

Е.С. Балабанова большое внимание уделяет гендерным различиям стратегий совладания с жизненными трудностями. Опираясь на данные своего исследования она констатирует, «что эмоциональные реакции женщин негативнее, острее, хотя при этом ведут они себя более пассивно. Мужчины в целом более деятельны, утверждают, что решают основную из отмеченных ими проблем, у них ярче выражена установка на самоэффективность. Они более уверены в своих силах, чаще являются актерами собственной жизни» [2].

По мнению Л.Д. Ерохиной, гендерная перспектива должна учитываться в социальной работе не только с женщинами и мужчинами среднего возраста, но и с различными группами населения, а именно с пожилыми людьми, с подростками и молодёжью [4].

Таким образом, можно сказать, что гендерные социальные практики – это практики по выработке стратегий профессиональной деятельности, с

учетом специфических гендерных проблем в работе с клиентом в каждом отдельном случае. Ведь управление случаем выступает ключевым компонентом практики социальной работы, в основе которого должны лежать принципы эффективной оценки потребностей клиента, также на основе его гендерной принадлежности. Практическая деятельность в определенном случае с учетом гендерной принадлежности предполагает конкретизацию проблем клиента.

Соответственно работа со случаем предполагает исследование случая, отдельной ситуации, обучение работе со случаем в процессе практических занятий.

В свете вышеизложенного актуальным становится расширение знания специалистов по социальной работе в области гендерной психологии, гендероориентированной социальной работы и гендерных аспектов взаимоотношений между полами. Это будет способствовать эффективному решению проблем клиента и нормализации его жизненного сценария личности.

### **Литература**

1. Абубикирова, Н.И. Что такое «гендер»? / Н.И. Абубикирова // ОНС. – 1996. – № 6. – С. 123-125.
2. Балабанова, Е.С. Гендерные различия стратегий совладания с жизненными трудностями / Е.С. Балабанова // Социологические исследования. – 2002. – № 11. – С. 26-36.
3. Васильченко, Э.А. Гендерный подход в социальной работе / Э.А. Васильченко // Вестник ТОГУ. – 2009. – № 4. – С. 225-232
4. Ерохина, Л.Д. Гендерология и феминология: учеб. пособие / Л.Д. Ерохина – Тема 12.  
[http://abc.vvsu.ru/Books/up\\_genderologija\\_feminologija/page0010.asp](http://abc.vvsu.ru/Books/up_genderologija_feminologija/page0010.asp)
5. Кон, И.С. Половые различия и дифференциация социальных ролей / И.С. Кон – М., 2009. – С. 763-776.
6. Кондратьев, М.Ю. Азбука социального психолога-практика / М.Ю. Кондратьев, В.А. Ильин. – М. : ПЕР СЭ, 2007. – 464 с.
7. Минорова, С. А. Формирование образа жизни в различных социальных группах / С.А. Минорова, О.Л. Кустова // Журнал практического психолога. – 1997. – № 5. – С. 27–29.
8. Ярская-Смиронова, Е.Р. Гендерно-чувствительный подход к социальной работе / Е.Р. Ярская-Смиронова // Материалы 4-й Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2004.  
<http://do.teleclinica.ru/206212/>

## **ЦЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ В СЕМЕЙНО-БРАЧНОЙ СФЕРЕ**

*Зайцева А.А.*

**ФГАОУ ВПО «Южный Федеральный Университет»**

Молодежь является будущим поколением своего общества, поэтому к данной социальной группе всегда было направлено наибольшее внимание. Им всегда предъявляют требования и ожидания, которые они должны оправдать.

Но в последнее время, в связи с модернизацией современного общества, происходят изменения в сознании молодого поколения. Что привело к трансформации их системы ценностей, в частности и в отношении семейно-брачных отношений.

Вообще, система ценностей – это то, что сопровождает нас с самого рождения, указывает нам путь и наше поведение в обществе и семье. Семейные ценности выступают фундаментом для создания своей будущей семьи.

Именно систему семейных ценностей рассматривает такой социальный институт, как институт семьи и брака. Но сегодня в нем существует множество проблем. Основными являются проблема узаконивания отношений между мужчиной и женщиной.

По данным Всероссийской переписи населения 2010 года число супружеских пар составило 33 миллиона, в 2002 году это число составляло 34 миллиона. Из общего числа супружеских пар 4,4 миллиона состояли в незарегистрированном браке, в 2002-м – 3,3 миллиона. Особая популярность незарегистрированных браков встречается в молодежной среде. Так, из общего количество неформальных браков 2,6 миллиона – это браки среди молодого поколения.

Также актуальной является и проблема разводов в семейной сфере. По данным Росстата, в 2014 году было заключено 34,3 миллиона браков, из них 20,6 миллиона были разведены, основное количество разводов приходится на молодежь после первых 5 лет брака. За январь-февраль 2016 года было зарегистрировано 104,3 тыс. браков, а 89,7 тыс. браков были разведены.

Эти проблемы образовались в институте семьи и брака вследствие несформированности семейных ценностей среди молодежи. Современное состояние российской семьи является результатом нерешенных проблем подготовки молодежи к жизни. Этому не уделялось достаточно внимания, и многие современные проблемы – результат такого подхода. Большая часть того, что дети и молодежь слышат и видят в семье, в средствах массовой информации и других источниках не только не готовит их к семье, а наоборот, делает их безответственными по отношению к семье и ко всему обществу. Поэтому одной из задач государства является своевременная и эффективная профилактическая работа, которая помогала бы влиять на семью, укреплять институт семьи и брака.

В результате изменений в самом обществе, которые возникают с приходом т.н. иностранного вторжения, происходят и изменения в системе ценностей молодежи, в частности, в семейных ценностях. Если век назад в брачных взаимоотношениях присутствовали понятия морали, идеи, социального равенства, долга, жертвенности, то сегодняшние семьи ставят во главу угла справедливое распределение меры участия в хозяйственно-бытовых и воспитательных хлопотах, исполнение супружеского долга.

Глобализация, происходящая в мире, позволяет ценностям трансформироваться, переходя на совершенно новый уровень ценностного сознания. С процессом глобализации семья утратила свое первостепенное значение как института социализации. Теперь телевидение и Интернет превратились в главные источники информации, а также стали институтами социализации молодого поколения.

Под влиянием глобализации происходит трансформация ценностей. В сознание молодежи «вторгается» иностранная среда, происходит подмена ценностного мира молодежи, в частности это касается американской культуры, которая в сегодняшнее время распространяется по всему миру. В условиях глобализации возрастает количество межнациональных браков, которые наиболее остро подвержены кризисным моментам. Это происходит из-за культуры, к которой не привык или не смог адаптироваться один из супругов.

Изменение ценностей в нашем обществе началось после распада СССР и продолжается до сих пор. Теперь мы не коллектив, не группа, а каждый стал личностью. Он несет ответственность за свои поступки, ставит цели, которые добивается он сам. В связи с этим происходит и увеличение брачного возраста, из-за чего происходит развитие разных форм брачных отношений, таких как сожитительство. Количество браков уменьшается, а количество детей, рожденных вне брака, увеличивается. Иногда им приходится выбирать между карьерой и семьей, и каждый делает свой выбор в зависимости от того, что для него значимо больше.

Сегодня ни у общества в целом, ни у отдельных его институтов, ни даже у родителей нет однозначного нормативно-нравственного представления о должном поведении нынешних молодых людей в обществе. Поэтому все недовольство и критическое отношение к молодым людям не оправдано, т.к. четких требований никто не предъявляет. Все представления молодежи, о том, как им поступать, что делать и говорить, заложено в их сознании, которое формировалось на протяжении долгого времени. В связи с этим происходит конфликт поколений, в котором нет правых, т.к. переоценка ценностей происходит практически только среди молодежи. Чтобы не возникало таких проблем, старшее поколение должно суметь адаптироваться к новым условиям окружающей среды.

В 2012 году на базе филиала Российского Государственного Социального Университета в г. Тольятти и Поволжского Государственного Университета Сервиса. Общее число респондентов составило 240 человек (74% мужчин и 24% женщин). Цель исследования состояла в выявлении представлений студентов об их будущей семье. Среди мотивов вступления в брак самыми предпочтительными для юношей и девушек стала любовь. А наименьшую важность играют страсть, страх одиночества и беременность.

Кроме того, молодые люди хотят еще до брака многого достичь: получить образование, стать экономически независимыми, иметь свое жилье.

Из этого следует, что молодежь, собираясь вступать в брак, хочет сначала стать независимыми от родителей, а также самодостаточными, чтоб в будущем

суметь обеспечить свою семью. Также требования для вступления в брак выдвигаются не только по отношению к себе, но и к будущему супругу. Эти требования практически совпадают с требованиями по отношению к себе: престижная работа, наличие жилья и получение высшего образования.

Для идеального мужа в первую очередь важно умение обеспечить материальный достаток (52%) и верность в любви (40%). Значимы также такие качества, как отсутствие вредных привычек (39%) и физическая сила, здоровье (33%), а также интеллект (33%).

Для идеальной жены – любовь к детям (54%), верность в любви (47%) и хозяйственность (44%), также важны привлекательность (68%) и сексуальность (44%). Таким образом, мужчина в семье рассматривается молодыми россиянами в первую очередь как хозяин и кормилец, а женщина – как жена, мать и хозяйка. Следовательно, для молодежи семья остается достаточно традиционной.

На сайте «Сервер виртуальных исследований» в 2016 году проходило исследование, в котором приняли участие более 500 молодых людей в возрасте от 18-30 лет по всей России. Целью этого исследования было выявление и анализ отношений молодежи к добрачным отношениям.

Анализируя ответы по данному вопросу, можно сделать вывод, что вступление в половые отношения до брака являются продолжением любви между партнерами (65,2%). А наименее значимыми мотивами явились страх потерять партнера, желание лучше узнать партнера и приобрести сексуальный опыт (2,2%).

Добрачные отношения, особенно сексуальные, являются важным этапом отношений молодежи. В этот период молодые люди «приглядываются» друг к другу, в результате чего определяются с будущим этих отношений.

Семейные ценности – это показатель функционирования общества, его дальнейшего преобразования и развития. Ценностные ориентации будущего поколения могут показать различным социальным и политическим институтам в каком направлении им нужно направить свои усилия. Все это – залог хорошего общества.

Все изменения, которым подверглось общество, изменили систему ценностей в сознании молодежи. Все это привело к изменению отношений молодежи по отношению к семье и браку. Семья потеряла свою уникальность среди молодого поколения. Она теперь не является основной ценностью современной молодежи. На ее место пришли карьера, материальное положение и самореализация.

Семья как ценность в сознании студенческой молодежи имеет высокую степень важности, но все же не главную. Семья рассматривается с точки зрения поддержания комфортного психоэмоционального жизненного пространства.

Официальный брак не утратил своего значения для студенческой молодежи и все также является одним из обязательных условий для создания семьи. На их смену приходят другие формы отношений.

Современная молодежь при создании семейно-брачных отношений в первую очередь руководствуются взаимно любовью. Но при этом они не

исключает, что причиной вступления в брачные отношения может быть, как желанием соответствовать общественным стандартам, так и боязнь остаться в одиночестве.

Стоит отметить, что большинство придерживается стандартных взглядов, бытующих в обществе по отношению к обустройству семейной жизни. Для них важно, чтобы в семье царил доверие и уважение. Несмотря на то, что в современном мире существует несколько видов брачных отношений, требование к семейной жизни и своему супругу остаются прежними.

Все эти изменения в сознании молодежи не говорят об этих деградации или об утери ценностей. Это всего лишь результат модернизации общественной жизни. Не может изменяться в обществе только один элемент общественной жизни, изменениям подвергается абсолютно все.

### **Литература:**

1. Голод С.И. Социолого-демографический анализ состояния и эволюции семьи // Социологические исследования. 2008. № 1.
2. Гурко Е.М. Представления студенческой молодежи о браке // Актуальные проблемы семей в России. – М., 2006.
3. Зотов В.В., Каменева Т.И., Орлова Е.М. Семья в современной системе ценности молодежи как социокультурный риск трансформации института семьи и брака. – К., 2013.
4. Козырева П.М., Лежнина Ю.П. Российская молодежь: семья, брак и сексуальность // Россия и Китай: молодежь XXI века. – М., 2014.
5. Шингаркина Д.А. Изучение представлений современной студенческой молодежи о браке. – Вектор науки ТГУ: № 2, 2012.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МОЛОДОЙ СЕМЬЕ**

*Зайцева М.А., Прищепова С.Н.*

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический  
университет им. К. Д. Ушинского»**

Проблема разводов в России остается актуальной в нашей стране, несмотря на оптимистичные данные о снижении количества разводов (по данным Росстата в Ярославской области, например, в 2016 году по сравнению с 2015 годом количество разводов снизилось на 6,3%). Однако социологами был выделен ряд основных причин, которые мешают им развестись. Первое место занимает «неделимость» детей, которая удерживает 35% пар. На втором месте находятся сложности с делением совместно нажитого имущества, из-за чего не разводятся около 30% семей. Третье место принадлежит материальной зависимости одного из супругов от другого и сдерживает от бракоразводного процесса 22% пар. На последнее место социологи поместили несогласие жены или мужа на развод – это останавливает 18% семей от распада [1]. Следует предположить, что данные

семьи строятся уже не на идеалах любви и взаимопонимания, что в дальнейшем может приводить к депрессиям, большому усугублению кризиса в семейных отношениях, сложностям в воспитании детей.

Напротив, молодая семья, только что зарегистрировавшая свои отношения, как правило, больше подвержена романтическим настроениям, и освоение новых социальных функций – самостоятельное содержание семьи, ведение семейного бюджета и домашнего хозяйства, осуществление ухода за детьми и их воспитание – становится предметом разногласий. На основе недостаточного овладения данными функциями могут возникнуть конфликты между супругами, большинство из которых ведут к распаду семьи [2]. В таких случаях необходима своевременная психологическая поддержка молодой семьи, подготовка к семейной жизни, способная предотвратить негативное воздействие конфликтов.

В связи с этим в ЯГПУ им. К.Д. Ушинского было проведено исследование молодых семей из числа настоящих и бывших студентов. В исследовании участвовали 25 молодых семей, в возрасте от 19 до 29 лет. У половины респондентов есть дети (45% – без детей, 32% – 1 ребенок, 23% – 2 ребенка).

Для изучения актуальной ситуации, в которых находятся молодые супруги, мы провели опрос, который позволил определить социально-демографический портрет молодой ярославской семьи: наличие зарегистрированных отношений, так считают 45,6% опрошенных; стаж семейной жизни – от 1 до 3 лет, так решили 65,2% респондентов; первый опыт отношений в браке, отметили 85% опрошенных; состав семьи – 2 родителя и ребенок, полагают 32%; уровень дохода – от 20 до 30 тыс. рублей на человека, представляют 66,4% респондентов; жилищные условия – дом/квартира родителей (43,3%).

Наиболее актуальными проблемами молодых семей респонденты считают большое количество разводов – 49,7% и отсутствие реальной возможности приобретения собственного жилья – 46,6%.

Среди названных проблем оказались также: увеличение количества детей, рожденных вне брака – 21,9%, снижение морально-нравственного уровня жизни семей – 21,9%, увеличение количества незарегистрированных браков – 19%, проблемы деторождения – 17,4% и ухудшение здоровья членов молодых семей – 6,8%.

Основными причинами семейных конфликтов, по мнению респондентов, являются супружеские измены – 41,9%, трудное материальное положение супругов – 33,1%, угасание чувств – 33,1% и даже наличие зависимости от психоактивных веществ – 27,1%.

Показательным является тот факт, что досуг молодых семей не организован – свободное время занимают домашние дела. Лишь пятая часть опрошенных проводит время с близкими (20,7%). Большинство же занимаются домашними делами (27,1%) или вообще ничего не делают (24,3%).

Существует потребность молодых людей в участии в программах психолого-педагогической поддержки. Среди желающих поучаствовать в программах, направленных на развитие навыков воспитания детей, существенно превалирует доля женщин (64% женщин и 36% мужчин).

Большинство же участников исследования признали у себя в отношениях наличие трудностей, за решением которых они бы обратились к специалистам.

Таким образом, участники опроса отмечают, что на семейное благополучие в равной степени влияют как психологический комфорт и эмоциональное «здоровье» отношений, так и внешние, социально-экономические условия. При этом на первый план выходят именно психологический комфорт и общность интересов супругов. Главными проблемами и причинами конфликтов в молодых семьях, согласно результатам опроса, мы можем назвать: неорганизованный семейный досуг, финансовая незащищенность, диссонанс между мотивацией и потребностью в помощи специалиста при возникновении семейных сложностей.

Для изучения взаимоотношений в семьях и определения дальнейшей программы работы с ними мы применили методики А.Н. Волковой «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» и Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана, Е.М. Дубовской «Общение в семье». В качестве испытуемых выступили те же респонденты, что и при составлении портрета молодежи семьи.

Статистически результаты исследования были посчитаны с помощью критерия Колмогорова-Смирнова и представляют следующее:

1. Уровень самораскрытия супругов: половина молодых супругов не могут раскрыться в общении с партнером – 49,8%. Лишь десятая часть участников исследования показали высокий уровень самораскрытия – 12,4%. Средний уровень – 37,8%.

2. Количество общих установок: сходные установки и сценарии семейной жизни являются одним из главных факторов благополучия молодой семьи. У пятой части молодых людей имеются общие установки – 22,7%. Однако 34,8% имеют низкий уровень общности семейных установок.

3. Точность невербального взаимопонимания. В общении между супругами важную роль играет понимание невербальных сигналов; правильная интерпретация невербальных сигналов является важнейшим условием эффективного общения. Однако результаты исследования говорят о том, что лишь 17,8% понимают невербальные сигналы друг друга. Низкий уровень взаимопонимания демонстрируют 34,2% участников исследования.

4. Количество общих символов в коммуникации. Важную роль психологи отводят в общении и количеству общих символов. Результаты по этому пункту сходны с результатами по невербальному пониманию: высокий уровень демонстрируют 19,7% супругов, а низкий в два раза больше – 44,5%.

5. Успешное межличностное общение между супругами. Высокий уровень удовлетворенности межличностным общением указали 22,9% участников исследования. Тогда как не удовлетворены общением 36,2%. Это

может являться фактором накапливающегося недовольства отношениями в целом и причиной конфликтов между супругами.

6. Сходство в восприятии супружеских ролей. В успешных браках через межличностное общение супруги постоянно подтверждают свое сходство в восприятии супружеских ролей, а также позиций, занимаемых ими в семье в целом, и тех функций и обязанностей, которые каждый из них выполняет ежедневно. Большинство участников исследования демонстрируют средний уровень сходства ролей – 52,3%, низкий уровень – 30,1%, высокий уровень – 17,6%.

7. Наличие между супругами глубокого взаимопонимания. К сожалению, глубокое взаимопонимание (которое во многом является терапевтичным в отношениях супругов) испытывают лишь 10,9% молодоженов, тогда как низкий уровень понимания – 40%.

8. Уровень взаимной эмпатии. Благополучное межсупружеское взаимодействие супругов отличается доверием друг к другу без опасений, взаимного неприятия и осуждения; высоким уровнем несловесной коммуникации; безоценочным взаимным принятием друг друга; высоким уровнем сочувствия, сопереживания; ситуациями душевной помощи, поддержки друг друга в трудных ситуациях. Взаимодействие на таком уровне предполагает достаточно развитый уровень эмпатии у супругов. Высокий уровень эмпатии к чувствам супруга демонстрируют 16% участников исследования, низкий уровень – 36,9%.

9. Согласованность семейных ценностей супругов. Для молодых супругов характерна определенная согласованность представлений о важнейших семейных ценностях. 32,4% демонстрируют высокое сходство семейных ценностей, 40,9% – средний уровень, 26,7% – низкий уровень.

10. Ролевая адекватность супружеской пары. В этом пункте у мужчин и женщин результаты разнятся: ролевая адекватность супруги выше (26%), чем супруга (14%), в среднем – 20%. Низкий уровень адекватности демонстрируют 37,6% молодых супругов.

Как мы уже указывали ранее, рассогласование ожиданий и притязаний брачных партнеров является конфликтогенным фактором, дестабилизирующим межличностные отношения в семье. По результатам применения тестовых методик мы также видим, что молодые супруги очень подвержены этому фактору (в целом лишь 20% испытуемых показывали высокие результаты, 50% – средние, 30% – низкие).

Учитывая уже выявленные нами проблемы, вроде финансовой незащищенности и неорганизованности семейного досуга, мы видим, что молодым людям необходима подготовка к семейной жизни, к возникающим в ней трудностям и противоречиям. Необходима программа подготовки молодых пар к семейной жизни с учетом таких направлений, как проведение совместного разнообразного досуга, тренинги по межличностной коммуникации, социальные пробы, игры, работа по подготовке к рождению ребенка, детско-родительские занятия.

## Литература

1. Молодая семья: программы, выплаты, субсидии, льготы, жилье [Электронный ресурс] <http://molodsemja.ru/> дата обращения 17.04.2017.

2. Зайцева М.А. Мотивация молодежи к созданию семьи в современном российском обществе [Текст] // Психологическое благополучие современной семьи: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / под. ред. доктора психологических наук, профессора Н.В. Нижегородцевой. – Ярославль: РИО ЯГПУ, 2016. – 204 с. – С. 54-56.

3. Диагностика супружеских отношений. // Учебно-методическое пособие для студентов специальности 37.05.01 «Клиническая психология» под. Ред. Чалова В.Н. [Электронный ресурс] <http://www.kmmivso.com/>

## РОДИТЕЛЬСКИЕ ПРАКТИКИ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЯН

*Каменева Т.Н.*

**Курский государственный медицинский университет**

В настоящее время социальные институты, в том числе и семья, начинают опираться на новый тип социальных практик. Социальное поведение, становясь типичным и массовым, превращается в социальные практики. Определенные формы социального поведения в семейно-брачной сфере типизируются и габитуализируются, формируя тем самым устойчивые институциональные практики, оказывающие значительное влияние на семью.

Семейно-брачные практики – это специфические проявления семейно-брачного поведения, обеспечивающие функционирование семьи в условиях современной социокультурной реальности. Повседневные семейные практики способствуют реализации базового функционала семьи. В свою очередь, родительские практики обеспечивают исполнение социализирующей функции в подсистеме семьи – родительство.

Родительские практики представляют собой опривыченную систему действий, направленных на воспитание, обучение и образование ребенка в процессе приобщения его к культурным и духовно-нравственным ценностям общества, передачи социального и культурного опыта. Выбор стратегий построения родительских практик затрагивает круг интересов множества социальных акторов: государства и государственной политики, граждан, семей, детей и взрослых.

В современном обществе на ход реализации родительских практик оказывает воздействие множество факторов, среди которых в первую очередь следует отметить необходимость профессиональной самореализации членов семьи. Реалии общества таковы, что супруги, родители для того, чтобы достойно существовать, должны себя реализовывать в профессиональной сфере, что в свою очередь неминуемо сказывается на семейной жизни и приводит к изменению родительских практик мужчин и женщин. Результаты социологических исследований свидетельствуют, что около 31% экономически

активных россиян считают несовместимыми карьеру и полноценное воспитание детей. Причем среди молодежи в возрасте до 24 лет убежденных карьеристов больше, чем среди населения старших возрастов [4].

Нередко женщинам приходится пожертвовать отпуском по уходу за ребенком в пользу работы. В настоящее время максимальная продолжительность отпуска по уходу за ребенком, установленная законодательством, составляет 3 года. Оптимальной продолжительностью отпуска по уходу за ребенком для матери, не желающей упускать профессиональных перспектив, 38% респондентов считают период не более одного года, а не более полутора лет – 31%. В то же время 2% опрошенных отказались вообще от данной возможности, так как отсутствие на работе может отрицательно сказаться на карьерном росте. Около половины женщин отметили, что после рождения ребенка их карьерные ожидания не изменились или увеличились [4]. Бюджет среднестатистической российской семьи складывается из двух зарплат, нередко женщины вносят в него больший вклад, чем мужчины. Поэтому дело, безусловно, не только в карьерных притязаниях женщин, но и в необходимости обеспечения и поддержания достойной жизни членов семьи.

В современном обществе особенность осуществления родительских практик заключается в наличии конфликта между занятостью женщин и временем, необходимым для ухода за детьми и их воспитания. Женщине, которая имеет двух детей, сейчас достаточно сложно одновременно с заботами о детях продолжать нормально трудиться и зарабатывать. Помимо этого, внесемейная работа родителей заставляет их перепоручать уход за детьми и их воспитание общественным учреждениям (детским садам, образовательным, спортивным и художественным школам). Воспитанием детей в семьях могут заниматься няни, бабушки и дедушки. Выбор подобной стратегии исполнения родительских практик зачастую обусловлен не желанием самих родителей, а жизненной необходимостью. В результате родительские практики членов семьи становятся полностью открытыми, к их осуществлению подключаются иные агенты социализации.

Несмотря на то что вопросы рождения однозначно и воспитания во многом еще являются сферой ответственности женщины, роль отцов в процессе реализации родительских практик значительно меняется. Формируется понятие «нового отцовства», которое предполагает обязанность мужчин ухаживать за ребенком, заботиться о нем, активно участвовать в нравственном и интеллектуальном воспитании с момента рождения. Современные мужчины не считают не своим делом выполнение домашних обязанностей, связанных с воспитанием детей. В то же время они работают, зарабатывают деньги, а после работы свободное время уделяют ребенку. Но с другой стороны, главная сфера мужской ответственности – работа ради материального обеспечения семьи, поэтому появление детей обязывает мужчину больше зарабатывать и продвигаться по карьерной лестнице [3]. Мужчины стремятся быть к своим детям ближе, чем к ним самим были их отцы, но желание как можно лучше материально обеспечить семью способствует их физическому и

психологическому отдалению от детей. В результате возникает противоречие между отцовством и профессиональной деятельностью.

Нельзя не отметить то влияние, которое оказывает на процесс реализации родительских практик внедрение информационно-телекоммуникационных технологий в жизнь семьи. Сегодня сотовый телефон, компьютер и ноутбук являются необходимой частью повседневной жизни россиян. Результаты исследований показывают, что наибольшей мере данные цифровые устройства используются для общения в социальных сетях [1] и виртуальная реальность подчас начинает заменять настоящую жизнь. Цифровые электронные устройства становятся неотъемлемой частью повседневного общения. Растет число контактов детей с другими анонимными пользователями, которые могут преследовать корыстные цели. Современные дети во многих вопросах полагаются на информацию, полученную из Сети, а не от родителей. В результате снижается степень доверия в родительских практиках, а возможности родительского контроля сокращаются. Дети все реже обращаются к родителям за помощью и советами, появляется отчуждение между поколениями в семье.

Помимо этого интерес детей к современным устройствам дает возможность по-новому реализовывать родительские практики: позволяет родителям освободить время для выполнения других задач за счет переключения внимания детей на «гаджеты». Время на непосредственное детско-родительское общение сокращается. Существование в виртуальной реальности несет свои угрозы, поскольку содержание подобного общения не всегда доступно взрослым, его сложнее контролировать и отслеживать.

Еще одной тенденцией трансформации родительских практик является ослабление власти родителей над детьми, которая была характерна для традиционной семьи. В современной российской семье считается нормой, что дети не боятся родителей и последние должны объяснять свои решения. Ребенок развивается свободно, а не так, как ему предписывают родители, однако они могут контролировать круг общения ребенка, а тот, в свою очередь, согласовывает с родителями свои действия, например советуется, как тратить заработанные деньги. Таким образом, родительские практики строятся на равноправных отношениях с ребенком, учитывающих его интересы и индивидуальные особенности. Такой тип родительских практик может быть назван демократическим. В то же время формируется новая тезаурусная установка: каждый член семьи – личность, что порождает новый тип семьи – персоналитарный (личностно-ориентированный). Это означает появление типа семьи, наивысшей ценностью для которой является индивидуальность личности ребенка, ее права и свободы, семьи, создающей условия для творческого развития и самовыражения детей, существующей на основе уважения достоинства, любви и согласия.

В контексте демократизации воспитания одним из актуальных вопросов является вопрос о применении в отношении детей различных наказаний. Как показывают опросы, сегодня родительские практики не мыслятся без наказаний, в том числе и физических. Спектр наказаний, которым

подвергаются дети, широк: от психологических, моральных до физических. Как показывают результаты социологических опросов на первом месте психологические или моральные наказания, на втором месте среди наказаний лишение ребенка чего-либо (не разрешают общаться, играть с другими детьми; лишают развлечений, игр, просмотра телепередач, занятий на компьютере; не разрешают идти на улицу, во двор; применяют другие ограничения). Физические наказания практикуются примерно в каждой пятой семье [2].

Тем не менее на родительскую власть стали накладываться ограничения, формирующиеся ювенальной юстицией. В настоящее время семья и родители могут считаться потенциальной угрозой для детей, а поскольку дети сами еще своих прав не знают и защищать себя не умеют, то в защиту интересов ребенка выступают нормы ювенального и семейного права. Государство начинает ставить условия по соблюдению прав детей и налагать ответственность на родителей за их несоблюдение.

Подводя итог анализу процесса реализации родительских практик в современных условиях, необходимо сказать что изменения, происходящие в обществе в целом, диктуют новые правила исполнения родительских ролей. Наблюдается трансформация родительских практик – изменяется их содержание в сфере воспитания и образования. Необходимость профессиональной самореализации в обществе способствует формированию двухродительской модели, в которой в процесс воспитания, ухода за ребенком и его содержания вовлечены оба родителя, повышается роль мужчины отца в домашней деятельности. Родительские практики теряют авторитарность, демократизируются. Таким образом, можно сделать вывод, что трансформация родительских практик направлена на формирование «нового родительства», которое, в свою очередь, является необходимым условием успешной адаптации семью к новым социокультурным условиям.

#### **Литература:**

1. Какие digital устройства используют родители несовершеннолетних детей? [Электронный ресурс] (опубликовано 28.09.2012 г.) // Online Market Intelligence URL [http://www.omirussia.ru/ru/analytics/press\\_releases/2012/09/news157.html](http://www.omirussia.ru/ru/analytics/press_releases/2012/09/news157.html)
2. Орлова Н.А. Родительские практики в восприятии подростков // Социол. исслед. – 2012. – № 9. – С. 99-108.
3. Орлянский С.А. Трансформация социальных ролей мужчин (по материалам социологического исследования: сравнительный анализ) // Актуальные проблемы современной гендерологии. Вып. 3. Материалы 53 ежегод. науч.-метод. конф. преподавателей и студентов «Университетская наука – региону» (16 апр. 2008 г.). – М. ; Ставрополь : Изд-во СГУ, 2008. – С. 32-41.
4. Почти треть россиян считает, что дети и карьера несовместимы [Электронный ресурс] (опубликовано 16.08.2013) // Superjob.ru: интернет-портал. URL: <http://www.superjob.ru/research/articles/111296/pochti-tret-rossiyan-schitaet-cto-deti-i-karera-nesovmestimy/>

# **ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЕМЕЙНАЯ ПОЛИТИКА – ВАЖНЕЙШАЯ ПОЛИТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

*Карнаухова Н.А.*

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»**

Государственная семейная политика, объектом которой является семья, формируется на основе закономерностей функционирования института семьи. Модернизация государственной семейной политики связана с модернизацией семьи как социального института. Это два взаимосвязанных процесса.

Если семейная и социальная политика начала XXI века носила кризисный характер и ее можно рассматривать как реакцию на негативные экономические и социальные явления в обществе и попытку минимизировать последствия в условиях жесткого дефицита финансовых ресурсов государства, то стабилизация и улучшение экономической ситуации в стране создали структурные условия для того, чтобы семейная политика стала одним из приоритетных направлений деятельности государства. Ее основная задача заключается в решении демографических проблем российского общества, повышении уровня рождаемости и укреплении семьи в целом.

В начале 2000-х гг. демографические проблемы – снижение уровня рождаемости и сокращение численности населения страны – приобрели большое значение, «став предметом особого внимания государства». По мнению экспертов, экономический и социальный кризис, который переживала страна в 1990-е гг., послужил одним из ведущих факторов нарастающей депопуляции. Стабилизация и улучшение экономической ситуации позволили вновь обратиться на государственном уровне к проблеме низкой рождаемости и путей ее преодоления со стороны правительства. В Указе Президента РФ «О Концепции национальной безопасности» от 10 января 2000 г. было отмечено, что «последствиями глубокого социального кризиса являются резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни в стране, деформация демографического и социального состава общества, подрыв трудовых ресурсов как основы развития производства, ослабление фундаментальной ячейки общества – семьи, снижение духовного, нравственного и творческого потенциала населения».

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию в 2000 г. демографическая ситуация в стране была названа в качестве первой самой острой проблемы, требующей неотлагательного решения: «Нас, граждан России, из года в год становится все меньше и меньше. Уже несколько лет численность населения страны в среднем ежегодно уменьшается на 750 тысяч человек. Я прошу вдуматься в эту цифру: седьмая часть населения страны. Если нынешняя тенденция сохранится, выживаемость нации окажется под угрозой. Нам реально грозит стать дряхлеющей нацией. Сегодня демографическая ситуация – одна из тревожных». Необходима реализация специальных государственных программ, поскольку укреплению российской государственности способствует не только рост экономических показателей, но

и увеличение численности населения, в том числе путем повышения уровня рождаемости.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию 2006 г. тема демографической ситуации в стране и способов ее преодоления стала ключевой. В этом документе проблема низкого уровня рождаемости уже не рассматривается в категориях сохранения нации, а приобретает более личное и конкретное звучание. Основной причиной, мешающей женщинам принять положительное решение о рождении второго и третьего ребенка, по мнению главы государства, является материально зависимое положение в семье, так как она «родила второго ребенка и на долгое время выбывает из трудовой деятельности, теряя свою квалификацию». Неуверенность женщин в завтрашнем дне, необходимость делать выбор между работой, возможностью обеспечить приемлемый образ жизни своим детям и повторным материнством – все эти, в первую очередь материальные, обстоятельства определяют низкий уровень рождаемости, производят малодетную семью в качестве наиболее распространенной модели. Для того чтобы улучшить материальное положение матерей, были предприняты следующие меры: увеличение размера пособий по уходу за ребенком до 1,5 лет, предоставление работающим женщинам пособий по беременности и родам, а также по уходу за ребенком, введение компенсации затрат на детское дошкольное воспитание, увеличение стоимости родовых сертификатов, а также введение самой действенной меры материальной поддержки – материнского капитала, т.е. материальные выплаты при рождении второго (последующего) ребенка в размере 250 тыс. рублей (в настоящее время 453 тыс. рублей).

Материнский капитал как мера семейной политики направлен на то, чтобы экономически поддержать женщин, родивших второго и последующего ребенка, компенсировать их финансовые потери из-за ухода с рынка труда в связи с рождением ребенка, а также повысить их социальный статус как матери. Во-первых, была четко обозначена позиция государства в вопросах регулирования воспроизводства населения, которое артикулировало свою заинтересованность в увеличении рождаемости, установило в качестве нормативного образца определенную «репродуктивную норму» (сначала два, а потом три ребенка). Во-вторых, было признано, что именно материальные причины являются ведущими для женщин при принятии решения о рождении ребенка и, следовательно, именно экономические стимулы со стороны государства должны быть задействованы для того, чтобы мотивировать женщин выполнить «репродуктивную норму», поднять социальный престиж материнства и повысить рождаемость в целом. В-третьих, государство взяло на себя обязательства по материальной поддержке женщин, причем уровень поддержки напрямую связан с количеством и очередностью детей. Все это позволяет нам обозначить современную семейную политику России, начавшуюся с 2007 г., как пронаталистскую, направленную на решение демографических проблем преимущественно через материальные поддержки и стимулирование рождения нескольких детей в семье (двух и более).

Вновь обращение к вопросам семьи и детства прозвучало в Послании Президента РФ Федеральному Собранию 2010 г. Большое внимание, отведенное в Послании 2010 г. вопросам политики в отношении детства, позволяет рассматривать данный политический документ в качестве следующего шага в построении современной российской семейной политики. Как и в Послании 2006 г., демографическая проблема определяется как одна из приоритетных. В качестве основных направлений государственной политики в отношении не столько семьи, сколько детства перечислены следующие: забота о здоровье ребенка и матери, развитие детской медицины, поддержка молодых и многодетных семей, поощрение благотворительности в отношении семьи и детства, увеличение числа детских дошкольных учреждений и развитие вариативных форм дошкольного образования, забота о беспризорных и детях с ограниченными физическими возможностями, борьба с насилием в отношении детей.

Основным мотивом всех предлагаемых действий Послания 2010 г. становится стремление каждого родителя обеспечить благополучие своих детей: «И по большому счету все, что мы делаем, мы делаем для тех, кого любим сильнее всего, – для наших детей, потому что мы хотим, чтобы они жили лучше нас, чтобы они были лучше, чем мы, чтобы смогли сделать то, что, может быть, не успеем сделать мы. Чтобы из их успехов сложилось успешное будущее нашей великой России». Меняется схема построения смысловой конструкции семейной политики – от индивидуального родительского желания сделать счастливым своего ребёнка к процветанию всей страны. Кроме того, в данном документе трехдетная семья рассматривается как «главный путь преодоления демографического кризиса». Двухдетная семья, способная обеспечить простое воспроизводство, сменяется трехдетной семьей, дающей государству желаемый прирост населения. Для поддержания и увеличения числа таких семей государство планирует оказывать им как прямые поддержки (предоставление земельных участков, налоговые преференции), так и идеологические, пропагандируя этот образ в социальной рекламе.

Таким образом, Послание 2006 г. было знаковым для формирования современной модели семейной политики в России. Согласно официальной статистике, с 2010 г. в России отмечается медленный, но стабильный прирост численности населения. К январю 2016 г. в РФ проживали 146.544.710 человек, что на 0,19 процентов больше, чем было на 1 января 2015 г. Цифры свидетельствуют о том, что россиянам удалось преодолеть более чем 20-летний демографический кризис.

#### **Литература:**

1. Климантова Г. Государственная семейная политика современной России: учеб. пособие. – М.: Дашков и К, 2004.
2. О Концепции национальной безопасности: Указ Президента РФ от 10.01.2000. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online>. cgi? req=doc; base=LAW; n=25677.

3. Послание Президента России Владимира Путина Федеральному Собранию РФ: 2000 год. URL:

[http://www.intelros.ru/2007/01/17/poslanie\\_prezidenta\\_rossii\\_vladimira\\_putina\\_federalnomu\\_sobraniju\\_rf\\_2000\\_god.html](http://www.intelros.ru/2007/01/17/poslanie_prezidenta_rossii_vladimira_putina_federalnomu_sobraniju_rf_2000_god.html)

4. Послание Президента России Дмитрия Медведева Федеральному Собранию: 2010. URL: <http://www.kremlin.ru/transcripts/9637>

5. Социология семьи: учебник / под ред. А. Антонова. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2005.

## **ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И СЕМЕЙНОМУ ОКРУЖЕНИЮ В СООТНЕСЕНИИ С ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

*Карнова Э.Б.*

**СПбГУ ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева**

Семья – сложная динамическая система межличностных отношений, в которую входят не только отношения между супругами, но и родительские, сиблинговые, отношения с прародителями. Очевидно, что изменение в одной из подсистем этой системы с неизбежностью влияет на каждого из участников этой системы и функционирование всей семьи. Рождение ребенка всегда оказывается одним из важнейших факторов динамики происходящих в семейной системе отношений, но появление в семье ребенка не только с особенностями развития часто является событием, сопровождающимся эмоционально-амбивалентными переживаниями, но и меняющим весь уклад жизни на многие годы. Развивающаяся сложная групповая психодинамика между всеми членами семьи – в супружеской подсистеме, в детско-родительской, между представителями старшего поколения семьи и родителями ребенка может привести к деформации семьи, а иногда и к полному разрыву между ее членами. Безусловно, как и любое значимое событие, происходящее с членами семьи, рождение ребенка с особенностями влияет на всех ее членов, однако особое место в этой системе занимает материнская фигура. Жизненное событие рождения ребенка с отклонением в развитии ставит перед матерью целый ряд психологических, экономических, организационных, социальных задач. Представление о психологических особенностях матерей, дети которых имеют особенности, может расширить знания о функционировании таких семей, позволяющие определить мишени для их психологической поддержки в случае ее необходимости.

В проведенном под нашим руководством исследовании, выполненном Е.В. Кириллиной в рамках ВКР, целью являлось изучение самоотношения и социально-психологических характеристик женщин, в семьях которых растет ребенок с особенностями. В группу исследования вошли матери и бабушки, имеющие активную позицию в социализации ребенка с отклонением в развитии. Все они посещали специальные психокоррекционные, развивающие

занятия в РОО "Аккорд", основным направлением деятельности которого является иппотерапия, лечебная верховая езда.

В исследовании приняла участие 41 женщина (матери и бабушки), сопровождающие на занятия ребенка, в возрасте от 29 до 66 лет. Дети имели отклонения в развитии различного генеза: ДЦП, ЗПРР, синдром Дауна, аутизм. У всех матерей беременность проходила без осложнений, патология плода была выявлена только у одной женщины. Предложение об отказе от ребенка со стороны врачей поступило 9 женщинам (22%).

73,2% женщин, принявших участие в исследовании, состояли в браке и получают помощь от родственников, 26,8% разведены или находятся в состоянии развода.

В задачи исследования входило изучение отношения к себе, оценка своего семейного окружения, социально-психологических характеристик женщин и их базовые убеждения. В качестве психодиагностических методов были использованы анкета для сбора социо-демографических данных, модифицированный вариант методики Дембо – Рубинштейн из 9 шкал, 5 из которых направлены на самооценку респондента и 4 на оценку его семейных отношений, «Гиссенский тест», «Шкала базисных убеждений» в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой. Кроме того, на основе опросника самостигматизации для людей с психическими заболеваниями С.Н. Ениколопова была разработана методика для выявления у респонденток признаков самостигматизации – субъективном ощущении предвзятого восприятия окружающими в связи с особенностью ребенка.

Опросник включает 6 шкал. 1 шкала направлена на выявление самостигматизации испытуемого, связанной с его профессиональной деятельностью; 2 шкала направлена на проявление самостигматизации в самоотношении; 3 шкала отражает самостигматизацию, связанную с отношением к человеку социума; 4 шкала направлена на выявление самостигматизации, связанной с субъективным восприятием респондентами отношений между близкими членами семьи, а также членами семьи второго круга (братья/сестры, тети/дяди и т.д.); 5 шкала направлена на выявление самостигматизации, связанной с взаимоотношениями между респондентом и его друзьями, то есть близким окружением. 6 шкала является добавочной шкалой и отражает общий настрой респондентов на результаты лечения и дальнейшую жизнь их детей.

Одна из рабочих гипотез состояла в том, что такая характеристика, как внешнее проявление у ребенка отклонений в развитии, может сказываться на выраженности самостигматизации матери или бабушки. Внешние проявления болезни имелись у 34 (82,9%) детей; 7 (17,1%) женщин указали на отсутствие внешних проявлений болезни у их ребенка. Проведенное с помощью критерия U Манна-Уитни сравнение групп, сформированных по признаку «наличие /отсутствие внешних проявлений отклонений», не дало статистически значимых результатов по всем шкалам опросника, что говорит об отсутствии связи между самостигматизацией и внешними проявлениями особенностей ребенка. Отсутствие различий между подгруппами, сформированными по

признаку «диагноз» ребенка также не выявили различий между показателями самостигматизации женщин. Это позволило в дальнейшем рассматривать всю группу в целом, не учитывая диагноз ребенка и внешние проявления отклонения в развитии.

Результаты изучения личностных особенностей участвующих в исследовании женщин в целом позволяет охарактеризовать их как позиционирующих себя социально успешными, конкурентоспособными, активными, общительными, способными на длительные отношения и самоотдачу, но вместе с тем, как уступчивыми и терпеливыми. Почти треть участниц исследования имеют высокие баллы по шкале «Контроль», что указывает на избыточный контроль, педантичность, усердие, ответственность за поступки, чрезмерную правдивость и щепитильность. Люди с такими личностными характеристиками не склонны к легкомыслию, их поступки продуманы, они не склонны к беззаботному поведению. Незначительная часть респонденток получили высокие показатели по шкале «депрессивность» (15%) и «замкнутость», тогда как большая часть женщин редко испытывают подавленность, характеризуются отсутствием рефлексии, открыты и доверчивы.

Этот портрет соотносится с самооценкой качеств, полученной с помощью методики Дембо – Рубинштейн. По всем шкалам (субъективная оценка своих материнских качеств, активности, счастья, независимости от окружающих его обстоятельств и мнения социума, уверенности в себе) получены завышенные оценки. То же следует отметить относительно субъективной оценки семейной ситуации – по всем параметрам (сплоченность семьи, доверительность отношений, эмоциональная поддержка, готовность семьи прийти на помощи в трудной жизненной ситуации) респондентки давали очень высокие оценки.

Анализ базисных убеждений женщин, имеющих детей с отклонениями в развитии, показал близкое к нормальному распределение оценок, за исключением шкалы «доброжелательность мира», оценки которой оказались в среднем выше популяционной; высокие оценки получили 46% от общей выборки, и 20% – ниже среднепопуляционной.

В целом создающие впечатление психологического благополучия результаты исследования расходятся с показателями самостигматизации. Распределение оценок по всем шкалам обнаруживает значительное количество респонденток – от 59% (по шкале «профессиональная деятельность») до 77% (по шкале «семейные отношения»), получивших высокие и средние показатели самостигматизации. Особо стоит отметить шкалу «прогноза», по которой высокие и средние показатели получили 83% женщин, что свидетельствует об их пессимистическом настрое в отношении дальнейшей жизни ребенка.

Наличие самостигматизации оказалось связанным с базисными убеждениями и с личностными характеристиками участниц исследования. Наиболее устойчивыми во всех корреляционных связях ( $p \leq 0,01$ ) оказались самооценочные характеристики «уверенность в себе» и «счастье». Женщины, оценивающие низко себя по этим признакам, имели более высокие показатели по всем шкалам самостигматизации.

Показатели по шкале самостигматизации «самоотношение», кроме уже

указанных, оказались отрицательно связанными с базисными убеждениями «доброжелательность окружающего мира» (-0.498,  $p \leq 0,01$ ), «удача и везение» (-0.384  $p \leq 0,05$ ), «справедливость» (-0.390,  $p \leq 0,05$ ), «убеждение о контроле» (-0.324,  $p \leq 0,05$ ). Кроме того самостигматизирующие признаки, сопряженные с самоотношением, оказались положительно взаимосвязаны с показателями шкалы «депрессивность / гипоманиакальность» (0.575,  $p \leq 0,01$ ) и отрицательно – со шкалой «доминантность» (-0.325,  $p \leq 0,05$ ), с базисным убеждением собственной ценности – «образ «Я» (-0.350,  $p \leq 0,05$ ), а также с субъективной оценкой «оценка материнских качеств» (-0.395,  $p \leq 0,05$ ) и своих семейных отношений: «сплоченность семьи» (-0.346); «доверительные отношения в семье» (-0.365,  $p \leq 0,05$ ) и «эмоциональная поддержка в семье» (-0.365,  $p \leq 0,05$ )

Шкала самостигматизации «социальное окружение» на высоком уровне значимости коррелирует с субъективной оценкой семьи: «доверительные отношения» (-0.490), «семейная сплоченность» (-0.480), «эмоциональная поддержка» (-0.405) и «готовность семьи прийти на помощь» (-0.271), а также с самооценкой: «уверенность в себе» (-0.474); «оценка материнских качеств» (-0.465). Была выявлена достоверно значимая связь этой шкалы самостигматизации со следующими личностными шкалами: «депрессивность/ гипоманиакальность» (0.409); «независимость» (-0.386); «доминантность» (-0.347) и базисными убеждениями: «убеждения о контроле» (-0.354) и «доброта окружающего мира» (-0.332).

Показатели по шкале опросника самостигматизации «семья» достоверно значимыми оказались связанными с: личностными шкалами «независимость» (-0.489); «депрессивность/гипоманиакальность» (0.429; субъективной оценкой шкал: «материнские качества» (-0.417), «уверенность в себе» (-0.489), «счастье» (-0.327); субъективной оценкой семейных отношений: «доверительные отношения в семье» (-0.426), «сплоченность семьи» (-0.393), «эмоциональная поддержка в семье» (-0.357), а также с базисным убеждением «доброжелательность окружающего мира» (-0.357).

Самостигматизация по шкале «дружеские отношения» оказалась в отрицательной по направлению взаимосвязи со всеми базисными убеждениями, а также с самооценочными шкалами «уверенность в себе» (-0.428) и «оценка материнских качеств» (-0.330).

Полученные в исследовании результаты свидетельствуют о достаточно благополучной самопрезентации входящих в выборку женщин, демонстрирующих успешное социальное функционирование, ответственность, уверенность в себе. Так же высоко респондентки оценивают свои семейные отношения как сплоченные, поддерживающие, теплые и доверительные. Учитывая своеобразие выборки, – активная позиция в процессе развития и социализации ребенка – такие результаты не являются неожиданными. Вместе с тем завышенные самооценочные показатели свидетельствуют о нереалистичном, некритичном отношении к себе и своей семье, желании преувеличить ценность себя и семьи в своих глазах и глазах окружающих, включение гиперкомпенсационных механизмов преодоления трудной жизненной ситуации. Это подтверждает и наличие признаков

самостигматизации у большинства женщин, показатели которой находятся во взаимосвязи с их личностными характеристиками, базисными убеждениями и субъективной оценкой себя, в первую очередь себя как матери, и субъективной оценкой эмоциональной поддержки в семье.

## **К ВОПРОСУ О ГОТОВНОСТИ БУДУЩИХ ПЕДИАТРОВ К РАБОТЕ С РЕБЕНКОМ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ**

*Кетова Н.А., Кочугова Е.И.*

**Курский государственный медицинский университет**

Проблемы семейных взаимоотношений актуальны во все времена. Семейная система – это многослойное социальное образование, сложный многокомпонентный феномен [7]. Семья как система имеет ряд элементов, взаимовлияющих друг на друга: супруги, дети, другие члены семьи (бабушки, дедушки, тети и т.д.). В результате этого взаимовлияния семья либо гармонично функционирует, либо имеет дисфункцию. Термин система означает множество взаимосвязанных объектов и ресурсов, организованных процессом системогенеза в единое целое и, возможно, противопоставляемое среде. Отсюда следует, что любой объект можно рассмотреть как подсистему целого (к которому рассматриваемый объект относится), выделив в нем отдельные части и определив взаимодействия этих частей, служащих какой-либо функции (в семье это: родители, прародители, дети, внуки и т.д.) [4].

Социальные психологи рассматривают семью как ячейку социальной структуры общества, выступающую регулятором отношений между людьми. Существующие в обществе социальные нормы и культурные образцы задают определенные эталоны представлений о том, какими должны быть муж и жена, отец и мать по отношению к детям, дочь и сын по отношению к своим родителям. С социально-психологической точки зрения, семья представляет собой соответствующую нормам и ценностям данного общества социальную группу, объединенную формируемой в совместной деятельности совокупность межличностных отношений: супругов между собой, родителей к детям и детей к родителям и между собой, которые проявляются в любви, привязанности, интимности.

Итак, семья – это малая социальная группа, для которой характерны определенные внутригрупповые процессы и явления. В то же время от других малых групп семью отличают некоторые признаки: брачные или родственные связи между ее членами; общность быта; особые морально-психологические, эмоционально-этические и правовые отношения. Кроме того, семье присущи такие особенности, как пожизненная принадлежность к семейной группе (семью не выбирают, в ней человек рождается); максимальный гетерогенный состав группы (возрастные, половые, личностные, социальные, профессиональные и другие различия членов семьи); максимальная степень неофициальности контактов в семье и повышенная эмоциональная значимость семейных событий [8].

Семейная система как пространство воспитания и научения является безусловным ресурсом, в котором человек может черпать все многообразие человеческого опыта. С другой стороны, при неблагоприятных обстоятельствах воспитания семейная система может деформировать ресурсы личности ребенка, его мировосприятие и блокировать его успешную самореализацию. Родительские роли в этой связи становятся еще более актуальными, и отчетливо выделяется ответственность взрослых, родителей за качество будущего поколения. Отсюда следует необходимость тщательной подготовки взрослых людей к родительству, воспитанию и эффективному взаимодействию с детьми [4].

Проблема подготовки родителей к взаимодействию с детьми чаще всего ложится на плечи педиатров. Неопытные молодые пары неоднократно обращаются за помощью и советом, будучи на плановом приеме у врача. В связи с этим педиатры должны быть компетентны в вопросах, касающихся семейной системы, связи между ее членами, межличностных отношений. Что касается работы, ориентированной на ребенка, то во время перинатального и раннего постнатального развития психологическая работа проводится не отдельно с ребенком, а с его матерью и семьей в целом. Поэтому овладение теорией и практикой такой работы в последнее время становится необходимым не только для психологов, работающих с беременными и матерями детей младенческого возраста. Знания и навыки в этой области необходимы также акушерам-гинекологам, педиатрам, социальным работникам и педагогам [5].

Анализируя профессиональный стандарта «Специалист по педиатрии» в критериях работы нами не было обнаружено пунктов о взаимодействии с детьми и их родными. По нашему мнению, работа врача с семейной системой является неотъемлемой частью его деятельности в целом. Кроме соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии в общении с детьми и их родителями, предложенными в профессиональном стандарте, педиатр должен также на профессиональном уровне знать психологические аспекты беременности, родов, ранних детско-родительских отношений, ранней социализации и адаптации детей, зрелости родительства и т.д. Отсюда возникает проблема нехватки практического опыта взаимодействия будущего педиатра с детьми и их семьями. С нашей точки зрения, частично можно решить данную проблему через, создание условий, для получения таких знаний, через внеучебную деятельность. В КГМУ разработан и успешно функционирует проект «Согласись на счастье в своей жизни», направленный на подготовку молодежи к ответственному родительству [2, 3]. В процессе участия в проекте будущих педиатров складывается понимание основных закономерностей функционирования семьи и первичный алгоритм корректного взаимодействия с детско-родительской системой. Через участие в педагогическом отряде адаптационного лагеря КГМУ происходит закрепление профессиональных навыков общения, основанных на знаниях, полученных в ходе обучения в проекте [1].

Участие в реализации внеучебных проектов будущих педиатров и студентов других направлений подготовки способствует формированию

навыков работы в команде, успешному взаимодействию на различных уровнях, развитию профессионально значимых качеств и достижению профессиональной идентичности будущих специалистов.

### **Литература**

1. Кетова Н.А., Кочугова Е.И. Формирование и развитие общекультурных компетенций студентов педиатрического факультета через участие в социальных проектах ВУЗа // Материалы I Всероссийского молодежного Форума студенческих отрядов медицинских и фармацевтических вузов России 2016. – С. 23-26.

2. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Мясникова К.А. Проблемы подготовки молодых супружеских пар к ответственному родительству // Молодежь в современном мире: материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 2015. – С. 191-194.

3. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Шуваева Т.И. Проблемы формирования взаимоотношений в молодой семье на ранних стадиях ее развития // Молодежь в современном мире: материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 2015. – С. 189-191.

4. Коваленко Н.П. Семейная система как пространство воспитания // Человек и образование. 2010. № 3.

5. Могилевская Е.В. Профессиональная подготовка специалистов в перинатальной психологии // Северо-Кавказский психологический вестник. 2008. Выпуск 3: том 6.

6. Приказ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по педиатрии» от 2015 года.

7. Тищенко Е.М., Сурмач М.Ю., Меленец Е.Н. Семья глазами будущих педиатров // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2009. № 3.

8. Целуйко В.М. Психология современной семьи. – М.: ГИЦ «ВЛАДОС», 2004.

## **К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ**

*Кетова Н.А., Коростелева Е.С., Ковалкина А.А.*

**Курский государственный медицинский университет**

По определению ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов. Понятие репродуктивного здоровья является многогранным, складывающимся из целого ряда факторов: социально-экономических; наследственности; условий внутриутробного развития и особенностей течения беременности и родов; соматического здоровья; экологии; условий и образа жизни [1, 6].

Проблема сохранения репродуктивного здоровья у подрастающего поколения является актуальной, так как сохранение и укрепление здоровья детей подросткового возраста, формирование здорового контингента с выделением групп риска и больных, подлежащих оздоровлению, являются одними из первостепенных целей здравоохранения. Здоровье подростков составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного, экономического потенциала страны и является фактором национальной безопасности [1].

Для сохранения репродуктивного здоровья детского населения требуется мониторинг влияющих на него факторов и показателей с целью определения характера и закономерностей негативных процессов, а также разработки действенных мер профилактики и лечения нарушений функции репродуктивной системы. В целом здоровье детей может выступать невольным маркером неблагоприятной среды: влияния социальных, экологических условий, стресса, биологических агентов. Проводимые в учреждениях здравоохранения профилактические медицинские осмотры, а также работа по раннему выявлению нарушений здоровья у подростков недостаточно эффективны [17]. У 50-75% девочек-подростков отмечаются расстройства здоровья, способные оказать отрицательное влияние на репродуктивную функцию [11]. Вместе с тем при существующих демографических проблемах лишь 32,2% девочек с нарушениями менструальной функции и 33,9% с диагнозом сальпингоофорит состоят под диспансерным наблюдением. Курение и употребление алкоголя, рискованное половое поведение ведут к снижению репродуктивного потенциала будущих матерей [9]. Вредные привычки признаны опасным компонентом образа жизни в период становления репродуктивной системы девочек [10].

Также проблема сохранения репродуктивного здоровья у подростков является актуальной, так как нарушения специфических функций организма взрослой женщины во многом формируются в детском и подростковом возрастах. Преимущественно в пубертате происходит интенсивная половая дифференцировка, обусловленная действием желез внутренней секреции, ростом, развитием и становлением половой системы [13, 14, 15]. На рост и развитие репродуктивной системы влияет множество факторов. Примерами влияния условий внутриутробного развития и особенностей течения беременности и родов на репродуктивное здоровье являются различные нарушения формирования и развития гениталий при инфицировании, соматических заболеваниях матери, неблагоприятном течении беременности и родов. Особо следует отметить влияние вредных привычек матери, а также прием некоторых лекарственных препаратов во время беременности. Немаловажную роль в формировании функции репродуктивной системы играет наследственность [2, 5].

Росту и усугублению подростковых проблем медицинского и психосоциального характера в настоящее время способствуют ускорение полового развития подростков, продолжающаяся урбанизация, влияние средств массовой информации и сети Internet. В последние годы сформировалась

большая группа социального риска – это дети и подростки, рано начинающие половую жизнь, употребляющие алкоголь и наркотики, занимающиеся проституцией [7, 8].

Приоритетными направлениями в работе по сохранению репродуктивного здоровья должны являться создание программ санитарного просвещения по вопросам контрацепции у подростков и молодежи, доступность лечения заболеваний, передающихся половым путем, пропаганда здорового образа жизни, формирование у подрастающего поколения ответственного сексуального поведения и мотивации на создание семьи с двумя детьми и более [3, 4].

Таким образом, репродуктивное здоровье подростков на сегодняшний день является острой медико-социальной проблемой. Вредные привычки, раннее начало половой жизни, увеличение количества сексуальных партнеров, отказ молодежи от официальной регистрации браков, кризис семьи — все это приводит к ухудшению репродуктивного здоровья подростков.

Одним из путей решения данной проблемы является вовлечение студентов медицинского вуза в активную профилактическую работу с обучающимися старших классов общеобразовательных организаций. Так в Курском государственном медицинском университете при содействии кафедры акушерства и гинекологии, а также социального центра был создан в 2017 году социальный проект «Охрана репродуктивного здоровья», в рамках которого работает волонтерский отряд. Проект направлен на просвещение девушек-подростков образовательных учреждений и студентов 1-2 курсов университета в сфере личной гигиены, профилактику венерических и гинекологических заболеваний, аборт, культуру посещения врача, а также психосоциальным проблемам подросткового возраста. Проект имеет два направления деятельности:

- просветительская работа со студентами 1-2 курсов медицинского вуза, которая проводится врачами-гинекологами;
- работа с обучающимися школ.

В первом направлении работы мы решаем задачи просветительского характера и поиска команды студентов для реализации проекта в подростковой среде. Во втором направлении в формате интерактивного классного часа акушер-гинеколог, специалист социального центра и студентки лечебного факультета и факультета клинической психологии ведут с подростками диалог, касающийся вопросов половой жизни, сексуального и репродуктивного поведения, правил контрацепции, психологии взаимоотношений между полами и т.д. Интерактивные формы взаимодействия, принцип «равный - равному», возможность получения информации через проверенный интернет-ресурс (группа проекта в ВКонтакте) способствуют мотивированию девушек-подростков к ведению здорового образа жизни, формированию ответственного за свое репродуктивное здоровье, здоровье своих будущих детей. В настоящее время подростки остро нуждаются в информации, поддержке, формировании культуры посещения и общения с врачом, и, возможно, системная работа со

студенческой молодежью и подростками позволит нам успешно решать эту задачу.

### Литература

1. Актуальность проблемы охраны здоровья женщин и детей на современном этапе: матер. науч.-практ. конф. с межд. участием. – Хабаровск, 2006. – 175 с.
2. Артымук Н.В. Особенности пубертатного периода у девочек от матерей с гипоталамическим синдромом // Журн. акуш. и детс. болезней. – 2002. – Том 51, № 1. – С. 56-60.
3. Баранов А.А., Санников А.Б. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // Врач. – 2002. – № 3. – С. 40-41.
4. Бехало В.А., Лосева О.К., Сысолятина Е.В. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 5. – С. 73-79.
5. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М., 2000. – 330 с.
6. Гончарова Г.Н. Рождаемость и репродуктивное здоровье. – Красноярск, 2003. – 249 с.
7. Гуркин Ю.А. Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России: сб. науч. тр. V Всерос. науч.-практ. конференции. – СПб, 2003. – С. 3-6.
8. Дмитриева Е.В. Средства массовой информации и их влияние на репродуктивное поведение молодежи в России // Репродукт. здор. детей и подростков. – 2006. – № 4. – С. 34-39.
9. Иванов А.Г. Распространенность и прогнозирование факторов риска нарушений репродуктивной системы женщин // Казанский медицинский журнал – 2004. – № 6. – 4 с.
10. Иванов А.Г. Медико-социальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи: Монография. Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2004. – 112 с.
11. Коколина В.Ф., Е.В. Уварова. Гинекология детей и подростков. – М., 2006. – 290 с.
12. Куликов А.М. Здоровье молодого поколения как социальный феномен / Ювенология в XXI веке: комплексное междисциплинарное знание о молодом поколении / Под ред. Е.Г. Слуцкого и В.В. Журавлева. – СПб.: ООО ИД Петрополис, 2007. – С. 108-124.
13. Романова Т.А. Особенности пубертатного периода на современном этапе социального развития // Рус. мед. журн. – 2004. – Том 12, № 13. – С. 778-779.
14. Теленкова Ж.Н. Репродуктивное здоровье девочек горной Шории // Сиб. мед. журнал. – 2004. – Том 19, № 5. – С. 104-105.
15. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек подросткового возраста // Рос. вестн. пед. и перинатологии. – 2003. – Том 48, № 5. – С. 8-9.
16. Черных А.М., Шульгина Т.А., Чекрыгина А.В., Савенкова К.С., Киричук Е.С. Формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни

студентов в системе многоуровневого профессионального образования  
Методическое пособие. – Курск, 2013.

**ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРОБЛЕМ СО ЗРЕНИЕМ У ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ  
ПРИЗМУ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА  
ИНТЕРАКТИВНАЯ ВСТРЕЧА "ЗДОРОВЬЕ ГЛАЗ")**

*Кетова Н.А., Петрова В.И.*

**Курский государственный медицинский университет**

Детей с нарушениями зрения становится все больше с каждым днем. По данным ВОЗ, 19 миллионов детей в возрасте до 15 лет имеют нарушения зрения. Из них у 12 миллионов детей нарушения зрения вызваны аномалиями рефракции – состояниями, которые можно легко диагностировать и корректировать. Для 1,4 миллиона детей, имеющих необратимую слепоту на всю оставшуюся жизнь, необходимы мероприятия по зрительной реабилитации для их полного психологического и личного развития [1].

Проблемы со зрением у детей родители замечают в разное время. Иногда они замечают, что у ребенка косят глаза или что он не фиксирует взором предмет, когда он находится еще в младенческом возрасте, иногда родителям указывают на это врачи-педиатры. Но чаще о расстройстве зрения у ребенка в семье узнают только перед поступлением его в школу при прохождении им медицинского осмотра, еще чаще проблемы появляются в школьные годы.

Когда бы этот факт ни был обнаружен, он всегда воспринимается тяжело и болезненно. Новость о том, что данный процесс необратим и ребенку придется иметь дело с этой проблемой всю жизнь, очень тревожит родителей. Большинство из них никогда раньше не сталкивалось с такими детьми, и им кажется, что они не смогут воспитать и подготовить к жизни своего ребенка так, как это могут сделать родители здоровых детей. Однако нередки случаи, когда родители стараются подойти к этой проблеме реально и здраво. Они стремятся узнать все, что может их направить на правильный путь воспитания и подготовки к жизни их ребенка [6].

Зачастую родители не задумываются о том, что же привело к таким проблемам. Анализ ряда исследований [5, 4, 2, 7] позволяет нам выделить несколько причин возникновения заболеваний зрений:

1. Постоянное мышечное напряжение. Немногие родители следят за осанкой своего ребенка во время выполнения домашних заданий. Ребенку нужен стул с возможностью регулировки наклона спинки и высоты сиденья, и стол, соответствующий его росту. Спина должна прилегать к спинке стула, а локти лежать на столешнице. Под ноги ставится небольшая скамеечка, чтобы разгрузить мышцы спины и избежать наклона вперед. Для того чтобы научить малыша правильно сидеть, его необходимо контролировать весь первый год обучения.

2. Несоблюдение зрительного режима. Через каждые двадцать минут работы, первокласснику необходим десятиминутный отдых, во время которого ребенок должен побегать, попрыгать, т.е. избавиться от нервного напряжения. Большинство родителей пренебрегают данным правилом, так как не знают нормы зрительного режима, соответствующие возрасту их ребенка. Многие ученики, пользуясь отсутствием взрослых, совмещают выполнение домашнего задания с просмотром телевизора или компьютерной игрой. Это приводит к быстрому снижению зрения. Восемилетний ребенок может просидеть за компьютером не больше 20 минут в день. Жидкокристаллический монитор позволяет увеличить это время до полутора часов, при условии, что каждые 15 минут будет сделан перерыв, во время которого будет проводиться гимнастика для глаз. То же самое касается телевизора. Его экран должен находиться не ближе 2 метров от лица ребенка. Не рекомендуется смотреть передачи в темноте, лучше включить свет, который не дает бликов на экране.

3. Неправильное питание. Чтобы пережить ежедневный стресс на учебе, ребенку требуется цельное молоко, творог, натуральный кефир, отварная рыба, постная говядина, курица и индейка, морковь и свежая капуста, зелень, ягоды и натуральные соки. Все эти продукты содержат витамины и микроэлементы, необходимы для нормального развития глаза, костного скелета и нервной системы. Кроме естественных витаминов малышу дополнительно необходимы их синтетические аналоги, особенно это касается витамина Д, регулирующего обмен кальция в крови. Снижение содержания этого элемента приводит к ухудшению зрения, кариесу, плоскостопию, сколиозу – полному набору болезней, приобретаемых школьником при попустительстве взрослых. У многих детей на этом фоне развивается еще и детский невроз, так как кальций необходим также для развития нервной системы. Многие родители забывают об этом, зачастую потакая своим детям в отказе от полезных продуктов, а также поощряя детскую любовь к фаст-фуду, сладким газированным напиткам, шоколаду и т.д.

4. Физическое воспитание ребенка. Этот аспект крайне важен не только в плане зрения, но и в плане здоровья ребенка в целом. Физическое воспитание ребенка должно включать в себя хотя бы утреннюю гимнастику и полноценные занятия на уроках физкультуры. Существует закономерность: чем ниже уровень физического развития ребенка, тем выше степень близорукости. Снижение остроты зрения – это показание для посещения спортивной секции, а не повод для освобождения от уроков физкультуры.

Эти причины зачастую возникают в связи со смещением ролей в семейной системе, например, женщины уже не являются только хранительницами семейного «очага» и воспитательницами детей, зачастую они вынуждены зарабатывать деньги наравне с мужчинами. Соответственно образовательная и воспитательная функция семьи переходит специализированным образовательным или медицинским организациям, функцией которых становится формирование установок и моды на здоровый образ жизни [3].

В этой связи в КГМУ была разработана проект Интерактивная встреча "Здоровье глаз". Данный проект направлен на профилактику заболеваний глаз, связанных с повышенной зрительной нагрузкой. Одной из главных задач проекта является мотивирование детей на заботу о собственном здоровье, на осознание и прогнозирования проблем со зрением, которые могут возникнуть в связи с перегрузками, длительным напряжением зрения и т.п. Реализация проекта происходит через обучение правильному выполнению гимнастики по Аветисову. В условиях невнимательности многих родителей к нормам зрительного режима и отсутствие у них элементарных знаний о профилактике заболеваний зрения, данный проект весьма актуален.

Нами были созданы сценарии проведения данного мероприятия для трех возрастных групп школьников (1-5, 6-8 и 9-11 классов). Разработка разных сценариев, обусловлена спецификой восприятия информации данными возрастными группами. Если для 1-5 классов выбран игровой сценарий, где через взаимодействие со сказочными персонажами ребенок в игровой форме обучается правильному выполнению упражнений для снятия зрительного напряжения. То для среднего и старшего звена школы мы выбираем дискуссионные форматы, которые вовлекают обучающихся не только в обучение правильному выполнению упражнений, но и в формирование личной мотивации к заботе о собственном здоровье. Основной акцент во всех трех сценариях мы делаем на формирование личного мотива к использованию зрительной гимнастики, и формируем у обучающегося ответственность за свое здоровье. Проект успешно апробирован в 7 школах города Курска и имеет положительные отклики от учителей, родителей. Среди пожеланий учителей и администрации школ, внимания заслуживает пожелание о разработке родительского собрания с участием врачей офтальмологов.

Резюмирую вышесказанное, подчеркнем, что только системный подход к работе с семьей, а именно совместные усилия врачей, учителей и родителей по привитию ребенку навыков здорового, активного образа жизни смогут снизить процент детей со сниженным зрением.

### **Литература**

1. ВОЗ. Информационный бюллетень № 282, август 2014.
2. Глушкова Е.К., Сазанюк З.И., Степанова М.И. Влияние внеучебных занятий с компьютером на функциональное состояние организма детей 7-13 лет // Гигиена и санитария. – 1993. – № 7. – С. 52-54.
3. Лазаренко В.А., Конопля А.И., Черных А.М., Шульгина Т.А. Формирование здорового образа жизни студентов. Монография. – Курск, 2013.
4. Макарова Л.В., Лукьянец Г.Н. Функциональное состояние ЦНС детей младшего школьного возраста в процессе работы на компьютере, 2013. – Новые исследования.
5. Поляшова А.С., Игнатъев В.А. Рациональное питание и его влияние на здоровье детей школьного возраста. Социальное партнерство школы и семьи как условие сохранения и укрепления здоровья детей: инновационные подходы:

пособие для педагогов. Часть I. Н. Новгород: Нижегородский институт развития образования. 2012.

6. Солнцева Л.И., Ермаков В.П. Некоторые особенности воспитания ребенка с глубоким нарушением зрения в семье // Воспитание ребенка с нарушением зрения в семье (сборник научных трудов). – С. 112-126.

7. Тараканова В.В., Коблова С.А., Лысенко Н.А. Воспитание и обучение детей с нарушением зрения, 2010 / Современные исследования.

## **ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

*Коротаева А.И.*

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический  
университет им. К.Д. Ушинского»**

Анализ особенностей становления гендерной идентичности позволяет рассмотреть отношения младших школьников на уровне отдельной личности, в сфере субъективного личностного пространства. В ходе исследования динамики развития гендерной идентичности на данном возрастном этапе был использован опросник А.И. Захарова [1, с. 59-68], диагностирующий тип идентификации ребенка с родителями или самоидентификацию. Автор отмечает, что успешность собственной идентификации зависит от компетентности родителя того же пола в представлениях детей. При обработке результатов учитывалась идентификация ребенка со значимым для него родителем. Эмпирическое изучение особенностей становления гендерной идентичности младших школьников было проведено на базе общеобразовательных школ № 5, 7 и № 43 г. Ярославля. В нем были задействованы 217 детей 2 и 4 классов, из них 98 мальчиков, 119 девочек. По типам гендерной идентичности опрошенные младшие школьники разделились на следующие группы.

Основная тенденция развития гендерной идентичности заключается в смене гендерной ориентированности. Так, во втором классе как мальчики (выбор роли отца 4,96), так и девочки (выбор роли матери 5,67) идентифицируют себя с родителями своего пола; к четвертому классу доминирует самоидентификация (мальчики – 3,9, девочки – 4,18). Кроме того, во втором (на 1,48 балла) и четвертом классах мальчики (на 1,12 балла) чаще выбирают роль матери, чем девочки роль отца. К четвертому классу выборы мальчиков более дифференцированы и ближе к маскулинному типу идентичности: большинство выборов направлено на самоидентификацию (3,91) или выбор роли отца (3,59). Показатели социометрии показывают такую же тенденцию к осознанности своего выбора. Так, во втором классе показатель взаимного выбора 0,57, тогда как к четвертому классу он возрастает до 0,67.

Мальчики делают свой выбор, не только исходя из собственных предпочтений, но и оценивая возможный выбор себя противоположной стороной. Если для объяснения более частого выбора мальчиками роли матери

привлечь данные об образовательной среде младшего школьника, то выделяется такая особенность, как феминное окружение ребенка. Следовательно, «правильными» считаются те нормы и ценности, которые традиционно относятся к женскому типу. Авторитет «женских» типов воспитания и нормативов для мальчиков выше в младшей школе, чем традиционно «мужских». [4, с. 107]. Подобная ситуация распространяется, главным образом, на социально одобряемые и контролируемые сферы жизни.

Обратимся к данным, характеризующим значимость в динамике формирования гендерной идентичности. Существуют значимые различия в формировании гендерной идентичности во втором классе между девочками и мальчиками (в выборе в качестве объекта предпочтения матери  $p \leq 0,000$ ;  $p \leq 0,000$ ). В четвертом классе сохраняется подобная картина – значимые различия обнаруживаются по тем же типам идентичности: с ролью матери ( $p \leq 0,000$ ) и ролью отца ( $p \leq 0,000$ ). Данные свидетельствуют о доминирующей идентификации младших школьников с родителями своего пола. Так, мальчики, в большинстве случаев идентифицируют себя с ролью отца, тогда как девочки с матерью. Кроме того, не выявлено значимых различий в самоидентификации школьников второго и четвертого классов обоих полов, однако, к четвертому классу тип самоидентификации доминирует и у мальчиков, и у девочек. В младшем школьном возрасте, несмотря на предпочтения в самоидентификации, этот тип гендерной идентичности развивается медленно в силу недостаточного развития для ее формирования компонентов психики ребенка. Самоидентификация представляет собой сложный компонент личности, процесс обретения самости, внутриличностный уровень отношений. На протяжении начальной школы девочки имеют значимые различия в идентификации с ролью матери ( $p \leq 0,01$ ). В сознании мальчиков обнаруживаются от второго к четвертому классу значимые различия в идентификации с ролью матери ( $p \leq 0,000$ ), с ролью отца ( $p \leq 0,05$ ), самоидентификации ( $p \leq 0,01$ ). В рамках нашего исследования отметим, что предлагаемые ближайшим социальным окружением мальчикам-младшеклассникам нормы поведения к четвертому классу в силу развития самосознания трансформируются и значимым становится мужской тип идентичности.

Гендерная идентичность младших школьников развивается от идентификации с родителями своего пола до самоидентификации. При этом во втором классе у мальчиков следующей по выраженности после идентификации с родителями своего пола является идентификация с матерью, тогда как у девочек самоидентификация. У девочек на период второго класса интенсивнее проходит гендерное развитие, чем у мальчиков. В целом современная образовательная ситуация в начальной школе имеет особенности, связанные с тем, что большинство педагогов женщины и требования к поведению младшим школьниками обоего больше соответствуют феминным представлениям. Это требует учета и коррекции в организации обучения и воспитания младших школьников, в первую очередь, мальчиков. Существуют значимые отличия в идентификации с матерью и отцом у младших школьников. Кроме того,

обнаружены значимые различия в идентификации с матерью у девочек на протяжении обучения в начальной школе. Формирование самоидентичности у девочек сопряжено с отдалением от материнских ценностей и норм и их личной переработкой, что является одним из условий конструирования гендера. Динамика становления самоидентификации у мальчиков отличается от девочек. Таким образом, в структуре гендера преобладают феминные ценности.

### **Литература**

1. Захаров А.И. Психологические особенности восприятия детьми роли родителей / А.И. Захаров // Вопросы психологии. – 1982. – № 1. – С. 59-68.
2. Ильин, Е.П. Пол и гендер / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2010 – 688 с.
3. Клецина, И.С. Психология гендерных отношений: теория и практика / И.С. Клецина. – СПб. : Алетейя, 2004. – 391 с.
4. Корнеева Е.Н., Коротаева А.И. Содержание учебно-методических комплексов как условие формирования гендерной идентичности / А.И. Коротаева, Е.Н. Корнеева // Ярославский педагогический вестник, 2015, № 1, Том II (Психолого-педагогические науки) – С. 106-110.

## **ПОЛОЖЕНИЕ КРЕСТЬЯНСКОЙ СЕМЬИ В ПЕРИОД ГОЛОДА 1891-1892 ГГ. (ПО РАБОТАМ Л.Н. ТОЛСТОГО) <sup>2</sup>**

*Кравцова Е.С.*

**Курский государственный медицинский университет**

Чтобы оценить все значение общественной и публицистической деятельности Л.Н. Толстого 1890-1892 гг., необходимо иметь ясное представление об обстановке этого периода.

Несмотря на впечатляющий рывок в индустриальном развитии, сделанный Россией после реформы 1861 года, к началу 1890-х годов она оставалась по преимуществу аграрной страной. Статистика свидетельствовала о постоянном расширении посевных площадей, увеличении объемов сельскохозяйственной продукции, росте урожайности. Однако за оптимистичными на первый взгляд цифрами стояла противоречивая реальность.

Уже с начала 1880-х гг. все отчетливее проступали признаки нарастающих кризисных явлений. Не успев настроиться на новые товарно-денежные формы отношений, российское сельское хозяйство оказалось в тисках мирового аграрного кризиса, повлекшего за собой глубокое падение хлебных цен, продолжавшееся почти до конца века. Все отчетливее обнаруживалось крестьянское малоземелье, обострившееся в связи с демографическим взрывом. Участились неурожаи и эпидемии среди крестьян, охватывавшие огромные регионы

---

<sup>2</sup> Статья подготовлена при поддержке РГНФ проект 15-01-00026 «а» «Кризис аграрного социума в имперской России: голод 1891-1892 гг. в Центрально-Черноземном регионе».

Доходы основной массы крестьян оставались крайне низкими. В половине губерний Европейской России, определявшей социально-экономическое лицо страны, эти доходы не покрывали текущих расходов, а в лучшем случае не превышали их. Большинство российского крестьянства неспособно было бороться с падавшей доходностью своих хозяйств. К середине 1890-х гг. перед царским правительством со всей остротой встала проблема так называемого «оскудения Центра» – экономического упадка крестьянских хозяйств центральных земледельческих губерний. В этих условиях произошла и еще одна трагедия – голод 1891-1892 гг.

В дневниковых записях, сделанных во время голода, как в зеркале, отразилась бедственная жизнь крестьянства. Как и статьи Толстого этого времени, они содержат в себе страшную правду о русской дореволюционной деревне, о тяжелой жизни народа.

Объезжая в сентябре и октябре 1891 г. уезды Тульской и Рязанской губерний, которые были поражены голодом, Л.Н. Толстой отмечает резкий контраст сытой и беспечной жизни помещиков и голодной, беспросветной жизни крестьян. Его «Дневники. Записные книжки. ...» поражают обостренным восприятием этого контраста. В них нет одинаковой «любви к сытым и голодным», которую писатель еще так недавно проповедовал. Наоборот, они полны гнева и сарказма по адресу помещиков, которые и перед лицом всенародного горя продолжают жить своей пустой, эгоистической жизнью.

«У Бурдиных помещичья семья, – отмечает он в записной книжке 19 сентября 1891 г., – барыня полногрудая с проседью, в корсете, с бантиком на шиньоне... угощает и кофеем, и кремом, и котлетами, и грустит о том, что дохода нет... За столом подали водку и наливку и предложили курить и обедаться» [2].

Такую же картину Толстой наблюдает и у помещика Свечина, содержащего великолепный дом, конный двор, винокуренный завод, псарню, голубятню. «Интересы у Бурдиных и здесь, у Бибикова: имение, доход, охота, собаки, экзамены детей, лошади», — отмечает он в записной книжке. И в той же записной книжке на соседних страницах читаем:

«Ознобишино. — Картофеля нет. Побираются почти все».

«Мещерки. 6 душ. Сын в солдатах. Раскрыто. 5 четвертей овса. — Побирается, принесла хлеба».

«Третья. Хлеба нет. Испекли два хлеба с лебедой. Овса три четверти. Картофеля нет».

«Лебеда нынешнего года зеленая. Ее не ест ни собака, ни свинья, ни курица. Люди, если съедят натошак, то заболевают рвотой» [2].

В последующие недели и месяцы, живя среди крестьян, Толстой еще более убеждается в катастрофических размерах голода. И он все чаще отмечает это в своем дневнике. Вот некоторые из наиболее характерных записей:

25 сентября 1891 г.: «24-го ходили в деревню Мещерки. Опущенность народа страшная: разваленные дома – был пожар прошлого года – ничего нет, и еще пьют».

19 декабря 1891 г.: «Положение мужика, у которого круг его кольца разорван, и он не мужик, не житель, а бобыль».

29 февраля 1892 г.: «Выхожу утром... на крыльцо, – большой, здоровый, легкий мужик, лет под 50, с 12-летним мальчиком, с красивыми, вьющимися, отворачивающимися кончиками русых волос. «Откуда?» Из Затворного. Это село, в котором крестьяне живут профессией нищенства... Что? – Да не дайте помереть голодной смертью. Всё проели. – Ты побираешься? – Да, довелось. Всё проели, куса хлеба нет. Не ели два дня... Ни топки, ни хлеба. Ходили по миру, не подают. На дворе метель, холод... Оглядываюсь на мальчика. Прекрасные глаза полны слез, и из одного уже стекают светлые, крупные слезы».

23 мая 1893 г.: «Вчера был в Татищеве. Бедность ужасна. Ужасен контраст» [2].

Ощущение резкого контраста между сытой, паразитической жизнью господ и ужасающей нищетой народа не покидает Толстого во все время его пребывания среди голодающих крестьян и становится основной темой его публицистики, а также и последующего художественного творчества. В социальном неравенстве, в ограблении крестьянства помещиками, в лишении крестьян земли видит он главную причину всех бедствий народа.

«Народ голоден от того, что мы слишком сыты, – утверждает он в своих «Письмах о голоде». – Разве может быть неголоден народ, который в тех условиях, в которых он живет, то есть при тех податях, при том малоземельи, при той заброшенности и одичании, в котором его держат, должен производить всю ту страшную работу, результаты которой поглощают столицы, города и деревенские центры богатых людей?» [2].

Отвечая на этот вопрос, Толстой высмеивает, как нелепую и вздорную, мысль, будто господа могут прокормить народ. «Удивительное дело! – иронизирует он, – ...паразит собирается кормить то растение, которым он питается» [2].

Деятельность Толстого по борьбе с голодом продолжалась с перерывами в течение двух лет и привлекла к нему симпатии всего передового человечества. На поступавшие со всех концов России и из-за границы деньги им были организованы в Данковском и Скопинском уездах Рязанской губернии, в Ефремовском и Епифанском уездах Тульской губернии 212 столовых, в которых кормились тысячи крестьян, особенно стариков и детей. Крестьянам оказывалась помощь и в поддержании хозяйства, в сохранении скота. Сотрудниками писателя были в ряде деревень организованы медицинские пункты для борьбы с эпидемиями.

Лев Николаевич, лично посетив ряд голодающих губерний, приходит к мысли, что нельзя ждать, пока господа раскаются в своем «грехе». Он понимает, что в существующих условиях, если не оказать народу помощи, тысячи людей будут умирать от голода и болезней. Толстой разворачивает кампанию по сбору средств, одежды и открытию бесплатных столовых для голодающего народа.

Сам же Лев Николаевич так вспоминал это время: «В поездке моей в Епифанский уезд в конце сентября я встретил моего старого друга, И.И. Раевского, которому я передал мое намерение устроить столовые в голодающих местностях. Он пригласил меня поселиться у него и, не отрицая всякой другой формы помощи, не только одобрил мой план устройства столовых, но взялся помогать мне и этом деле и, с свойственной ему любовью к народу, решительностью и простотою приемов, тотчас же, еще до нашего переезда к нему, начал это дело, открыв около себя шесть таких столовых. Прием, употребленный им, состоял в том, что он по самым бедным деревням предложил вдовам или самым бедным жителям кормить тех, которые будут ходить к ним, и выдал им от себя нужную для того времени провизию. Староста же с уполномоченными составили список детей и старых людей, подлежащих кормлению в столовых, и в шести деревнях открылись столовые».

Далее Л.Н. Толстой пишет: «Но возможно ли везде учреждение столовых? Есть ли эта мера общая, которая может быть приложена повсюду и в больших размерах? Сначала кажется, что нет, что эта мера частная, местная, случайная, которая может быть приложена только в некоторых местах, там, где найдутся особенно расположенные к этому делу люди. Так и я думал сначала, когда воображал, что для столовой придется нанять помещение, кухарку, купить посуду, придумывать и определять — какую, когда и на сколько человек готовить пищу; но тот прием столовых, который благодаря И.И. Раевскому установился теперь, устраняет все эти затруднения и делает эту меру самой доступной, простой и народной.

С нашими небольшими силами и без особого усилия мы за 4 недели открыли и пустили в ход в 20 деревнях 30 столовых, в которых кормятся 1500 человек. Соседка же наша Н.Ф. (Наталья Николаевна Философова — сестра жены Ильи Львовича Толстого) одна в продолжение месяца открыла и ведет на тех же основаниях 16 столовых, в которых кормятся не менее 700 человек» [1].

Л.Н. Толстой рассказывал об И.И. Раевском: «Он писал письма, закупал хлеб, сносился с земскими управами, попечителями, нанимал, рассчитывал возчиков хлеба, делал опыты печения хлеба с различными суррогатами, помогал нам в устройстве столовых, приглашал людей на помощь, устраивал для них удобства, делал учеты, ездил в земские собрания, уездные и губернские, принимал крестьян как попечитель по двум попечительствам, подбодрял тех, у кого дело не идет, и сам лично помогал как частный человек тем крестьянам, которые обращались к нему» [1].

Таким образом, Л.Н. Толстой занял позицию не постороннего наблюдателя за сложной ситуацией в жизни семей русского крестьянства, а оказывал всестороннюю помощь нуждающимся.

## Литература

1. Раевский, С.П. Пять веков Раевских [Электронный ресурс] / С.П. Раевский. — М.: Вагриус, 2005. 592 с. — Режим доступа. URL: [http://www.sakharov-center.ru/asfcd/auth/?t=page&num=12180#ref349566\\_3](http://www.sakharov-center.ru/asfcd/auth/?t=page&num=12180#ref349566_3)

2. Толстой Л.Н. Дневники и записные книжки, 1891—1894. Полное собрание сочинений в 90 томах. Том 52 [Электронный ресурс] / Л.Н. Толстой. – М.: Государственное издательство художественной литературы, 1957. – 486 с. Режим доступа. URL: <http://tolstoy.ru/online/90/52/>

## **ЖИЗНЕННЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, НА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ**

*Кузьмин В.П.*

**Курский государственный медицинский университет**

В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения наметилось множество неблагоприятных тенденций, среди которых: повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний; высокий удельный вес детей, рожденных с травмами и патологией центральной нервной системы; прогрессирующий рост хронических заболеваний и как результат – повышение общего числа детей с ограниченными возможностями здоровья.

Российское законодательство определяет инвалида как «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности...» (ФЗ № 181 от 24.11.1995 "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"). В случае детей-инвалидов, основное бремя заботы о ребенке ложится на членов семьи, что существенным образом сказывается на всех сферах их жизнедеятельности, ведет к снижению качества жизни [2].

Семья, в которой живет больной ребенок, оказывается особой группой, которой соответствует присущая только для нее атмосфера межличностных отношений. Эти отношения по-разному проявляются и в различной степени влияют на развитие ребенка, протекание его заболевания, а также общее психическое состояние самих родителей. Такие события вызывают в семье жизненные трудности.

Это понятие включает в себя следующие компоненты: 1) давление внешних обстоятельств, не поддающихся индивидуальному контролю, нарушающих привычный жизненный уклад индивида; 2) множественные потери, ставящие под угрозу социальное и экономическое благополучие индивида; 3) сильные негативные переживания, ухудшающие социальное самочувствие индивида.

Трудная жизненная ситуация понимается как ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина, которую он не может преодолеть самостоятельно [2].

Ее разновидностью являются семейные трудности, рассматривающиеся как определённые ситуации или события в жизни семьи, значимые для ее членов, угрожающие потерей или уничтожением какой – либо ценности, создающие неблагоприятный и приводящий к уязвимости фон семейных отношений.

Воспитание ребенка-инвалида затрудняет функционирование семьи и ставит ее членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям. Данная ситуация может характеризоваться как сверхсильный и хронический раздражитель. Родители такого ребенка испытывают множество трудностей общего характера. Каждому из возрастных этапов развития ребенка (от 0 до 3 лет, от 4 до 7 лет, от 7 до 16 лет, от 16 до 21 года) свойственны свои специфические проблемы.

0-3 года. Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья изменяет жизненные перспективы семьи, порождая трудности, связанные как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества специфических проблем. В большинстве случаев это приводит к шоковой реакции родителей. У многих возникает реакция отрицания. Если отклонения в развитии не столь очевидны при рождении, удар переносится менее болезненно, так как родители начинают сами замечать появляющиеся по мере роста ребенка проблемы. Часто отмечаются реакции незаслуженно обиженного человека: «Почему это случилось со мной?», «В чем я провинилась?».

Часть родителей отказывается признавать диагноз. Это может быть результатом неадекватного оценивания состояния ребенка или следствием опасения испортить будущее своему сыну или дочери «ярлыком» инвалидности.

Изменяется нормальный цикл семейной жизни и психологический климат в семье. Все члены семьи, и в первую очередь мать, находятся в состоянии эмоционального стресса. На протяжении первых трех лет жизни малыша этот стресс не уменьшается, а обычно нарастает. Возникают неровные, а часто и конфликтные отношения между супругами и другими членами семьи.

В возрасте 4-7 лет для ребенка-инвалида наиболее актуальным является освоение навыков самообслуживания. Как правило, оно происходит медленно и неудовлетворительно. Ребенку требуется помощь в пользовании умывальными принадлежностями, при посещении туалета, помощь в одевании. Повзрослевшего ребенка проблематично оставить на некоторое время одного, он не может выполнить поручения родителей. Поздно появляется речь, запас бытовых сведений оказывается недостаточным. Игровая деятельность (ведущая для этого возраста в норме) примитивна. На первый план выходят трудности в установлении контакта со сверстниками, даже если у ребенка есть круг общения. Детей отличает повышенная ситуативность, которая проявляется в разных сферах личности ребенка – в мышлении, общении, желаниях и действиях. Отмечается недоразвитие эмоционально-волевой сферы.

Родители более отчетливо начинают понимать – их ребенок не может усвоить необходимые знания, умения и навыки, у него отмечается крайне низкий уровень социализации, трудности в межличностном общении.

Но самой важной проблемой родителей является получение адекватной информации об учреждениях для ребенка-инвалида, по вариантам обучения, социальному патронату. Начинают намечаться проблемы интеграции – родители хотят, чтобы их ребенок общался с нормальными детьми.

Для детей-инвалидов младшего школьного и подросткового возраста от 7 до 16 лет на первый план выходит сформированность ведущей для этого возраста деятельности – учебной. В ее структуру входят учебно-познавательные мотивы, учебные задачи и форма учебных занятий.

Дети-инвалиды школьного возраста часто имеют отклонения в развитии интеллектуальной или двигательной сферы. Это вызывает трудности в усвоении учебного материала. У таких детей отмечается неразвитость саморегуляции, неумение управлять собой. Обнаруживаются специфические отклонения в развитии мотивационно-потребностной сферы психики. Они выражаются в задержке развития образного мышления, требующего внутреннего плана действия, что приводит к последующим трудностям в усвоении учебного материала (если ребенок обучается). Дети-инвалиды младшего школьного возраста характеризуются недоразвитием произвольности в поведении, саморегуляции, планировании действий.

Для родителей ребенка-инвалида на данном временном отрезке ведущей проблемой является выбор учреждения, в котором ребенок может получить образование и выбор модели обучения.

Если родители настаивают на массовой школе, то обостряются проблемы интеграции. Родители сталкиваются с недостаточной толерантностью окружающих, пытаются создать оптимальную среду развития своего ребенка.

16-21 год. Как предельный для получения основного общего образования в общеобразовательном учреждении назван возраст 18 лет. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с патологией [1].

Отношения между родителями и детьми данной возрастной группы в большинстве случаев являются отношениями опеки и покровительства, а в остальных случаях – дружеско-покровительскими.

Таким образом, все семьи, воспитывающие детей-инвалидов, характеризуются определенными признаками трудной жизненной ситуации:

1. Родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка.

2. Личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность.

3. Семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются.

4. Снижается социальный статус семьи.

5. Возникает особый психологический конфликт в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

6. В семьях, воспитывающих детей-инвалидов, роли, как правило, изменены.

## **Литература**

1. Крюкова Т.Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. Учебное пособие / Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, Е.В. Куфтяк. – М.: Речь, 2005. – 240 с.
2. Кузьмин В.П. Адаптивные жизненные затруднения в условиях инвалидности / В.П. Кузьмин, Н.С. Степашов. – Курск: КГМУ, 2015. – 240 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ СУПРУЖЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МОЛОДОЙ СЕМЬЕ**

*Кузьмин В.П., Перова Ю.Л.*

**Курский государственный медицинский университет**

Семья как социальный институт характеризуется совокупностью норм санкций и образцов поведения, регламентирующих взаимоотношения между супругами, родителями, детьми и другими родственниками.

Ни одна сфера жизни человека не свободна от конфликтов. Исключением не является и семья. Конфликты являются неотъемлемой частью нашей жизни, они появляются при любых жизненных обстоятельствах и сопровождают нас от рождения до самой смерти.

Н.В. Моргачева выделяет следующие наиболее частые причины конфликтов в молодых семьях:

- нарушение этики супружеских отношений (измена, ревность);
- несовместимость интересов и потребностей членов семьи;
- отсутствие эмоциональной привязанности и солидарности между членами семьи в решении жизненных проблем;
- ожидание и рождение ребенка;
- отсутствие жилья и средств на содержание семьи;
- неправильные взаимоотношения супругов (одного из них) с окружающими их людьми, родственниками, знакомыми [2].

Супруги, особенно молодые, обычно драматизируют любую спорную ситуацию и считают, что единственный путь выхода из такой ситуации – развод.

Конфликтное поведение супругов может проявляться в скрытой и открытой формах. Показателями скрытого конфликта являются: демонстративное молчание; резкий жест или взгляд, говорящий о несогласии; бойкот взаимодействия в какой-то сфере семейной жизни; подчеркнутая холодность в отношениях. Открытый конфликт проявляется чаще через открытый разговор в подчеркнуто корректной форме; взаимные словесные оскорбления; демонстративные действия, оскорбление физическими действиями и др.

Конфликтные ситуации специфичны для разных стадий развития семьи. Наиболее существенна роль конфликта в период формирования семьи, когда супруги только начинают приспособливаться друг к другу. Именно на этом

этапе важно определить причины конфликтных ситуаций, способы и пути их разрешения [1].

Возникновение конфликтов связано со стремлением людей удовлетворять те или иные потребности или создать условия для их удовлетворения без учёта интересов другого супруга или члена семьи.

Кафедрой социальной работы в 2015 году было проведено социологическое исследование, целью исследования являлось изучение причин конфликтов в молодых семьях.

В исследовании приняли участие 10 супружеских пар, которые состоят в браке от 6 мес. до 3 лет.

По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы:

- 60% опрошенных пар отмечают, что у них часто бывают ссоры;
- 50% женщин и 60% мужчин считают, что в ссорах виноваты их супруги;
- 60% женщин и 30% мужчин первыми идут на примирение;
- 40% семей после ссоры обсуждают ее причину и стараются делать выводы.

При оценке степени взаимопонимания в семье исследование показало, что только в 1 из 10 случаев в семье принято рассказывать обо всех своих проблемах. В таких семьях каждый из супругов делится тем, что его тяготит, и партнер его внимательно выслушивает. При этом 50 % мужчин и 40% женщин, выбирают, о чем рассказывать, а о чем следует умолчать. Речь не идет о том, что супруги не доверяют друг другу – просто они подходят деликатно к этой проблеме.

О проблемах взаимопонимания в семье говорят 30% респондентов мужского пола и 40% женского. Довольно часто они не посвящают супруга в свои проблемы. Есть ряд вещей, о которых им нужно и можно было бы говорить, но этого не происходит.

В целом следует отметить, что, с одной стороны, наличие непонимания в семьях свидетельствует о том, что они часто сталкиваются с конфликтами, а с другой – непонимание способствует их возникновению.

В результате оценки удовлетворенности браком были получены следующие показатели, что в большинстве супружеских пар имеется неудовлетворенность (значительная) браком, отсюда следствие – частые семейные конфликты.

Следует отметить, что результаты исследования выявили среди респондентов большое количество недовольных своим браком. Дальнейшая беседа подтвердила неудовлетворенность браком в той или иной степени в большинстве семей.

Среди опрошенных, только трем парам свойственно понимание, удовлетворенность браком. Однако результаты нельзя назвать идеальными, что является логичным – конфликты свойственны любому семейному союзу.

Предварительный анализ полученных результатов позволил выявить три основные группы изученных семей:

- молодые семьи, имеющие низкие показатели;
- молодые семьи, имеющие средние показатели;
- молодые семьи, имеющие высокие показатели (благополучные семьи).

В трех парах был выявлен низкий уровень удовлетворительности браком, низкий уровень понимания. Большинство участников являются конфликтными личностями. В четырех парах – средний уровень понимания, удовлетворительный уровень удовлетворенности браком.

Среди опрошенных только трем парам свойственно понимание, удовлетворенность браком. Однако результаты нельзя назвать идеальными, что является логичным – конфликты свойственны любому семейному союзу.

Таким образом, согласно проведенному исследованию, все молодые семейные пары сталкиваются с конфликтными ситуациями.

В результате исследования было выявлено, что большинство респондентов являются конфликтными личностями и уровень конфликтности, практически у всех, средний и выше среднего. Учитывая стиль супруга и зная свой, можно избежать возникновения конфликтной ситуации и разрастания конфликта.

Психологическое исследование показало причину возникновения конфликтов в молодой семье в период первичной адаптации – неподготовленность супругов к браку и созданию семьи, а также ряд факторов, к которым относятся личный стиль поведения в конфликте, уровень личностной конфликтности супругов, удовлетворенность браком, уровень взаимопонимания в семье

Анализ полученных результатов показал, что причинами возникновения конфликтных ситуаций в молодых семьях чаще всего являются:

- поведение супруга (супруги), его отношение к жене (мужу);
- грубость супруга (супруги), конфликтность;
- нежелание супруга (супруги) помогать в домашних делах;
- бытовая неустроенность;
- нехватка внимания к супруге (супругу);
- нереализованные ожидания и неудовлетворенные потребности, связанные с семейной жизнью;
- разные взгляды на супружескую жизнь.

Полученные результаты исследования позволили выявить основные проблемы в молодых семьях: недостаток понимания в той или иной степени, неудовлетворенность браком, конфликтность супругов, нежелание раскрываться перед супругом (супругой) и при этом потребность в тепле, любви. Тот факт, что многие респонденты отнеслись к исследованию серьезно, задумались над его результатами, показывает их стремление разрешить возникшую ситуацию. При этом не стоит забывать, что семейное счастье базируется на трех «взаимо-»: взаимной любви, взаимоуважении и взаимопонимании.

## Литература

1. Левин К. Супружеские конфликты // Психология конфликта: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2011. – 455 с.
2. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Шуваева Т.И. Проблемы формирования взаимоотношений в молодой семье на ранних стадиях ее развития // Молодежь в современном мире: материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Курск 2015. – С. 189-191.

## РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТА СЕМЬИ: ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

*Кульсеева Т.Г.*

**Курский государственный медицинский университет**

Семья – есть краеугольный камень  
человеческого бытия; священность  
семьи устанавливают и метафизические  
и этические соображения.  
*В. Розанов*

Социально-философское осмысление семьи имеет самое непосредственное отношение к реальной жизни и во многом ориентировано на нравственные ориентации людей в этой сфере. На всех изгибах и изломах человеческой истории вопрос о семье вставал в разряд важнейших, и, как правило, определяющих суть происходящих изменений.

В истории философии существует давняя традиция, связанная с философским изучением семьи. До середины XIX века семья рассматривалась как исходная микромодель общества. Причем само общество трактовалось как разросшаяся вширь патриархальная семья, которой присущи авторитарность, частная собственность и т.д. У истоков патриархального подхода изучения семьи находились древнегреческий философ Платон и его ученик Аристотель.

Платон считал, что каждый достигший 25-летнего возраста должен вступить в брак, потому что «человек должен следовать своей вечнотворящей природе; потому он должен оставлять по себе детей и детей своих детей». Но каждый брак должен быть полезен для государства, так как важнее общественное благо, нежели личное. По мнению Платона, чтобы достичь идеального государства, нужно установить законом «празднества, на которых мы будем сводить вместе девушек и юношей, достигших брачного возраста, надо учредить жертвоприношения и заказать нашим поэтам песнопения, подходящие для заключаемых браков. А определить количество браков мы предоставим правителям» [1].

Аристотель же напротив, считал семью первоосновой общества и государства. Если семья, по Аристотелю, это «общение, естественным путем возникшее для удовлетворения последних надобностей», то общение, состоящее из нескольких семей и имеющее целью обслуживание не

кратковременных только потребностей – селение. Впоследствии «общество, состоящее из нескольких селений, есть вполне завершённое государство». По Аристотелю, семья – внеисторическое явление, ибо она остается неизменной на протяжении всей истории человечества, и главной ее задачей философ считал репродуктивную функцию: «оставить после себя другое подобное себе существо» [2].

Итак, общество, государство, власть, по Аристотелю, возникают, в конечном счете, из союза семей, круг которых все времена расширяется от семьи до государства.

В эпоху Нового времени, когда общественная жизнь освободилась от религиозного влияния и интересам нарождавшейся буржуазии отвечал образ активного индивидуалиста, идеалом становится сильная, самостоятельная, разносторонне развитая, творческая личность. Гордость и самоутверждение, сознание собственной силы и таланта становится отличительными качествами человека.

Эта тенденция отразилась в трудах английского философа Ф. Бэкона. К браку, семье, детям и любви философ относился неоднозначно, выделяя все положительные и отрицательные стороны этих явлений. Например, «тот, у кого есть жена и дети, отдал заложников судьбе, ибо семья является помехой на пути свершения великих предприятий, как добродетельных, так и злонамеренных». Он считал, что наилучшие начинания, принесшие наилучшую пользу обществу, исходили от неженатых и бездетных людей [3].

Философская мысль Англии во второй половине XVII в. развивалась под доминирующим влиянием идей Т. Гоббса, которого можно считать одним из её ранних просветителей, представлявшей семью в виде «маленькой монархии», где «сувереном является отец или господин». Семья, по Т. Гоббсу, должна основываться на законном браке, «дозволенном гражданским законом». Ибо «существо брака в том, что это законный договор» [4].

Немецкий философ-идеалист Д. Юм, изучая семью, подразумевал существование различных форм брака, но был сторонником моногамного семейного союза.

В своей работе «О многоженстве и разводе» Д. Юм выступал с резкой критикой добровольных разводов и многоженства. Он считал, что сторонники многоженства глубоко заблуждаются, думая, что это «единственное средство освободить мужчин из того рабства у женщин, в которое попали из-за природного неистовства страстей» [5].

Выражая свое отношение к свободным разводам, философ категорично определял их как разрушение института семьи. Он выделял три главных аргумента, являющихся, на наш взгляд, достаточно убедительными, чтобы удостовериться в истинности его слов. Во-первых, от развода страдают дети. Во-вторых, «как много бывает пустячных ссор и столкновений, которые люди, обладающие нормальным здравым смыслом, пытаются забыть, коль скоро они связаны необходимостью провести вместе свою жизнь, но которые вскоре разгорелись бы в пламя самой смертельной ненависти, если бы их довели до крайности при наличии перспективы легкого развода». В-третьих, союз мужа и

жены должен быть полным и совершенным, чтобы не применять практики свободных разводов. Необходимость развода Д. Юм видел лишь в одном случае. В частности, он отмечал, что если «союз мужчины и женщины порождает только отвращение и антипатию, то нет ничего жестокого, чем насильно сохранять союз». Таким образом, приемлемой формой семьи Д. Юм считал взаимный союз мужчины и женщины, который основывается на любви и заботе [5].

Ж.-Ж. Руссо, представитель французского Просвещения, философ и социолог, придерживался того мнения, что семья – маленькая Родина, внушающая привязанность к великой Родине.

Анализируя особенность взаимоотношений между полами в семье, философ пришел к выводу, что благополучие семьи зависит от соблюдения нравственных норм с обеих сторон. Руссо отвергал равенство двух полов: «Утверждать, что оба пола равны и что обязанности их одинаковы, значит предаваться пустым словоизвержениям». Утверждая господство мужа, к женщине предъявлял больше требований, так как «она должна быть добродетельной в глазах всех и каждого». В ней больше святого. От этого зависела любовь ее мужа [6].

Традиция философского исследования института брака и семьи была продолжена в немецкой классической философии (И. Кант, И.Г. Фихте, Г.В.Ф. Гегель).

Проблемы брака и семьи, поставленные этими немецкими философами, явились составной частью их философских систем. В рамках этих концепций нашли место важные общезначимые проблемы: нравственного поведения, формирования моральных качеств человека, соотношения личного и общественного, морали и права. И. Кант и И.Г. Фихте рассматривали проблемы брака и семьи, исходя из теории естественного права. На решение вопросов о браке и семье в рамках этой теории определенное влияние оказывали политические требования свободы, равенства, разумного устройства общества. Цель брака, по И. Канту, не ограничивается только рождением и воспитанием детей, так как «в таком случае брак расторгался бы сам собой, после того как прекращалось бы деторождение» [7].

И.Г. Фихте, как и И. Кант, рассматривал брак с точки зрения его естественности. Провозглашая брак разумным институтом, Фихте противопоставлял его «разумность» (т.е. более высокую нравственность) животной природности. У И.Г. Фихте проводится верная мысль о становлении нравственного человека – развитии его способности подчинять своей нравственной природе, в какой-то степени долгу, природные инстинкты.

Хотя в основе брака лежит природное влечение, говорил И.Г. Фихте, постоянство брака никоим образом не обусловлено удовлетворением его, цель эта может отпасть, и все-таки брачный союз сохранится, т.к. «брачный союз мужчины и женщины – это союз сердца и воли». В отличие от И. Канта, считавшего невозможным философское обоснование брака на понятии любви, И.Г. Фихте выдвинул положение, что она (любовь) неотделима от брака: нет брака без любви и нет любви без брака [8].

И так, в вопросах брака и семьи они исходили из развития сознания: «чистый разум» у Канта, абсолютное «Я» у Фихте, и рассматривали брак и семью как внеэмпирические трансцендентальные явления».

Формирование представлений о семье в философии Г. Гегеля базировалось на идее Аристотеля о том, что семья – исходный пункт общественного развития. Так, согласно гегелевской триаде, общество в своем развитии проходит три ступени, которые являются его структурообразующими элементами. Ступени располагаются в строго определенном иерархическом порядке:

- 1) семья;
- 2) гражданское общество;
- 3) государство.

По Гегелю, семья представляет собой «природное наличное бытие в форме любви и чувства», то есть она предписана людям самой природой. В обществе субстанциональное наличное бытие – отношение полов – одухотворяется человеческой культурой. В силу этого оно возвышается до границ «духовного определения», а любовь и чувства взаимного доверия (семья) выступают в системе общественных отношений в качестве «ощущающего духа» [9].

По мнению Гегеля, собственность и семья тесно взаимосвязаны. «Семья в качестве лица имеет свою внешнюю реальность в собственности, в которой она обладает наличным бытием своей субстанциональной личности лишь как в имуществе. В сказаниях об основании государства, или, по крайней мере, о нравственно упорядоченной жизни, – пишет Гегель, – введение прочной собственности появляется с введением брака» [9].

Таким образом, по Гегелю, семья потому является исходным моментом общественного развития, что с момента возникновения она служит ячейкой сохранения и укрепления частной собственности, которая выступает неперенным условием становления цивилизованного общества. Частная собственность, по Гегелю, является «социально-экономическим лицом» не только семьи, но также и гражданского общества, и государства. Идею Гегеля о взаимосвязи моногамной формы семьи и частной собственности, которая была рассмотрена нами выше, унаследовал К. Маркс. Однако, в отличие от Гегеля, К. Маркс не считал семью первичной и исходной ячейкой общества. Правда, здесь следует отметить, что в отличие от К. Маркса, его соратник Ф. Энгельс, характеризуя основные детерминанты развития общества, поставил семью рядом с общественным производством, подчеркнув определяющую роль обоих факторов в прогрессе общества.

Действительно, в работе Ф. Энгельса «Происхождение семьи, частной собственности и государства» можно проследить его мысль, которая заключается в следующем: «Определяющим моментом в истории является, в конечном счёте, производство и воспроизводство непосредственно жизни». Далее конкретизируется: «производство средств к жизни (питание, одежда, жилище и необходимые для этого орудия) – с одной стороны; с другой – производство и воспроизводство самого человека» [10].

Создавая свою концепцию происхождения семьи, Ф. Энгельс придерживался взглядов Л. Моргана. Ф. Энгельс, проследившая трансформацию семьи в первобытную эпоху, видел ее в непрерывном сужении круга лиц (обою пола), имевших право на сексуальные связи. Благодаря последовательному исключению сначала прямых, затем более отдаленных родственников, всякий вид группового брака, существовавший вначале, становится невозможным. Таким путем постепенно на протяжении всех веков формируется парный брак. Парный брак, по мнению философа, характеризовался похищением и покупкой женщин, легкой расторгимостью брака, как по требованию мужчины, так и женщины, при этом за обеими сторонами сохранялась возможность вступления в повторный союз. Инициативу перехода к парной семье Ф. Энгельс приписывал женщине. «Чем больше с развитием экономических условий жизни, сопровождаемых разложением древнего коммунизма и увеличением плотности населения, унаследованные издревле отношения между полами утрачивали свой наивный характер, тем больше они должны были казаться женщинам унижительными и тягостными. Тем настойчивее должны были они добиваться как избавления права на целомудрие, на временный или постоянный брак исключительно с одним мужчиной. В дальнейшем уже мужчины прибегали к строгой моногамии – разумеется, только для женщин» [10].

Что же касается «брака пролетариата», то, по убеждению Ф. Энгельса, в большинстве своем он базировался на половой любви: «у этого слоя нет никакой собственности, для сохранения и наследования которой как раз и были созданы моногамия и господство мужа» [10].

Можно сделать вывод, что спектр точек зрения на проблемы семьи и брака многообразен и порой даже противоречив. Но именно диалог различных концепций стимулирует процесс познания и позволяет осветить аспекты деятельности семьи как целостного социального института и сферы личной жизни людей. А также выяснить роль различных факторов в ее функционировании и развитии.

### Литература

1. Платон. Законы // Сочинения. Т. 3, ч. 2. – М., 1972.
2. Аристотель. Политика // Сочинения. Т. 4. – М., 1983.
3. Бэкон Ф. Опыты или наставления нравственные и политические // Сочинения. Т. 2. – М., 1972.
4. Гоббс Т. Левиафан // Избранные произведения. Т. 2. – М., 1964.
5. Юм Д. О многоженстве и разводах // Сочинения. Т. 2. – М., 1965.
6. Руссо Ж.-Ж. Эмиль, или О воспитании // Избранные сочинения. Т. 1. – М., 1961.
7. Кант И. Метафизика нравов в 2 частях // Сочинения. Т. 4, ч. 2. – М., 1965.
8. Фихте И.Г. Основоположения естественного права, согласно принципам наукоучения // Философские науки. 1972. № 5.
9. Гегель Г.В.Ф. Философия права. – М., 1990.

10. Энгельс Ф. Происхождение семьи, частной собственности и государства. – М., 1978.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ ИЗ ЧИСЛА БЕЖЕНЦЕВ И ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ**

*Лапин Д.В.*

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный технический университет»**

Современная социокультурная ситуация в мире находится в состоянии постоянной турбулентности в связи с непрекращающейся эскалацией конфликтов. Повышенный уровень конфликтогенности нередко приводит к возникновению боевых действий, в связи с чем появляются беженцы и вынужденные переселенцы. Властные структуры воспринимают миграционную политику как важнейший элемент всей социальной политики. Содержанием данной политики становится социальная защита и работа с обозначенными категориями.

Российская Федерация, имеющая самую протяженную государственную границу, испытывает давление под перманентными волнами беженцев. Одна из последних волн 2014-2016 годов – это беженцы с юго-восточных областей Украины, которые пострадали от боевых действий и выбрали Россию в качестве государства-укрытия. По данным Министерства регионального развития и Федеральной миграционной службы, общее число беженцев с Украины на территории Российской Федерации составило более 800 тысяч человек. Из них более 250 тысяч решили узаконить свое пребывание в России и подали соответствующие документы. С начала конфликтного противостояния на Украине в Новосибирскую область переехали более 8 тысяч беженцев. В пунктах временного размещения, начиная с 2014 года, находилось 5 068 человек [4].

По состоянию на 2017 год все пункты временного размещения в Новосибирской области были закрыты. Все граждане Украины, которые не определились со своим статусом, должны были обратиться в Министерство внутренних дел Российской Федерации для получения направления в один из действующих центров временного размещения иностранцев в следующих регионах: Астраханской, Саратовской и Тамбовской областях.

Рассмотрим данный вопрос на примере Новосибирской области. С целью решения экономических и гуманитарных проблем в отношении оставшихся в регионе беженцев и вынужденных переселенцев с Украины применялись и применяются несколько базовых социальных технологий (см. рисунок 1). По мнению, Л.А. Осьмук и И.В. Ждановой, «социальные организации города Новосибирска и Новосибирской области, работающие с семьей и детьми, за последние двадцать лет приобрели опыт реализации так называемых инновационных технологий» [2].



Рис. 1. Содержание социальных технологий направленных на адаптацию беженцев и вынужденных переселенцев на территории Новосибирской области

Исследуем данные технологии подробнее. Важнейшим видом социальных технологий являются образовательные, направленные в первую очередь на профессиональную адаптацию и аккультурацию. Однако их необходимо разделить на два основных типа – ориентированные на детскую аудиторию и взрослых. Семьи мигрантов, имеющие детей и подростков, после переезда и наступления периода адаптации в принимающем сообществе испытывают целый спектр противоречивых психолого-педагогических проблем, нуждаются в поддержке и сопровождении. Как утверждает, Н.В. Прокушева, «проблема организации социально-психологической реабилитации детей беженцев и вынужденных переселенцев остается одной из наиболее значимых, особенно на начальном этапе их адаптации» [3]. Явные проявления обозначенных проблематик: психологическая неустойчивость, стремление к социальной изоляции, неуспеваемость в школе. Дети из семей мигрантов, как правило, чувствуют затруднение к адаптации в новой среде из-за незнания на должном уровне языка, отсутствия защиты от лица педагогического сообщества, а также принимающего общества. Значимость, приспособления, начинающегося в связи с полным изменением общественной сферы, сопряжено с банальным преодолением трудностей подросткового возраста. В обозначенных условиях поиск методов и технологий оптимального вступления в социокультурную среду принимающего сообщества и мирного существования детей из семей мигрантов является непростым процессом.

На практике образовательные технологии выражены следующими мероприятиями: психологические тренинги, коуч-сессии, семинары, мастер-классы, лектории и др. Факультативное и грамотное применение данных технологий, позволяет снять психологическое напряжение, формирует новые умения и навыки, важные для адаптации. Работа может вестись, с конкретной личностью или с группой. Базой для использования данных технологий могут выступать, как непосредственно учебные заведения (школы, ССУЗы, ВУЗы и

др.), так и учреждения сферы молодежной политики, социальной политики, культуры, дополнительного образования и др. Так, в Новосибирской области были разработаны методические рекомендации для детей из семей беженцев поступающих в 9-е и 11-е классы повторно. Для них разработаны индивидуальные программы, чтобы они смогли быстрее адаптироваться к новым школьным условиям [3].

Социально-защитные технологии позволяют вести практическую работу с семьями беженцев и вынужденных переселенцев путем обеспечения временного проживания (номерной фонд гостиниц, хостелов, комнаты общежитий и др.), раздача товаров народного потребления – утепленной одежды и обуви (климатические особенности), суточный рацион продуктов питания, воды; домашнего инвентаря и т.д. Следует отметить, что данные технологии применяются по двум направлениям: с одной стороны, по линии государства (комплексные центры социального обслуживания населения), с другой – институтами гражданского общества – благотворительные и общественные фонды, общественные организации, частные пожертвования. Так, по информации сетевого издания «КонтинентСибирьонлайн», «особенно плотно по этому направлению работают организации «Семья и дети», Координационный Совет в защиту общественной нравственности, православное добровольческое движение «Родной дом» при соборе св. князя А. Невского, общественное движение «Суть времени» и Родительское всероссийское сопротивление, «Дети России — будущее мира», «Доброспас», «Созвездие сердец», «Русский мир», отдел епархии Русской православной церкви по социальной службе и церковной благотворительности, благотворительный приют «Дом Святого Николая», благотворительную католическую организацию «Каритас» и «Гражданский патруль» [1].

Пожалуй, самыми распространенными в применении являются информационные технологии, так как они призваны ликвидировать пробелы в осведомленности, призваны повысить уровень информированности семей мигрантов. В целом их базовый инфоблок стандартен, представляет собой дозированные, верифицированные сведения о легализации своего статуса в принимающем сообществе, вопросах трудоустройства и своей траектории в мире повседневности. Необходимый контент, размещен на информационных порталах органов государственной и муниципальной власти, так и в группах, пабликах ([https://vk.com/novorossia\\_nsk](https://vk.com/novorossia_nsk), <https://vk.com/dobriynsk> и др.) в востребованных социальных сетях.

Таким образом, апробированные в период 2014-2016 годов социальные технологии, ориентированные на социальную реабилитацию семей из числа беженцев и вынужденных переселенцев на территории Новосибирской области, показали свою эффективность. Отработанные в условиях волн массовой миграции беженцев и вынужденных переселенцев прошлых лет социальные технологии могут быть полезны для использования в ситуации постоянного, но незначительного потока мигрантов.

### **Литература:**

1. Помощь беженцам с Украины сплотила народ и власть [Режим доступа]: [URL:http://www.ksonline.ru/226131/226131/](http://www.ksonline.ru/226131/226131/) (Дата обращения: 24.04.2017).
2. Осьмук Л.А., Жданова И.В., Особенности моделирования и реализации современных региональных программ жесткого обращения с детьми: опыт Новосибирской области // Социокультурное развитие большого Урала: тренды, проблемы, перспективы: материалы юбилейн. Всерос. науч.-практ. конф. 20 Уральские социолог. чтения, Екатеринбург, 27-28 февр. 2015 г. – Екатеринбург : УрФУ, 2015. – С. 345-351.
3. Прокушева Н.В. Практические методы социальной работы с вынужденными мигрантами // Вестник БГУ. 2009. № 5. – С. 254-259.
4. Бюджет перестанет содержать украинских беженцев в Новосибирске [Режим доступа]: <http://tauga.info/132331> (Дата обращения: 20.02.2017).

### **КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯМИ ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДСТВАМИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ В СЕМЕЙНОЙ МИКРОСРЕДЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**(В РАМКАХ ПОДДЕРЖАННОГО РГНФ НАУЧНОГО ПРОЕКТА**

**№ 16-16-35001)**

***Леханова О.Л., Галактионова Г.М.***

**ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет»**

Семейная среда является чрезвычайно значимым фактором развития ребенка, определяющим саму возможность эффективной реализации государственных инициатив по профилактике детской инвалидности и реабилитации (абилитации) нарушенных или утраченных функций у детей с ограниченными возможностями здоровья. Учет специфики семейной микросреды жизнедеятельности ребенка с ОВЗ есть обязательный элемент проектирования алгоритмов и содержания работы по коррекции и компенсации нарушений развития детей-инвалидов и обеспечению их позитивной социализации и интеграции в социум. Сколь бы современными и своевременными не были мероприятия, реализуемые специалистами, вне поддержки со стороны семьи они обречены на неудачу. Учет семейной микросреды в процессе организации и реализации работы с детьми инвалидами в современных условиях приобретает характер национальных интересов и экономической целесообразности, т.к. позволяет обеспечивать эффективность работы по реабилитации и абилитации детей – инвалидов.

В семьях, воспитывающих детей с ОВЗ и инвалидностью, микросреда имеет своеобразные особенности, которые во многом определяют достигаемый в процессе коррекционно-педагогических и реабилитационных мероприятий эффект. Так И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, В.В. Ткачёва, О.Б. Чарова и др. указывают, что семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, не

реализуют в полной мере функции, приписываемые обычной семье [5], [7], [8], [9]. О.А. Денисова, О.Л. Леханова, Р.А. Самофал, Н.В. Голицина [4] выделяют своеобразные угрозы социальному развитию детей с ОВЗ в семейной микросреде жизнедеятельности, отмечая иное протекание семейных динамик и изменение семейных ролей. Исследователи пишут о том, что для таких семей характерно своеобразное искажение контактов как с окружающим социумом, так и внутри семьи. В.В. Ткачёва [7], [8], выделяя три уровня качественных изменений в семьях, воспитывающих детей с отклонениями в развитии (психологический, социальный, соматический) считает, что положение семей с ребенком-инвалидом характеризуется как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик. Автор выделяет значимые стадии преодоления семейного кризиса, вызванного рождением ребенка с ОВЗ: 1) когнитивная (внешне управляемая) стадия – кризисный процесс начинается с сомнения в нормальности развития ребенка, организации его обследования и осознания медицинского диагноза; 2) эмоционально-неуправляемая стадия – характерен ярко выраженный характер фрустрации, агрессии, вызванный сильным эмоциональным потрясением; на этой стадии нередко звучат обвинения в адрес врачей, воспринимаются как несправедливые психические и физические нагрузки по уходу за ребенком, происходит потеря привычного социального круга вплоть до социальной изоляции и распада семьи; 3) действенная (самоуправляемая) стадия – семья принимает ограниченность возможностей ребенка, определяет стратегию действий по интеграции его в окружающий мир. Сходные стадии выделяют и другие исследователи [6], говоря о необходимости их учета в процессе организации работы с ребенком с ОВЗ и его родителями. В целом имеющиеся сведения относительно специфики семейной микросреды позволяют говорить о том, что для эффективной коррекционной и развивающей помощи детям родители должны обладать:

- верой в успех ребенка, сопряженной с осознанием имеющихся ограничений и специфики состояния здоровья;
- позитивным настроением и желанием проводить с ребенком время, тратить свои силы и эмоции на обогащение опыта ребенка, его развитие и систематизацию;
- готовностью к конструктивному диалогу со специалистами в реализации совместных усилий по коррекции и компенсации нарушений в развитии;
- реалистичным взглядом на развитие ребенка и желанием создавать условия для построения обоснованной и продуманной индивидуальной траекторий жизни своего ребенка.

Одной из значимых проблем в развитии детей с ОВЗ являются нарушения праксиса. Как показывает опыт и результаты исследований, при нарушении зрения, речи, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствах аутистического спектра у детей имеются разнообразные нарушения в двигательной сфере, которые проявляются в моторной неловкости, недостаточной координации движений, нарушении центра, снижении точности выполняемых действий. Даже детям с легкими вариантами дизонтогенеза

свойственны нарушения, относимые к мелокинетической диспраксии [2], выражающейся в трудностях согласования движений рук, в неумении управлять их мышечным напряжением в нарушении координации и точности движений пальцев. При выполнении двигательных проб у таких детей наблюдается неравномерность темпа ручных движений, потеря направления движения, трудности переключения с одного движения на другое, игнорирование ошибок при выполнении движения по образцу. Исследование показало, что без своевременных и целенаправленных коррекционных воздействий подобная дисфункция двигательной сферы может привести к более глубоким нарушениям целенаправленных произвольных движений и существенно снизить адаптивность ребенка к образовательной и социальной среде [1], [3].

Учитывая широту распространения нарушений праксиса среди детей с ОВЗ и отдаленные последствия дисфункции двигательной сферы, нами был проведен эксперимент, направленный на оценку реабилитационного потенциала современных средств коррекции нарушений двигательной сферы у дошкольников с ОВЗ. В работе был использован сенсор Kinect, позволяющий отслеживать соответствие движений ребенка заданным, и на основе этого выполнять игровое действие с виброобратной связью, позволяющей отслеживать качество выполнения двигательной игровой задачи. Анализ семейной микросреды жизнедеятельности дошкольников показал, что программные и аппаратные средства группы «Home games» широко распространены в семейных условиях и нередко приобретаются родителями для домашних игр и развлечений детей. Такие продукты получают на современном рынке компьютерных товаров широкое распространение и не требуют особых условий и специальных знаний для их приобретения и применения. Так, к примеру, сенсор Kinect, разработанный фирмой Microsoft, позволяет пользователю взаимодействовать с игровой приставкой Xbox 360, без помощи игрового контроллера через позы тела и показываемые объекты или рисунки и устные команды. Однако, как показал опыт, бессистемное и неуправляемое применение игровых тренажеров – это развлечение с непредсказуемым результатом, которое может приводить к закреплению патологических паттернов движений. В дальнейшем такие движения начинают входить в двигательный репертуар ребенка и существенно ограничивать его двигательное развитие. Грамотное же и подкрепленное рекомендациями специалистов использование компьютерных игровых тренажеров в семейной микросреде позволяет с помощью созданных искусственных сред и пространств с регулируемыми параметрами с успехом решать реабилитационные задачи. Подчеркнем, что формирование регуляции точных движений и коррекция диспраксии у детей с ОВЗ в условиях Home games предполагают четкое и продуманное инструктирование родителей, помощь детям в осознании характеристик необходимого движения, последовательное и контролируемое продвижение по этапам формирования и закрепления двигательных паттернов. Кроме того, применение аппаратных средств и методов коррекции и диспраксии в условиях семейной микросреды требует

особого режима, выстроенного с учетом возраста ребенка, состояния его нервной системы, допустимости зрительных нагрузок и прочих характеристик развития ребенка и состояния его здоровья.

Подводя итоги обсуждаемой проблеме, отметим, что семейная микросреда жизнедеятельности обладает существенным потенциалом для развития и реабилитации детей с ОВЗ и инвалидностью. В то же время применение игр реабилитационной направленности в домашних условиях без методического сопровождения со стороны специалистов может привести к закреплению патологических двигательных паттернов и ухудшению моторного прогноза развития детей с ОВЗ, что требует обязательного сопровождения процесса применения игр реабилитационной и развивающей направленности со стороны специалиста. В организации такой работы специалистам следует учитывать не только состояние здоровья и индивидуальные возможности, но и психологическое состояние родителей и общую атмосферу семьи.

### Литература

1. Воробьев В.Ф. Подходы к проектированию педагогического процесса в адаптивном физическом воспитании на основе идей радикального конструктивизма // Адаптивная физическая культура. Т. 49. № 1, 2012. – С. 24-27.

2. Воробьев В.Ф., Виноградова Л.Н., Леханова О.Л., Пыж С.В. Индивидуальные особенности межмышечной координации у детей с трудностями в обучении при освоении целенаправленных движений // Теория и практика физической культуры № 6, 2016. – С. 35-37.

3. Воробьев В.Ф., Галактионова Г.М., Царенко И.В. Возможности современных компьютерных технологий в коррекции нарушений праксиса у детей с ОВЗ // Проблемы современного педагогического образования. 2016. № 53-9. – С. 165-172.

4. Денисова О.А., Леханова О.Л., Самофал Р.А., Голицина Н.В. Угрозы социального развития детей с ограниченными возможностями здоровья в семейной среде Вестник Череповецкого государственного университета: Научный журнал. – 2013. – № 3 (49). – Т. 1. – С. 105-109.

5. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. - М.: Просвещение, 2008. – 239 с.

6. Специальная семейная педагогика: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Спец. дошк. педагогика и психология» / [Денисова О.А., Леханова О.Л. и др.]: под редакцией В.И. Селиверстова, О.А. Денисовой, Л.М. Кобриной. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 450 с.

7. Ткачева В.В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. – 1999. – № 3. – С. 30-36.

8. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 1998. – № 4. – С. 3-9.

9. Чарова О.Б. Материнские установки по отношению к детям с нарушениями интеллекта // Дефектология. – 2008. – № 6. – С. 13-19.

## **МУЖЧИНА В ЗЕРКАЛЕ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ**

*Маль Г.С.*

**Курский государственный медицинский университет  
ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»**

"Мужчина в семье", роль мужчины семье - эти темы занимают немного места в литературе. И почти всегда рассматриваются как антипод к теме "женщина". Но семья и, особенно, счастливая семья существует не только благодаря женщине. Мужчины играют и должны играть большую роль в семье. Любовь мужа к жене, забота мужчины о семье и ее благополучии, участие отца в воспитании детей и привязанность детей к отцу, все это укрепляет семью, создаёт гармонию в отношениях внутри семьи и делает семью счастливой.

Рациональное разделение обязанностей в семье затруднено и устоявшимися негласными нормами, а также существующим положением мужчины и в семье и в обществе. А существующее положение состоит в том, что роль мужчины в семье и обществе претерпела большие изменения и гармонично не вписалась в современные условия существования семьи. И социологи в печати вновь и вновь поднимают вопрос, который, по их мнению, самый острый: почему мужчина не хочет выполнять домашнюю работу? И в нашем мышлении уже глубоко сидит образ современного мужчины не как главы семьи, а как бездельника, который ведет почти что паразитическое существование у себя дома. И без того невысокий рейтинг "домашнего" мужчины падает все ниже.

Почему мужчины не спешат включиться в семейные обязанности? Не желают этого или не могут? Как раз хотят. Более 60% мужчин неудовлетворены тем, что не имеют возможности заниматься с детьми из-за ограниченности по времени. Т.е. у мужчин есть стремление к семейному общению, они хотят больше участвовать в делах семьи. Но что им мешает? Мешает как раз укоренившееся мнение в обществе о недооценке роли мужчины в семье. В результате у мужчин воспитывается неверное представление о своих обязанностях. Но даже если мужчины свои роли в семье правильно понимают, им далеко не всегда удается реализовать их на деле [6].

Существующая система воспитания и атмосфера, царящая на работе, приучают мужчину не говорить о семье, семейных делах, стесняться своей любви к супруге и к детям. Бывают даже такие ситуации, когда после вступления в брак молодой супруг боится насмешек товарищей и не спешит идти домой, делает вид, что он не соскучился, что главное – это работа, друзья и развлечения, а семья – это дело не такое важное и ради семьи он не бросит прежние привычки. Конечно, мужчина всё это изображает неискренне, но сделать иначе он не может, он же мужчина. А это все мешает установлению контактов в семье, влияет на отношения супругов и на воспитание детей, в

основном, мальчиков. Мальчики копируют поведение отца, и круг заново повторяется.

Семья – это одно целое. И если мы не дадим мужчине заниматься семьей в полной мере, то это приведет к возрастанию нагрузки на женщину. И равноправия в такой семье достигнуть будет невозможно. Мужчине нельзя поручать постоянные обязанности по дому, потому что сверхурочные работы, как правило, не планируются и задержки на работе предугадать не возможно. И если женщина полностью надеется на то, что какую-то работу всегда выполняет муж, то рано или поздно он подведет ее. Не намеренно, а из-за очередного аврала на работе. Поэтому поручать мужчине можно только такую работу, которая не требует системы.

Мужчина в силу заложенного в него стремления к лидерству и успеху ищет способы быть лучшим во всех сферах своей жизни. Двумя основными определяющими качествами мужчины являются роли мужа и отца. Поэтому каждому поколению мужчин необходимо иметь перед глазами совершенный пример и авторитетный опыт других мужей, чтобы быть успешным, проходя эти два этапа своей жизни.

Если обратиться к Новому Завету, можно выделить восемь основных областей ответственности мужа.

Во-первых, любить свою жену. Здесь говорится не о том, чтобы принимать любовь, а чтобы ее отдавать, т.е. имеется в виду любовь, которая жертвует собой.

Во-вторых, быть внимательным и восприимчивым. Муж всегда должен давать жене возможность свободно выговориться и быть чувствительным к тому, что она думает или чувствует, даже когда она не может это выразить словами.

В-третьих, принимать решения. После свободного и уважительного обмена мнениями муж и жена подходят к моменту, где следует принять практическое решение. И здесь обязанностью мужа является принятие окончательного решения.

В-четвертых, муж должен начать действовать. Обычно именно муж является ответственным за практические шаги, необходимые для осуществления принятого решения.

В-пятых, питать и греть. Эти два слова «питает» и «греет» подразумевают отношение интимной заботы, которая включает в себя также внимание к тому, что может показаться мелочами. «Мужа должно заботить самочувствие его жены, ее внешность, прическа, духи, которыми она пользуется. Все, что волнует ее, должно волновать и его. Жена всегда должна иметь уверенность, что для своего мужа она самый важный человек на земле»

В-шестых, хвалить. Мужчина служит своей жене, давая ей уверенность. Каждая женщина должна знать, что она является особенной для своего мужа.

В-седьмых, «муж должен быть духовным руководителем и главой своей жены».

И наконец, предназначение мужчины – быть защитником семьи, который будет заботиться о своей жене.

Вторая важнейшая роль мужчины в семье - это роль отца. Рождение ребенка является вехой в развитии семьи и представляет собой стрессовую ситуацию для этой семьи. Важнейшим фактором нормального пренатального развития ребенка является благоприятная обстановка в семье, эмоциональный комфорт беременной женщины, и здесь, как показали исследования Л.Л. Баз, Т.А. Баландина, Г.В. Скобло [5], важнейшим фактором оказалась эмоциональная поддержка мужа, благодаря которой жене удавалось с наименьшими психологическими потерями преодолевать трудности этого периода. Отсутствие такой поддержки является провоцирующим моментом для возникновения у нее депрессивно-тревожных расстройств, являющихся, как правило, предшественниками послеродовой депрессии, отрицательное влияние которой на психическое развитие ребенка общепризнанно [1]. Таким образом, еще до рождения ребенка отец оказывает влияние на его развитие через обеспечение благоприятных условий течения беременности.

Позднее отец помогает развитию ребенка через игры. Игры матери и отца имеют различные функции. Игры с отцом, в отличие от игр с матерью, которая ухаживает за ребенком и дает ему чувство безопасности и тепла, помогают развитию моторики ребенка, освоению окружающего пространства, собственного тела, что является важным условием интеллектуального развития ребенка [3].

По мнению В. Фтенакиса, взаимодействие с отцом положительно влияет на когнитивное развитие детей. Однако его исследования показали, что данное положение справедливо только для мальчиков. Была выявлена прямая корреляция между вовлеченностью отца в воспитание и когнитивными достижениями их сыновей. Фтенакис объясняет это тем, что отец дает пример практического и действенного решения различных проблемных ситуаций, причем вовлеченность в жизнь ребенка предполагает еще и эмоциональное участие, и именно потому, что отец в этом случае дает пример мужского подхода к решению проблем, его влияние не так заметно на девочках [7].

Доказано также и влияние отца на развитие различных личностных характеристик ребенка. В 26-летнем лонгитуде, который проводился в США и в котором приняло участие 379 человек, ученые выяснили, что единственный фактор, определяющий развитие эмпатии в детстве, – отцовское участие. У отцов, занимавшихся с детьми не меньше двух раз в неделю, дети становились наиболее чуткими взрослыми [2].

Любовь отца, по мнению Э. Хоффмана, условна, что является важнейшим фактором морального развития ребенка. К похожему выводу пришла О.Б. Чиркова, которая в своем исследовании обнаружила, что отец играет важную роль в формировании у ребенка ответственности. Происходит это потому, что отцы придают большее значение самостоятельности, предоставляя детям отвечать за свои действия, и с большим уважением, чем матери, относятся к проявлению детьми независимости.

Отечественные исследования Е.П. Ильина подтверждают, что дети, которые близки с отцом, обладают значительно более высокой самооценкой и стабильностью "образа Я", в сравнении с теми, кто описывает свои отношения с

отцом как отчужденные. Дети, отцы которых принимают активное участие в их воспитании, вырастают более отзывчивыми в социальном плане. Помимо этого, взаимодействие отцов с детьми способно улучшить физическое самочувствие малышей, их восприятие, отношение с окружающими уже с очень раннего возраста [4].

Из всего вышесказанного можно прийти, к следующим выводам: необходимо сделать так, чтобы мужчина жил в семье. И для этого его нужно подготавливать к ролям мужчины в семье, рассказывать, что ему необходимо будет создать семью, быть в ответе за свою семью, укреплять ответственность за семью и детей и сделать, в конечном итоге, семью счастливой.

Мужчины стремятся к семье. И их безалаберное порою,, поведение – это, скорее всего, не результат дурного характера или беспросветной лени, а издержки трудностей в первые годы брака, которые переживают оба супруга. Роль мужчины в семье несколько не уменьшилась, а, скорее качественный, а не количественный характер. Участие мужчины как отца в воспитании ребенка необходимо для формирования полноценной гармоничной личности, и, возможно, целый ряд социальных проблем современного общества связан именно с отстранением мужчин от воспитания молодого поколения. Таким образом, семья мужчине нужна точно так же, как и сам мужчина нужен семье.

### Литература

1. Анурин В.Ф. Сексуальная революция: двойной стандарт // Социс. 2000. № 9. – С. 88-95.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. – М., 1997.
3. Большая энциклопедия Кирилла и Мефодия (БЭКМ) / В.А. Рудников. – М., 2006.
4. Бочаров В.В. Антропология возраста. – М., 1999; Кон И.С. Ребенок и общество: Историко-этнографическая перспектива: М., 2003.
5. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Психологический журнал. 1999. № 5. – С. 82-87.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М., 2002.
7. Социология и политология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/5862697/>
8. *Fthenakis W.E. Väter, Band II, Zur Vater-Kind-Beziehung in verschiedenen Familien-Strukturen. München, 1988.*

### **РАЗРУШЕНИЕ СЕМЬИ – РАЗРУШЕНИЕ ДЕТСТВА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ**

*Мирошниченко О.А.*

**Частное образовательное учреждение высшего образования «Институт  
специальной педагогики и психологии» им. Р. Валленберга  
Частное образовательное учреждение высшего образования  
«Институт правоведения и предпринимательства»**

Роль семьи в современном мире постепенно утрачивает свое первоначальное значение. Система ценностей, которая должна формироваться в семье, постепенно разрушается. Это главным образом проявляется в утрате ответственности супругов друг перед другом, но что еще тревожней – перед детьми.

Несмотря на то, что система правовых механизмов пытается ужесточить материальную ответственность, внедряя новые правовые нормы по алиментным обязательствам содержания супругов, алиментным обязательствам в отношении несовершеннолетних детей и нетрудоспособных детей, не решается главный вопрос, семья перестает быть средой безопасности и доверия.

Это касается одиноких женщин, которые остаются одни с детьми, а супруг предпринимает действия, чтобы оставить бывшую супругу без имущества и с минимальными алиментами. Это касается отказных детей в связи с инвалидностью или ненадлежащим отношением родителей к своему ребенку, тогда ребенок оказывается в государственных организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения.

Чувство собственного достоинства, разрушенного и уничтоженного в детстве, а именно в семье, вряд ли может быть возрождено и создано вновь. Дети и подростки, утратившие веру в семью, в добро и справедливость, в возможность исправиться и стать как все, как правило, самые трудные, несчастные и социально неблагополучные. Именно такая категория детства находится в государственных организациях для детей-сирот. Другая категория детей – это дети с тяжелыми патологиями, от которых отказываются родители, стыдятся своих детей, стесняясь их даже навестить в домах-интернатах.

Усилиями педагогов, руководителей, отдающих все свои силы этим детям, современный детский дом из казарменного учреждения все больше превращается в семейный, теплый дом.

Время, которое проводит ребенок-сирота в государственной организации, охватывает три самых ответственных периода жизни человека, формирования его личности: детство, отрочество, юность.

Внутренний мир человека в детстве развивается наиболее интенсивно. Происходит осознание себя как личности, осмысливается свое назначение и место на земле. В эти годы человек развивается не только физически, но и формируется духовно, закладывается основа его взглядов, убеждений, ценностных нравственных ориентаций, жизненных планов.

Вот почему ведущим звеном в системе воспитания детей – сирот сегодня становится смена государственных образовательных учреждений на другие виды жизнеустройства детей-сирот, когда приоритетными становятся именно семейные формы.

Вопрос организации эффективной формы проживания в условиях детских домов, домов-интернатов на текущий момент не теряет своей остроты и актуальности. Опыт организации проживания в школах-интернатах и детских домах в своей традиционной форме выявил ряд проблем, влияющих на

развитие ребенка и формирование его социальной компетентности. Это такие как:

- изолированность от всех социальных связей в условиях школы-интерната, когда проживание и обучение проходит, не выходя за стены образовательного учреждения, не включаясь в общешкольный социум, воспитанники теряют инициативу, а подчас и понимание всей сущности собственной образовательной деятельности;

- традиционное комплектование одновозрастных групп, без учета психологической совместимости группы, наличия близких родственников из числа братьев и сестер. В такой одновозрастной группе ребенок проживает и учится;

- наличие групп, большой наполняемости, где ребенок теряет личную самоидентичность и у него отсутствует личное пространство;

- отсутствие выбора при организации своего жизненного пространства. Наличие комнат самоподготовки, предполагает единственную внеучебную досуговую деятельность - подготовку уроков без права выбора другого вида деятельности.

- отсутствие гибкого режима с учетом особенностей индивидуального психического развития и возможности планирования самим ребенком досуга (подготовка уроков, чтение книг, занятие в кружке или секции).

В связи с этим поиск наиболее адаптивных форм жизнеустройства данной категории детей - главная цель основных направлений социальной политики по улучшению положения детей, воспитывающихся в детских домах, домах-интернатах и школах-интернатах в России.

Приняты соответствующие нормативные документы, которые определили стратегические направления и основные принципы оптимального развития организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. К таким принципам можно отнести:

- открытость организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (оптимизация сети учреждений с целью перехода деятельности из интернатного учреждения в детский дом; работа с общественными и благотворительными организациями);

- разновозрастное комплектование с учетом близкородственных связей (создание семейных групп);

- разнообразные формы профориентационной работы и подготовки к профессиональному самоопределению;

- постинтернатное сопровождение выпускников детских домов и школ-интернатов;

- формирование детских домов по квартирному типу (ванна, кухня, спальня, гостиная), для усвоения дифференциации модели проживания;

- формирования социальной компетентности воспитанников (приготовление и хранение пищи, распоряжение деньгами, покупка еды и одежды);

- психологическая поддержка и сопровождения персонала, для повышения профессиональной компетентности и профилактики

профессионального выгорания и деформации, которая способна привести к жестокому отношению к воспитанникам.

Основным принципом организации семейных групп является комплектование групп детьми, состоящими в родственных отношениях, что позволяет сохранить семейные отношения детей вне зависимости от возраста и пола.

Группы организованы по квартирному типу: кухня, столовая, спальня, туалет, душевая. Они оснащены спальным, игровым, кухонным оборудованием, установлены душевые кабины, стиральные машины. Дети имеют возможность самостоятельно готовить пищу, обслуживать себя и младших сестер и братьев. В таких группах дети не просто играют в проживание, они так живут и усваивают формы проживания, когда можно вне режима вечером выпить чай с печеньем или сделать себе бутерброд.

Деинституализация организаций для детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей должна быть направлена не только на в работу последствий семейного неблагополучия, но и на его профилактику. Например, опыт работы Калязинского детского дома (Тверская область), который апробировал социальный патронат, показал высокую эффективность данного направления, которое позволяет работать с ребенком в неблагополучной семье на ранней стадии, тем самым нивелировать проблемы в развитии ребенка (оказание своевременно медицинской, логопедической помощи самому ребенку).

При такой форме сопровождения, родителям оказывается поддержка в воспитании ребенка, психологическая помощь, помощь в трудоустройстве, постановке на учет в социальные органы, на учет по безработице.

Изменение модели деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, делая ее многопрофильной, гибко реагируя на потребности населения конкретного региона (обучение замещающих семей; социальное сопровождение; постинтернатное сопровождение и правовое просвещение выпускников детских домов и школ-интернатов; повышение родительской компетентности) позволит более эффективно осуществлять работу по профилактике семейного неблагополучия.

### **Литература**

1. Все дети – наши. Сборник материалов II Всероссийских педагогических Католиковских чтений. – М., 1998. – 320 с.

2. Вариативные технологии, способствующие профессиональному самоопределению воспитанников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Под общей редакцией Семья Г.В., Боровик В.Г. – М., БФРГТЗ «Слово». 2003. – 176 с.

4. Мирошниченко О.А. Психологические аспекты профессиональной деятельности персонала детских домов и школ-интернатов // Вестник Российского университета дружбы народов. Психология и педагогика. – 2007. – № 2. – С. 11-117.

6. Федотов С.Н., Юклянюк В.В. Потребности, мотивы и эмоции личности: Учебное пособие. – Тверь: Чудо, 2001. – 137 с.

## **К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРИНЦИПА РАВНОПРАВИА В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЗАКОНЕ «О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ»**

*Мулюкин С.В.*

**ФГБОУ ВО Курский государственный университет**

Семья является первичной ячейкой общества. Ее важнейшая функция детовоспроизводство – рождение, воспитание и поддержание до момента вступления во взрослую жизнь детей [3]. Данная функция реализуется как для удовлетворения общественной потребности в воспроизводстве населения, так и личной – в детях, в продолжение своего рода [2]. Как известно, население – основа любого общества, а тем более, организованного общества, коим является государство. Следовательно, общество в лице государства должно всеми силами обеспечивать благополучие и развитие института семьи, чтобы сохранить и продлить свое существование. Обеспечение благополучия семьи может осуществляться различными методами и способами, среди которых выделяется материальная поддержка семьи.

Необходимость материального стимулирования рождаемости назрела в нашей стране уже давно в связи с тем, что численность населения Российской Федерации резко упала за последнее десятилетие, что вызывает тревогу, как у политиков, так и у общественности. В мае 2006 г. в ежегодном Послании Президента РФ Федеральному Собранию РФ (Российская газета. № 97. 2006. 11 мая; Парламентская газета. 2006. № 70-71. 11 мая) В. Путин обозначил важность решения демографической проблемы национальной задачей на ближайшее десятилетие [8]. Он предложил программу стимулирования рождаемости, сущность которой заключалась в предоставлении семьям, решившим родить или усыновить второго, третьего и последующего ребенка единовременной меры государственной поддержки, которую в народе окрестили как «материнский капитал».

Инициативу Президента РФ поддержали депутаты Государственной Думы, и уже к концу года был принят Федеральный закон № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» [10]. Статьи данного закона предусматривают единовременную выплату в размере – 453 026 рублей (в 2017 году) семьям, родившим либо усыновившим второго, третьего и последующего детей.

Общественность и эксперты положительно отнеслись к подобной новелле российского законодательства, которая является одним из шагов к успешной реализации закрепленного в Конституции РФ положения о том, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства (ч. 1 ст. 38) [4]. В связи с реализацией указанного закона демографическая ситуация в

России стала улучшаться. Но, несмотря на все плюсы, которые несет в себе Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», он содержит ряд противоречий.

Одним из которых является тот факт, что ч. 3 ст. 3 указанного ФЗ перечислены основания, при наличии которых право на получение дополнительных мер государственной поддержки переходит от женщины (матери) к мужчине (отцу). В частности это смерть женщины, объявление ее умершей, лишение родительских прав в отношении ребёнка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры государственной поддержки, совершение в отношении своего ребенка (детей) умышленного преступления, относящегося к преступлениям против личности, а также в случае отмены усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого возникло право на дополнительные меры государственной поддержки [10]. На основе вышеизложенного мы можем сделать вывод о том, что данный закон ставит в неравное правовое положение мужчину и женщину по отношению к получению материальной поддержки от государства. Как мы видим, женщина имеет больше возможностей получить дополнительные меры государственной поддержки, чем мужчина. Мужчина ставится в качестве получателя указанной меры на второе место после женщины и то при условии, если он является единственным родителем (усыновителем) второго ребенка и последующих детей, не является отчимом ребенку. В противном случае, мужчина полностью исключается из числа получателей материнского (семейного) капитала, что умаляет принцип равенства супругов в семье, гарантированный ч. 3 ст. 1 Семейного кодекса Российской Федерации [9].

Следует также отметить, что уже в самом понятии «материнский (семейный) капитал» кроются противоречия. С одной стороны, капитал именуется «материнский», на основании чего нетрудно предположить, что денежные средства, выделяемые из федерального бюджета на реализацию дополнительных мер государственной поддержки семей, имеющих детей, положены женщине (матери (усыновительницы) второго и последующего детей), а, следовательно, за ней закрепляется право решать, как ими распорядиться. С другой стороны, именуя капитал «семейным», законодатель тем самым расширяет список получателей указанных денежных средств, исходя из традиционной трактовки семьи (муж, жена и дети), что и находит свое отражение (правда в неравной степени) в ст. 3 указанного Федерального закона [10].

Однако, используя иной вид толкования (в частности, расширительное), мы приходим к выводу, что на самом деле, никакого противоречия, так как, согласно ч. 2 ст. 25 Всеобщей декларации прав человека, «материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь [1]. Так же, можно назвать положения ч. 1 ст. 38 Конституции РФ, которая говорит, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства. Таким образом, и мировым сообществом, и российским законодателем признается социальное значение материнства и особая роль женщины в продолжение рода, вследствие чего женщина нуждается в дополнительных гарантиях в этой сфере

в большей степени, чем мужчины [6]. На практике встречаются случаи, когда например, мужчина и женщина состоят в браке, и у них рождается совместный ребенок после 1 января 2007 года. Но по истечении определенного времени, они разводятся, при этом ребенок остается жить с отцом. В скором времени бывшие супруги обзаводятся новыми семьями и у них рождаются новые дети. Согласно п. 1 ч. 1 ст. 3 ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» женщина, вступившая в новый брак и родившая ребенка, будет иметь право на материнский (семейный) капитал (так как родившийся ребенок будет для нее вторым), а новая супруга мужчины нет, так как рожденный ею ребенок будет для нее первым, несмотря на то, что для мужчины это ребенок второй [6]. Прослеживается противоречие принципу равноправия, которое нам удалось обойти при расширительном толковании норм Конституции РФ.

В подтверждение ситуации неравноправия мужчины и женщины по отношению к получению материнского (семейного) капитала следует обратиться к практике судов по делам подобного рода. В «Обзоре судебной практики по делам, связанным с реализацией права на материнский (семейный) капитал» перечислен тот же список субъектов-получателей, что и в Федеральном законе [7]. Данным списком обязаны руководствоваться все суды Российской Федерации при разрешении подобных дел.

Таким образом, исключение некоторого противоречия в указанном Федеральном законе возможно путем определенных уточнений. Так, например, наименование понятия «материнский (семейный) капитал», мы считаем логичным заменить на «семейный капитал», такая его трактовка наиболее полно отражает круг субъектов-получателей, предусмотренный в законе. Необходимо предоставить супругам равное право на получение дополнительных мер государственной поддержки при условии совместного принятия решения о способах его дальнейшей реализации, например, на улучшение жилищных условий, на получение образования ребенком (детьми), на формирование накопительной части трудовой пенсии. Таким образом, будет успешно реализован один из главнейших принципов семейного права – равенство прав супругов в семье.

### Литература

1. Всеобщая декларация прав человека [Электронный ресурс] // Российская газета. – 1995. – № 67. (05.04) — Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=24624>, свободный
2. Каменева Т.Н. Институциональные функции семейных ролей: современное состояние и перспективы трансформации // Auditorium, 2014. – Т. 3. – № 3 (3). – С. 82-86.
3. Каменева Т.Н. Семья как антропосоциокультурная система процессуально-институционального типа // Среднерусский вестник общественных наук, 2016. – Т. 11. – № 3. – С. 38-43.

4. Конституция Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. – 2014. – № 31. – Ст. 4398.
5. Бархатова Е.Ю. Комментарий к Конституции Российской Федерации. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Проспект, 2017. – 272 с.
6. Гусев А.П. Материнский капитал: получение, использование, субъекты. – Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 159 с.
7. Обзор судебной практики по делам, связанным с реализацией права на материнский (семейный) капитал (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 22.06.2016) // Бюллетень Верховного Суда РФ. – 2016. – № 12.
8. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 10.05.2006 «Послание Президента России Владимира Путина Федеральному Собранию РФ» // Российская газета. – 2006. – № 97 (11.05.)
9. Семейный Кодекс РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kzrf.ru/semkrf.html>, свободный
10. Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» // Российская газета – 2006 – № 297 (31.12).

## **ГРАЖДАНСКИЙ БРАК – ВЫБОР МУЖЧИНЫ**

*Новичкова Т.А., Рышкова А.В., Фетисова Е.С.*

**Курский государственный медицинский университет**

В современном обществе глубоко укрепилось понятие «гражданского брака». Существование отношений в отсутствии полной ответственности за их качество и за друг друга – это, к сожалению, выбор уже значительного количества людей как молодого, так и уже бывшего в браке населения.

Что же является причиной выбора? Многие выбирают данный тип отношений из-за быстро меняющихся условий жизни, непредсказуемости завтрашнего дня. Почему такие отношения выбирает мужчина? Говорят, что штамп в паспорте не влияет на качество отношений и самим отношениям он никак не может помешать. Но так что же мешает его поставить?

Люди, живущие вместе, ведущие совместный быт, решающие общие проблемы, связанные семейными отношениями с родственниками друг друга, полностью исполняют роль семьи, как ячейки общества. Тогда в чем же состоит причина не регистрации отношений? Единственная причина – это боязнь потери свободы: свободы выбора более выгодной пассии, свободы от ответственности и принятия решений.

Гражданский брак – это первая серьезная ошибка в отношениях. Не делая полноценного шага в развитии отношений, мужчина и женщина показывают неудовлетворенность, неуверенность друг в друге, показывают то, что они все еще находятся в поиске более лучшего варианта. Как бы отнеслись партнеры, если бы вопрос о данном виде отношений коснулся их собственных детей? Было ли бы им приятно осознавать, что дочь живет с мужчиной, обслуживает

его как мужа и готова все это делать ради неопознанного будущего. Конечно же такая ситуация родителю неприятна.

Заключение брака – это определенное событие в паре, которое приводит отношения на новый уровень, оно показывает обществу осознанность выбора, готовность принять и защищать партнера, последующее построение семьи и продолжение рода, воспитание детей. При вступлении в брак объединяются семьи двух родов, происходит формирование полноценной ячейки общества. Штамп в паспорте – это подписание договора о верности и добросовестном отношении друг к другу. Он заставляет партнеров как можно более ответственно подойти к выбору партнера, исключив сиюминутные, необдуманные, легкомысленные решения. В случае гражданского брака мужчина как был свободным, так и остался. В любой момент он для себя эгоистично может принять решение уйти навсегда и сделать это даже без обсуждения с женщиной. Оправдать предъявленные к нему претензии он может тем, что ничего и не обещал. Если говорить о браке, то в данном случае объясниться с женой ему придется.

Брак – это определенный этап взросления личности, свободные отношения – ощущение молодости и беззаботности. Женщины, идущие на такие отношения, поощряют беззаботность и дают мужчине повзрослеть; они начинают отношения с того, что уже на первом этапе потакают его слабостям.

Встречаясь с женщиной, мужчина на определенном этапе должен решить, готов ли он сделать свой окончательный выбор в ее пользу или следует дать ей возможность построить семью с другим. Продолжая таким образом отношения, мужчина как бы берет женщину в аренду, получая заботу, поддержку, верность, быт, секс, любовь, детей без обязательств.

Задача женщин в таких отношениях не забывать о собственном достоинстве, не бояться дать знать мужчине, что он должен совершить следующий шаг. Если он испугается, то следует его оставить, так как он просто не готов пойти на этот шаг или возможно не с этой партнершей. Из-за страха собственной ненужности, боязни одиночества, неуверенности в себе женщины такие браки живут годами.

## **СЕМЬЯ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ САМООЦЕНКИ У РЕБЕНКА**

*Поляков Д.В., Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н.*

**Курский государственный медицинский университет**

Семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни. Значимость ее влияния на личность, ее сложность, многогранность и проблематичность обуславливают большое количество различных подходов к изучению семьи, а также определений и терминов, встречающихся в научной литературе. Предметом изучения становится семья как социальный институт, малая группа и система взаимоотношений.

Семью создают отношения «родители – дети». Семья основана на единой общесемейной деятельности. Она характеризуется общностью людей, связанных узами супружества, родительства, преемственностью семейных поколений, традиций, а так же социализацией детей и поддержанием существования членов семьи.

Для того чтобы получить целостное представление о семье, необходимо учитывать складывающиеся в ней взаимоотношения по типу: муж – жена; жена – дети; дети – родители; дети – дети. Могут быть разные варианты семьи, но полноценной семьей является такая, которая имеет в наличии все типы взаимоотношений.

Проблема нарушения внутрисемейных отношений является одной из актуальных на сегодняшний день. Неблагоприятное отношение к ребенку в семье имеет серьезные последствия, которые отражаются как на психическом развитии ребенка, так и на формировании у него самооценки, которая определяет его дальнейшее развитие.

Психологическим фундаментом личности, способной найти свое место в мире, является адекватная самооценка. Самооценка – это элемент самосознания, характеризующийся эмоционально насыщенными оценками самого себя как личности, собственных способностей нравственных качеств и поступков, которые выступают важным регулятором поведения. Самооценка может быть высокой или низкой, оптимальной и неоптимальной, правильной или ложной, различаться по степени устойчивости, самостоятельности, критичности. Различают общую и частную самооценку. К частной самооценке относят оценку каких-то деталей своей внешности, отдельных черт характера. В общей, или глобальной самооценке отражается одобрение или неодобрение, которое переживает человек по отношению к самому себе. Человек может оценивать себя адекватно и неадекватно (завышать либо занижать свои успехи, достижения).

Самооценку с раннего детства формирует воспитание, как процесс и результат целенаправленного влияния на развитие личности, ее отношений, черт, качеств, взглядов, убеждений, способов поведения в обществе [1, 5]. На становление самооценки ребенка огромное влияние оказывает стиль воспитания в семье, принятые в ней ценности. Самооценка ребенка – это не врожденная характеристика организма, а сложное личностное образование, которое подвержено процессам формирования и становления в структуре всех личностных характеристик. Совокупность множества факторов влияет на развитие и становление личности ребенка [2].

Уровень развития самосознания и адекватность самооценки служат хорошим критерием для оценки психологического возраста человека и его психологических особенностей, в том числе и каких-либо отклонений и проблем. При хорошей, адекватной самооценке ребенок верно соотносит свои способности и возможности, довольно критически относится к себе, жаждет действительно глядеть на свои невезения и успехи, пытается ставить перед собой достижимые цели [3].

Развивающийся ребенок постоянно взаимодействует с внешней средой на

различных уровнях. Сердцевину одного из уровней составляет семья. Именно от нее в первую очередь зависит, каким вырастет ребенок, и какое место в обществе он займет. Действительно, тип семьи, в которой рождается ребенок, может самым серьезным образом повлиять на его ожидания, установки, набор ролей, систему взглядов и взаимоотношений с другими людьми, а также на его когнитивное, эмоциональное, социальное и физическое развитие в течение всего жизненного пути. Влияние родителей и семьи в целом является всего лишь одним из элементов обширного процесса социализации.

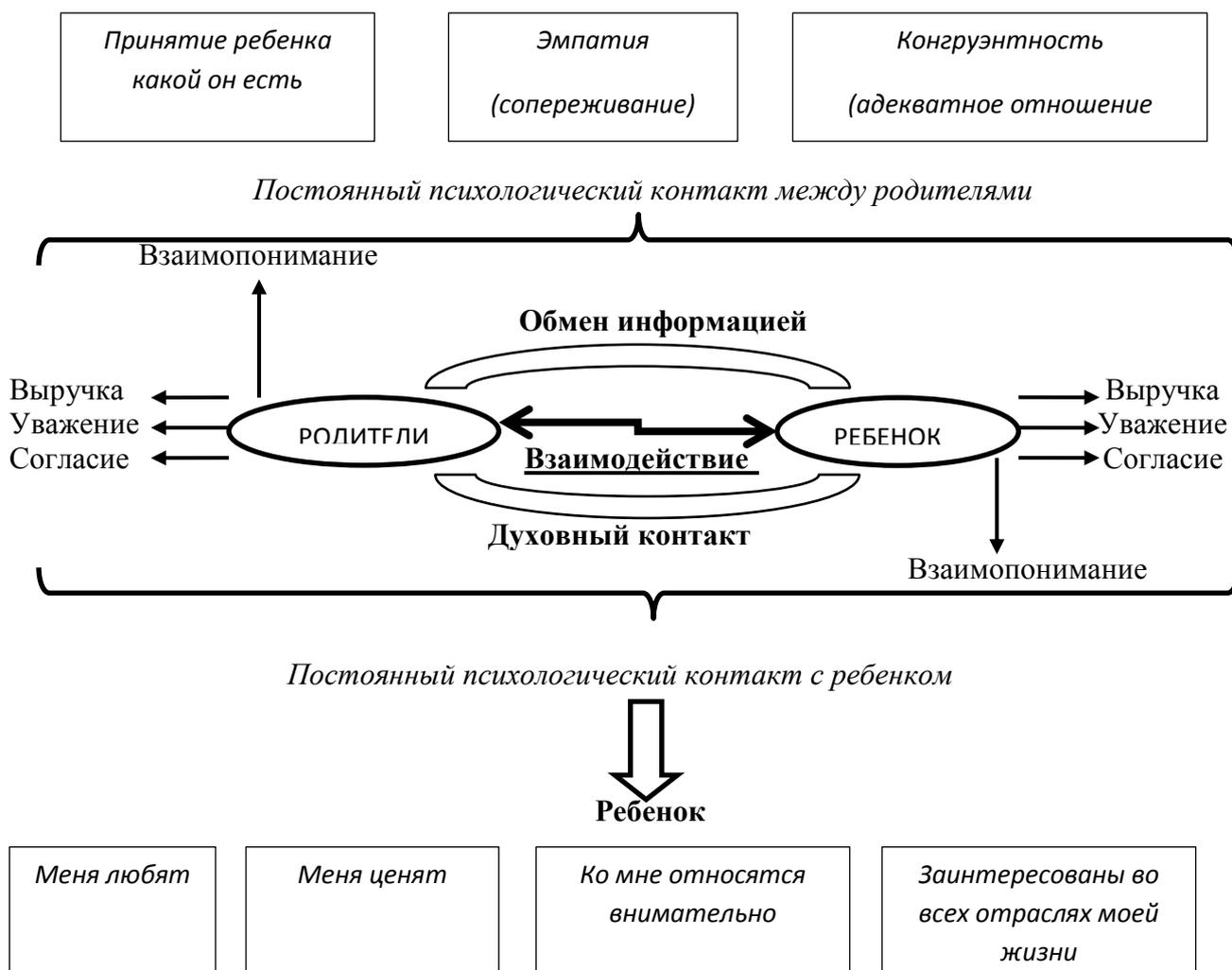
Цель: составить социальный портрет роли семьи и ее механизмов в формировании самооценки у ребенка.

Материалы и методы исследования. Респондентами выступили профессорско-преподавательский состав кафедры пропедевтики внутренних болезней. Сотрудники данного структурного подразделения графически изобразили механизмы взаимодействия ребенка в семье, формирующие его самооценку.

Полученные результаты. По завершению сбора схематических изображений взаимодействия «Семья → самооценка ребенка» была составлена суммационная картинка имеющихся и предлагаемых форм сотрудничества (рисунок 1).

Из схемы следует, что главенствующую роль в развитии самооценки играет семья, стиль семейного воспитания, эмоциональное отношение родителей к ребенку. Первостепенная роль в формировании личности принадлежит родителям, оценка которых становится частью его самооценки. На начальном этапе развития отношение ребенка к себе связано с родительским отношением. Родительские позиции и отношение к детям в этом возрасте может положительно или отрицательно повлиять на их установки [4].

Взаимоотношения в семье – один из главных факторов воспитания детей. Низкая самооценка преобладает в проблемных семьях, в которых отсутствует интерес к детям, родители не создают чувство безопасности, которое характеризуется присутствием чувства страха перед миром, отсутствует поддержка друг друга. В таких семьях характерной чертой является бесконтрольность, которая появляется в результате равнодушия родителей к детям и друг другу.



**Рисунок 1. Роль семьи в формировании самооценки у ребенка**

Напротив, в семьях, где существует заинтересованность детьми, взаимопомощь, способность родителей слушать и понимать своих детей, преобладает позитивный настрой, формируется высокая самооценка [6]. Профессорско-преподавательским составом кафедры пропедевтики внутренних болезней были отмечены именно такие формы конструктивного взаимодействия.

Выводы. Влияние семьи на формирование самооценки ребенка огромно. Родительское отношение к детям может положительно или отрицательно сказаться на ее развитии [7]. Самооценка устанавливается с детства и идет с человеком на протяжении всей его жизни. Задача родителей - обращать внимание на «маленькие» успехи своего ребенка и подбадривать его своим одобрением.

### **Литература**

1. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра. – М., 2012. С. 14-15.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания // сборник статей «Традиционная и инновационная наука». Уфа, 2015. – С. 167-168.

3. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н. Влияние окружения на развитие личности и успеваемости в процессе обучения // Психология здоровья и болезни. – Курск, 2015. – С. 65-67.
4. Дубровина И.В., Фадеева З.Г., Губарева Т.Г. Стили родительского поведения // Психология. 2014, № 2. С. 43-45.
5. Конопля Е.Н. Воспитательная работа – условие формирования профессионально значимых компетенций / Е.Н. Конопля, Д.В. Поляков, А.Н. Шелухина // «ЯЗЫК. Коммуникация. Культура». Сборник материалов VIII Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием (19-25 мая 2014 г.) – Курск: КГМУ, 2014. – С. 61-64.
6. Харчев А.Г., Мацковский М.С. «Современная семья и ее проблемы» // сборник статей «Векторы развития науки». – М. 2014. – С. 112-114.

## **ЭКОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ НА ОСНОВЕ ПОДХОДА БРОФЕНБРЕННЕРА**

*Перова Ю.Л., Синякина О.А., Косинова М.А*

**Курский государственный медицинский университет**

С первых лет жизни у детей формулируется начало экологической культуры. Дети видят дома, как мама ухаживает за цветами, кошкой или собакой. Они сами тянутся ко всему живому, им хочется погладить животное и полюбоваться красивыми цветами. Экологическое воспитание – это и есть познание живого, которое окружает ребенка, в его среде обитания, и главная задача воспитания – научить детей охранять и беречь то, что они видят.

Активное гуманное отношение к природе поддерживается и укрепляется и при формировании у детей осознания эстетической ценности объектов природы, их непреходящей и неувядающей красоты, вот почему воспитание эстетических чувств является одним из необходимых условий экологического воспитания, включающего в себя любовь к природе [2, 3].

Ярким представителем экологического подхода в социальной психологии является У. Бронфенбреннер. Теория У. Бронфенбреннера включает в себя три наиболее важных компонента: деятельность ребенка, социальные роли, с которыми он сталкивается, и межличностные отношения, в которые он вступает.

Бронфенбреннер рассматривал экологическую систему, в которой развивается ребенок, как ряд пластов или концентрических кругов. Центральный круг, состоящий из элементов, которые он называет микросистемами, включает среду, в которой ребенок получает непосредственный личностный опыт: семью, школу, дневной центр, коллектив, в котором работает подросток.

Следующий слой – экзосистема, включает целый набор системных элементов, которые ребенок не переживает непосредственно, но которые влияют на него, поскольку воздействуют на одну из микросистем, в частности

семью. Работа и рабочий коллектив родителей являются одним из таких элементов, другим элементом может быть общество их друзей.

Третий слой по Бронфенбреннеру – макросистема, включающая более широкое культурное или субкультурное окружение, в котором существуют микро- и экзосистемы. Бедность или благосостояние семьи, соседи, этническая идентичность и более широкая культура, в которой находится вся система – все это части макросистемы [1].

Обсуждая различные точки зрения на детское развитие, У. Бронфенбреннер отмечал, что при построении исследований часто нарушается принцип экологической валидности, т.е. далеко не всегда учитывается своеобразие социального окружения детей и то, как они его воспринимают. Это особенно показательно для исследований характера и темперамента. Расхождения в результатах, полученных в домашних условиях и в условиях эксперимента, интерпретируются как ошибки программы изучения. Однако, с точки зрения У. Бронфенбреннера, характер и темперамент принципиально не могут выражаться через постоянные величины. Наоборот, им присуща изменчивость, которая обусловлена различиями окружения при переходе индивида из одной ситуации в другую. Подобная же ошибка, с точки зрения У. Бронфенбреннера, характерна и для формирующего эксперимента, т.к. формирующий эксперимент не изменяет экологического окружения ребенка, а значит и не влияет на социальную организацию его жизни.

Анализируя вышесказанное отметим, что подход У. Бронфенбреннера предполагает учет не столько объективного окружения ребенка, сколько того, как оно воспринимается самим субъектом. Нормальное развитие ребенка с точки зрения экологического подхода У. Бронфенбреннера подразумевает: изменение травмирующих компонентов окружения (микросистемы), изменение самого окружения, изменение мезосистемы и видения ребенком того окружения, в котором он находится.

### **Литература**

1. Бронфенбреннер У. Два мира детства. Дети в США и СССР. – М., 1976.
2. Брунер Дж. Психология познания. – М., 1977.
3. Левин К. Динамическая психология. – М., 2001.

## **РЕБЕНОК С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ**

*Рогачева Т.В.*

**ГАУ Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов»**

В психологической литературе неоднократно писалось о роли семьи в формировании и развитии различных психосоматических заболеваний у детей. Целью нашего исследования явилось изучение психологических механизмов, влияющих на развитие язвенной болезни (ЯБ) у подростков. Индивидуально-типологические особенности: экстра- и интроверсия, эмоциональная

устойчивость – нейротизм изучались с помощью детского варианта личностного опросника Н. Eysenck, эмоциональная и потребностная сфера подростков изучалась с помощью методики L. Szondi [6], особенности семейных отношений – с помощью клинического метода, опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), проективной методики «Кинетический рисунок семьи» (КРС).

В психологической литературе, в частности по данным Ф. Александера [1], отмечается, что решающим психологическим фактором в патогенезе язвы оказывается фрустрация как невозможность удовлетворения желания зависимости, стремления к помощи и потребности в любви. Когда эти желания не находят удовлетворения в человеческих взаимоотношениях, образуется хронический эмоциональный раздражитель, воздействующий на функционирование желудка.

Результаты исследований И.Н. Медведева [2] демонстрируют корреляционную зависимость типа темперамента и ЯБ по показателю эмоциональной нестабильности. Однако в нашем исследовании было выявлено, что 51,5% опитантов попадает в коридор показателей «эмоциональная устойчивость – неустойчивость», названный Н. Eysenck «золотой серединой», т.е. они характеризуются сбалансированностью эмоциональной сферы. У 15,1% подростков выявлена эмоциональная устойчивость. Таким образом, значительное количество подростков с ЯБ имели высокие адаптивные возможности для сохранения соматического и психического здоровья. Возникает вопрос, какие психологические факторы способствовали формированию язвенной болезни у опитантов?

Глубинный анализ результатов психодиагностики дает возможность выявить данные факторы. Так, с помощью психоаналитической методики L. Szondi [6] были обнаружены следующие актуальные потребности подростков. Неудовлетворенная потребность в индивидуальной любви характерна для 78,79% подростков, причем она связана как с родителями, так и с людьми противоположного пола. Для 63,64% подростков характерно «застревание» на объекте и для 51,52% – потребность в «сцеплении» с объектом, что трактуется как «неотработанные» отношения с родителями. Такие «неотработанные» отношения с родителями характерны для большинства российских подростков. 69,7% подростков сдерживают, вытесняют импульсивные притязания, отказывая себе в удовлетворении потребностей, в том числе потребности в любви, при этом 39,4% подростков пассивны. Таким образом, подростки не справляются с задачей подросткового возраста – отсоединением от родителей и построением широких социальных отношений вне семьи (потребности в новых объектах и «сцеплении» с ними), а также построением взаимоотношений с родителями на качественно новом уровне.

По результатам клинического метода можно заключить, что «застреванию» на родительских фигурах способствуют симбиотические отношения с матерью. На консультациях, описывая жизнь подростков, матери говорят: «У нас язва...», «Мы плохо учимся...», отвечают на вопросы, заданные

не им, а их детям. Результаты клинического метода подтверждаются данными опросника «АСВ». У всех матерей диагностируются те или иные нарушения стиля воспитания, свойственные гиперопеке или гиперпротекции: чрезмерное количество внимания и времени, посвященное детям (40%), недостаточность требований (25%), недостаточность запретов (45%), недостаточность санкций за нарушение запретов и невыполнение требований (55%). Известно, что «здоровый симбиоз», обеспечивающий нормальное психическое развитие ребенку, заканчивается максимум к 3 годам. В более позднем возрасте симбиоз с матерью препятствует удовлетворению потребности ребенка в автономии, различению границ Я - не Я, укреплению Эго, способствует формированию беспомощности и связанной с ней тревожности.

Происхождение тревоги у подростков с ЯБ можно объяснить, используя в качестве методологической основы теорию О. Ранка [3]. На протяжении всей жизни человек испытывает нормальную тревогу при «отделении» от других, ее преодоление ведет к большей независимости и построению взаимоотношений на более высоком уровне. С точки зрения О. Ранка, тревога представлена в двух формах: как боязнь жизни, т.е. тревога при движении к своей неповторимости, автономии, и как боязнь смерти, т.е. тревога потери своей личности, возникающая, когда человек «застревает» в ситуации зависимых, симбиотических отношений [3].

Подросток с ЯБ испытывает тревогу, связанную как с отделением, так и с поглощением. Симбиотические отношения иллюзорно дают возможность преодолеть беспомощность, но усиливают тревогу. У подростков с ЯБ можно говорить о невротической тревоге, т.к. она неадекватна объективной опасности, включает в себя вытеснение, подростки ограничивают свои действия и сужают поле сознания с помощью невротических защитных механизмов, в том числе и такого как «развитие симптома». В нашем исследовании у 51,52% подростков зарегистрированы невротические модели поведения, связанные с амбивалентными потребностями: показывать себя – скрывать свое Я, возводить барьеры между собой и миром (30,3%), быть добрым – быть злым (27,3%), потребность в множестве социальных ролей – отказ от социальных ролей (21,2%).

В целом, поведение подростка можно описать следующим образом. Чтобы удовлетворить потребность в индивидуальной любви и претензии на множество социальных ролей, подросток проявляет себя, демонстрирует доброту, терпеливость, однако потребность в любви не удовлетворяется. Тогда подросток испытывает разочарование, раздражение, гнев, которые выражаются лишь частично, т.к. открытое выражение чувств может стать угрозой безопасности. Агрессивные чувства тормозятся чувством вины, в след за которым возникает тревога. Для освоения социальных ролей подросток готов проявить активность (у 40% подростков выявлена потребность в активности, у 40% амбивалентная потребность в активности - пассивности), но проявлять ее ему мешает страх нарушить правила (80% подростков). Возникает вопрос: какие правила боится нарушить подросток? Мы можем предположить, что это правила слитности с матерью. Матери подростков с ЯБ в свою очередь, усугубляют невротический конфликт ребенка, т.к. удовлетворяют за счет

ребенка свои потребности. Поддержание симбиоза со стороны матери связано с фобией утраты ребенка (20%), воспитательской неуверенностью (20%), необходимостью защищаться от одиночества при невозможности гармоничных супружеских отношений (вынесение конфликта в сферу воспитания продиагностировано у 15% матерей, предпочтение женских качеств у 35%). Интересно, что комментарии матерей к выполнению опросника «АСВ» показывают, что предпочтения женских качеств по сути являются отрицанием супруга и указывают на дисфункциональные отношения в диагностируемых семьях.

Для того, чтобы «отсоединиться от матери», подростку необходима помощь отца. В норме, отец способствует разрядке напряжения в диаде «мать-ребенок», процессу индивидуации и зрелому отношению к объекту «мать» [4]. Однако, в реальности отцы не могут этого сделать. Потребность в партиципации (т.е. соединении с мужской фигурой) испытывает каждый пятый подросток. Анализ результатов методики «КРС» показал, что изоляцию в семье переживают 100% подростков. 33% отцов на КРС «просто стоят», «ничего не делают», что характеризует отцов как пассивных, бездействующих; 39% отцов изображаются подростками, лежащими на диване и/или смотрящими телевизор; только 5,5% отцов занимаются домашними делами. Отцов, занимающихся с детьми, на рисунках подростков нет. Отцы не могут оказать поддержку подросткам, что вновь актуализирует последовательность переживаний «гнев – вина – тревога». Кроме того, для контроля гнева подросток использует стратегию ухода, стремится не показывать себя. Таким образом, потребности остаются неудовлетворенными и невротический круг замыкается.

По результатам КРС вся система семейных отношений является источником тревожности у подростков. 98% подростков ощущают тревожность в семье, в 37% случаев тревожность сочетается с агрессивностью, 67% подростков воспринимают свою семью как враждебную, 63% – как конфликтную. Таким образом, семья не может обеспечить потребность в безопасности, и сама становится источником травматизации подростков.

Наше исследование позволило выявить источники тревоги у подростков с язвенной болезнью:

- во-первых, «неотработанные» отношения с родителями: симбиоз с матерями и невозможность отца оказать поддержку подросткам обоих полов в индивидуации, как следствие – неудовлетворенная потребность в индивидуальной любви;
- во-вторых, переживания подростка в связи агрессивностью, враждебностью, конфликтностью, проявляющимися в семье, и, как следствие, амбивалентные потребности продемонстрировать себя – скрывать свое Я, быть добрым - быть злым, потребность в социальных ролях - отказе от социальных ролей.

Исследования В. Mittelmann, Н.Г. Wolff, М.Р. Scharf [5] доказали, что активность работы желудка, являющаяся причиной развития и обострения ЯБ,

усиливалась с увеличением тревоги и уменьшалась, когда пациент в большей мере чувствовал себя в безопасности.

Наше исследование выявило источники тревоги у подростков с ЯБ, что позволяет глубже понять некоторые психологические механизмы развития и обострения язвенной болезни у подростков. Хроническое переживание тревоги в связи с нарушенными межличностными отношениями и невротическим конфликтом, на наш взгляд, и есть основные психологические составляющие этиологии и патогенеза язвенной болезни у подростков.

### **Литература**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Канон+РООИ «Реабилитация», 2016. – 352 с.
2. Медведев И.Н., Завалишина С.Ю. Физиология пищеварения и обмена веществ. – М.:Лань, 2016. – 144 с.
3. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. – М.: Когито-Центр, 2009. – 240 с.
4. Abelin E.L. Role of the Father in the separation-individuation process. In: McDevitt, J. B./Settlage, C.F. (Hrsg.) Separation – Individuation. N.Y. Univ. press, 2000. – 341 p.
5. Mittelman B., Wolff H.G., Scharf M.P. Experimental studies on patients with gastritis, duodenitis, and peptic ulcer // Psychosomatic. – 2012. – № 53. – P. 34-39.
6. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. – Bern, 2002. – 312 s.

## **СЕМЬЯ КАК АБИЛИТАЦИОННАЯ СРЕДА В ПРОЦЕССЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

*Ростомашвили И.Е.*

**Частное образовательное учреждение высшего образования  
«Институт специальной педагогики и психологии»**

На всех этапах психического развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья – с момента рождения и до его взросления – семья выступает главенствующим институтом воспитания, создающим оптимальные условия для социализации подрастающего поколения. Каждый ребенок как нормально развивающийся, так и имеющий ограниченные возможности здоровья, априори нуждается в семейном окружении, в атмосфере счастья, любви и заботы. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья, как никто другой, нуждается в защите своего права на обычное достойное детство, которое обеспечивается непосредственно родителями и остальными членами семьи. Ребенок независимо от наличия или отсутствия у него ограниченных возможностей здоровья не может служить средством изменения жизненных обстоятельств взрослых, компенсатором их неудачи несбывшихся надежд.

С момента рождения он представляет собой потенциальную, а затем вполне реальную личность. Если именно личность ребенка, его психологическое и социальное становление, развитие и раскрытие творческого потенциала становятся целью родителей, то можно говорить о надежном психологическом фундаменте отношений между поколениями в семье.

Семья представляет собой микросоциум, в котором не только протекает жизнь ребенка, но и формируются его нравственные качества, доверие к людям, представления о характере межличностных отношений [2, 3]. Хотелось бы подчеркнуть, что семья – это и та среда, в которой у ребенка с отклонениями в развитии формируется также представление о самом себе, его «Я-концепция», где он принимает первые самостоятельные решения относительно себя, и где начинается его социальная природа, где он, в свою очередь, делает первые шаги в познании окружающего мира. Именно родители, выполняя основную семейную задачу - воспитание (которое невозможно рассматривать в отрыве от процессов развития и обучения), должны помочь ребенку с ограниченными возможностями здоровья стать компетентным человеком в различных областях жизнедеятельности, который использует конструктивные средства. Для формирования чувства собственного достоинства и достижения определённого социального статуса. Важность семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится в течение значительной части своей жизни, и по длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. В ней закладываются основы личности ребенка, и к поступлению в школу он уже более чем наполовину сформировался как личность [6].

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, рассматривает ее как абилитационную, так и реабилитационную структуру, изначально обладающую ресурсами к созданию максимально благоприятных условий для развития, воспитания и обучения ребёнка [1, 4]. Семья представляется как системообразующая детерминанта, обуславливающая социокультурный статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья и предопределяющая его дальнейшее психофизическое и социальное развитие [5,73]. Под специальной коррекционно-развивающей средой в семье понимаются внутрисемейные условия, которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с психофизическими недостатками. При этом особое внимание уделяется положительному влиянию близких на ребенка, созданию доверительных детско-родительских и родительско-детских отношений в семье, способствующих его обучению не только в специальном учреждении, но и дома. Складывающаяся такого рода внутрисемейная атмосфера рассматривается как коррекционная среда, которая своим гармоничным воздействием способствует полноценному развитию ребенка с ограниченными возможностями здоровья, формирует в нем положительные нравственные качества, доброе отношение к миру.

Семья – это тот институт воспитания, который обеспечивает и нормально развивающегося ребенка, и с отклонениями в развитии необходимым

минимумом общения, без которого он никогда не смог бы стать человеком и личностью. И вместе с тем никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья. Воспитательное воздействие семьи тем не менее ограничено. Оно обычно не выходит за рамки индивидуальных возможностей членов семьи, их собственного уровня развития, интеллектуальной и культурной подготовленности, а также материального благосостояния, условий жизни.

К сожалению, зачастую отклонения во внешности или в умственном развитии ребенка накладывают отпечаток на всю семью и отражаются на ее положении в обществе. Попытки родителей скрыть нарушения в развитии собственного ребенка и вести себя так, как будто бы все складывается благополучно, как правило, тем самым усугубляют ситуацию, создают большее напряжение. Таким образом, семья вынуждена перестраивать свой ранее сложившийся и привычный для всех членов семьи образ жизни.

Как отмечают многие специалисты, в поведении родителей, воспитывающих таких детей с самого раннего возраста, прослеживается ряд особенностей, среди которых неумение создавать ситуацию совместной деятельности, безэмоциональный характер взаимодействия, неадекватная позиция по отношению к собственному ребенку, неконструктивный стиль воспитания, недостаточное проявление потребности в общении с ребенком. Подобное неадекватное поведение родителей в свою очередь является деструктивным способом разрешения сложившейся стрессовой ситуации в семье, а как следствие, приводит к травматизации личности ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья, к отсутствию в данной атмосфере необходимых специальных коррекционных условий для его развития и обучения, а также к нарушению процесса его социализации.

Тем не менее практика показывает, что имеются семьи, воспитывающие ребенка с особыми потребностями, которые выстраивают конструктивные внутрисемейные взаимоотношения, занимают адекватную позицию по отношению к сложившейся в их жизни ситуации. Родители же, проявляющие активную жизненную позицию, психологическую готовность к организации воспитательного, образовательного пространства, доступного для их ребенка с отклонениями в развитии, на наш взгляд, должны руководствоваться следующими общими правилами:

- терпение – самое главное в стремлении родителей – желание привить ребенку с нарушениями в развитии прочные навыки. Порой будет казаться, что все усилия напрасны, так медленно усваивает ребенок необходимые умения и навыки. Но положительные результаты непременно будут, только для этого необходимо время;

- дифференциация действий – не следует стремиться к тому, чтобы ребенок с ограниченными возможностями здоровья овладел всем сразу, так как для него какое-нибудь сложное действие может быть сначала непосильным. В такой ситуации необходимо разделить действие на мелкие операции, добиваться поочередного и прочного усвоения каждой из них;

- эффективная коммуникация – обучая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, необходимо научить его пользоваться остаточными функциями, сохранными анализаторами, речью. Также необходимо, чтобы взрослый человек сопровождал собственные действия и действия самого ребенка вербальными высказываниями – речью, объяснял все подробно, обращал внимание на детали, стремясь к тому, чтобы и ребенок озвучивал («оречевлял») свои действия;

- сотрудничество – начиная обучать ребенка с отклонениями в развитии какому-либо действию, лучше всего использовать приём совместных действий, когда взрослый человек берет руки малыша в свои и старается производить действия совместно с ним. При использовании родителями этого приема лучше находиться сзади ребенка и примерно на его уровне. Обучение новым действиям также может производиться через подражание;

- свобода выбора – помощь родителями ребенку, имеющему различные отклонения в развитии, должна осуществляться в разумных пределах. Членам семьи следует помнить, насколько ребенок самостоятелен сегодня, настолько он свободен и счастлив завтра;

- эмоциональный настрой – обучение детей с ограниченными возможностями здоровья несовместимо со спешкой, раздражительностью. Важно выбрать время для занятий, когда ребенок в хорошем настроении, а сами родители никуда не торопятся;

- интересная игра – занятия с ребенком, имеющим отклонения в развитии, не должны быть излишне академичными, их лучше проводить в форме дидактической (обучающей) игры;

- эмпатия – родителям следует обязательно высказывать свое мнение по поводу успехов или неудач своего ребенка, имеющего отклонения в развитии, - ему очень важно чувствовать живое участие взрослых в важных для него делах.

Таким образом, подводя итоги всему вышеизложенному, хотелось бы акцентировать внимание на том, что современная семья, являясь определенным микросоциумом для ребенка как нормально развивающегося, так и с ограниченными возможностями здоровья, ориентируясь на опыт других семей и руководствуясь рекомендациями специалистов, тем самым приобретает психологическую готовность к выстраиванию конструктивных взаимоотношений между всеми членами семьи. Именно семья, обладающая подобной психологической готовностью, инициирует основополагающие ингредиенты, детерминирующие безбарьерное социокультурное внутрисемейное пространство, в котором ребенок с ограниченными возможностями здоровья чувствует себя принятым, самостоятельным, счастливым и где реализуются разнообразные его ресурсы, совместно преодолеваются неудачи и достигается успех.

## **Литература**

1. Краузе, М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь: Издательство центр «Академия», 2006. – 208 с.

2. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии [текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.М. Мастюкова, Э.Я Удалова. – М., Книголюб, 2007. – 119 с.
3. Солнцева, Л.И. Тифлопсихология детства. – М., «Полиграф сервис», 2000. – 250 с.
4. Ткачева, В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии [Текст] : диагностика и консультирование. – М., Книголюб, 2007. – 139 с.
5. Феокистова, В.А. Развитие навыков общения у слабовидящих детей / под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб., Речь, 2005. – 128 с.: ил.
6. Шилов, И.Ю. Фамилистика (психология и педагогика семьи). Практикум. – СПб.: Издательство «Петрополиус», 2000. – 220 с.
7. Шипицына, Л.М. Ребенок с нарушенным слухом в семье и обществе. Монография. – СПб., Речь, 2009. – 203 с.

### **ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ** *Рублева Н.В.<sup>1</sup>, Новикова С.Н.<sup>1</sup>, Соловьева А.А.<sup>2</sup>, Лебедев И.Ю.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Курский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>ОБУЗ «Курский областной противотуберкулезный диспансер»

**Актуальность исследования.** В Проекте глобальной стратегии и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом, представленном на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, основополагающее значение придается оказанию ориентированной на пациента социальной поддержки, выходящей за рамки учреждений здравоохранения и осуществляемой на дому, в семье, по месту работы и на уровне местных сообществ. Большое влияние семьи и образа жизни на здоровье человека общеизвестно. Среди факторов, которые влияют на здоровье, влияние образа жизни составляет 51-52%; биологических факторов – 19-20%; состояния окружающей среды 20-21%; объема и качества медпомощи – 8-9%. Как видно, образ жизни, влияющий на здоровье человека и включающий семейные обстоятельства, стоит на первом месте. Аспекты, касающиеся влияния семьи на здоровье, постоянно рассматриваются в различных разделах программной деятельности ВОЗ и, прежде всего, в разделе «Охрана и укрепление здоровья отдельных групп населения».

Семья как основная ячейка общества вносит существенный вклад в выполнение различных медико-социальных программ. При этом имеет значение взаимоотношение членов семьи, их здоровье, возраст и образование, уровень экономического обеспечения, санитарно-гигиенического поведения, а также образ жизни [1, 3].

Семья оказывает также существенное влияние на приверженность лечению отдельных ее членов. Под приверженностью лечению понимают согласие пациента следовать рекомендациям врача [5]. Сегодня идентифицировано более 250 факторов, так или иначе влияющих на

приверженность лечению [2]. Среди них важную роль играют факторы, связанные с личностью больного и его окружением [4]. К факторам окружения пациента относят отношения с медицинским персоналом и членами семьи. При этом важны не только доверительные отношения, взаимопонимание и должный контакт с медицинским персоналом, но и заинтересованное участие семьи больного в процессе лечения, которое позволяет минимизировать нарушения предписанных рекомендаций [5].

Интерес к проблеме приверженности больных туберкулезом легких к лечебным назначениям, предписанным врачом, обусловлен рядом причин.

Во-первых, современная парадигма оказания фтизиатрической помощи во всем мире направлена на последовательное долгосрочное лечение больных преимущественно в амбулаторных условиях. Это придает важное значение улучшению приверженности лечению, так как последнее в значительной мере обуславливает предупреждение обострений туберкулеза и максимально возможную для этих пациентов социальную адаптацию.

Во-вторых, у туберкулезных больных нарушение режима приема препаратов приводит к особенно тяжелым последствиям, затрагивающим течение и прогноз самого заболевания, социальную сферу пациентов и благополучие членов их семей, одновременно увеличивая материальные затраты общества.

На основании данных литературы можно заключить, что среди многообразия факторов, имеющих отношение к соблюдению пациентом режима лекарственной терапии, важную роль играет взаимодействие пациента с окружающей средой, под которой подразумевается семья больного, ее социальная и финансовая поддержка заболевшего.

**Цель исследования.** Оценить влияние семьи на способность и готовность больных туберкулезом легких следовать врачебным рекомендациям.

**Материал и методы исследования.** Из числа больных с впервые выявленным туберкулезом легких рандомизированным методом отобрано 150 чел. в возрасте от 30 до 60 лет, в том числе, 100 мужчин и 50 женщин. Очаговый туберкулез был выявлен у 20, инфильтративный – у 90, диссеминированный – у 40 человек Фаза распада установлена у 100, бактериовыделение – у 110 человек. В зависимости от наличия семьи и ее влияния на ход лечения все больные были распределены в три группы по 50 чел. каждая.

1-я группа состояла из больных, состоявших в зарегистрированном или гражданском браке, причем члены семьи навещали больного в стационаре и обсуждали с лечащим врачом ход проводимого лечения.

2-я группа, со слов больных, имела семью, но члены семьи не интересовались состоянием здоровья пациента и не навещали его в период стационарного лечения.

Пациенты 3-й группы отрицали наличие семьи – были в разводе или никогда не имели семьи.

Всем больным при поступлении и после окончания интенсивной фазы лечения проводилось комплексное клиничко-рентгенологическое исследование,

включающее количественную оценку приверженности лечению. Методика разработана на кафедре фтизиопульмонологии КГМУ (Патент России № 2611398) и предполагала опрос больного по оригинальной анкете. Анкета была составлена таким образом, чтобы выявлять не только объективные факторы, мешающие лечению, например, побочное действие лекарств или не сложившийся профессиональный контакт с медперсоналом, но и давать оценку таких субъективным факторам, как стресс, фрустрация, стигматизация, легкая внушаемость и пристрастие к алкоголю. Анкета являлась сфокусированной, т.е. содержала только одну тему: «Приверженность лечению больных туберкулезом» и была предназначена для самостоятельного заполнения больными после их добровольного согласия.

Язык анкеты был свободен от частых клише, газетных штампов, стереотипных оборотов, приближался к разговорной речи обследуемой совокупности лиц и оперировал ситуациями, достаточно близкими и понятными респондентам. Респондент не решал в ходе анкетирования сложных задач, отнимающих у него много времени, поэтому количество вопросов было ограничено 80, а ответы на них требовали не более 20-30 минут.

Степень приверженности лечению определялась путем подсчета положительных и отрицательных «сырых» баллов и перевода их в звезды. Использование анкеты являлось скрининговым методом, имеющим определенные ограничения, поэтому проводилась дополнительная индивидуальная работа с больными с целью предупреждения возможных ошибок при ее использовании. Благодаря индивидуальному характеру анкеты, врач имел возможность оценивать результаты тестирования в последующих беседах и в сопоставлении с дневниковыми данными истории болезни. В результате создавалась адекватная психофизиологическая ситуация. С помощью данной методики выделялись группы больных, нуждающиеся в психологической и социальной поддержке. В дальнейшем врач, оценив степень приверженности больного лечению и основные снижающие ее факторы, имел возможность назначать и проводить различные методы, направленные на их нейтрализацию и, следовательно, повышать приверженность лечению и соответственно качество лечения и реабилитации. Использовались различные методики, в проведении которых участвовал весь медицинский персонал, а также психологи и социальные работники. Лечение больных проводилось согласно существующим стандартам.

**Полученные результаты и их обсуждение.** В ходе проведенного исследования установлено неравномерное распределение больных по группам наблюдения.

В 1-й группе находились больные с достаточно ограниченными формами заболевания: очаговый туберкулез был у 10 (20%), инфильтративный – у 35 (70%), диссеминированный – у 5 (10%) человек. Фаза распада наблюдалась у 24 (48%), бактериовыделение – у 30 (60%) больных.

Во 2-й группе очаговый туберкулез был у 8 (16%), инфильтративный – у 40 чел. (80%), диссеминированный – у 2 (4%) человек. Фаза распада и бактериовыделения встречались почти так же часто, как в 1-й группе,

соответственно у 30 (60%) и 32 (64%) человек. Соотношение больных по формам заболевания в 1-й и 2-й группах существенно не различалось.

В то же время 3-я группа была представлена наиболее распространенными формами туберкулеза. Очаговый туберкулез был всего у 2-х (4%), инфильтративный – у 15 (30%), диссеминированный – у 33 (66%) больных. Причем у большинства пациентов 3-й группы наблюдались фаза распада (у 46 чел. или 92%) и бактериовыделение – (у 48 чел. или 96%).

Острота клинических проявлений была больше выражена у пациентов 1-й группы. У них чаще обнаруживались жалобы на субфебрильную температуру тела, потливость, снижение веса, быструю утомляемость по сравнению с больными 2-й и 3-й групп. Мы объясняем это большей выраженностью экссудативных реакций на фоне своевременного выявления заболевания и большим вниманием семейных больных к своему самочувствию. Об этом же свидетельствует более короткий срок, прошедший от момента первых проявлений болезни до момента выявления. Так, в 1-й группе он был равен  $36,0 \pm 3,0$ ; во 2-й –  $64,0 \pm 4,0$ ; в 3-й группе  $90,0 \pm 2,0$  дней. Меньшая острота клинических проявлений во 2-й и, особенно, в 3-й группе, по-видимому, объясняется несвоевременным выявлением туберкулеза, принявшего хронический характер течения, а также невниманием одиноких больных к состоянию своего здоровья.

Отмечена существенная разница в средних показателях приверженности лечению у больных разных групп. Если в 1-й группе показатель был равен  $6,5 \pm 0,8$  стенов, то во 2-й группе  $4,6 \pm 0,6$  стенов, а в 3-й группе –  $3,1 \pm 0,9$  стенов. Разница статистически достоверна ( $P \leq 0,05$ ).

Нарушение больничного режима чаще всего наблюдалось среди пациентов 3-й группы, что отразилось на эффективности проводимого лечения. К окончанию интенсивной фазы лечения у 45 больных 1-й группы и 40 2-й группы обнаружена выраженная положительная динамика. Они были выписаны на амбулаторное лечение в фазе продолжения. В 3-й группе таких больных было всего 20 человек. У 10 из них была обнаружена устойчивость микобактерий к основным противотуберкулезным препаратам и срок стационарного лечения был продолжен. 8 пациентам было предложено оперативное вмешательство, от которого они отказались. Еще 12 человек необоснованно прервали лечение и были выписаны из стационара за нарушение больничного режима.

#### **Выводы:**

1. Семья и ее внимательное отношение к родственникам, заболевшим туберкулезом, влияют на своевременность выявления заболевания и его распространенность в легких.

2. Приверженность лечению больных туберкулезом легких существенно зависит от их семейного положения и сотрудничества членов семьи с медицинским персоналом противотуберкулезного стационара.

3. Эффективность лечения туберкулеза определяется высокой приверженностью лечению, которая больше выражена у семейных ( $6,5 \pm 0,8$  стенов), чем у одиноких ( $3,1 \pm 0,9$  стенов) больных.

## Литература

1. Капитонов, В.Ф. Медико-демографические процессы и сельская семья / В.Ф. Капитонов, О.М. Новиков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 5. – С. 8-10.
2. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 4, № 6. – С. 21-25.
3. Коротков Ю.А., Фисенко С.В., Варенников И.И. О состоянии и формах внедрения общей врачебной практики в регионах России // Проблемы городского здравоохранения: Сб. науч. тр. СПб., 1997. – Вып. 2. – С. 56-60.
4. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to Medication. - N. Engl J Med. 2005. –V. 353. – P. 487-497.
5. World Health Organization: Report on Medication Adherence. Geneva. World Health Org. – 2003.

## МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ ЖЕНЩИНЫ В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬЕ

*Рышкова А.В., Новичкова Т.А., Фетисова Е.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

Процессы глубокой трансформации общественных отношений, изменения социальных ценностных приоритетов, образа жизни людей воздействуют на институт семьи и положение в ней женщины. Рассмотрим роль женщины в современной семье.

Функция – это определенные действия по реализации потребностей. Она отражает связь семейной группы с обществом. В семье – это набор исторически обусловленных форм деятельности, роль и значение которых меняется в каждую историческую эпоху. Семья, где осуществляются межличностные отношения, имеет свои законы развития и функции. Функция – выполнение определенной роли в социальной системе или в малой социальной группе – семье. Это зависимость между различными социальными процессами. Это действие, ставшее стандартизированным, регулируемое определенными нормами и контролируемое определенной группой или обществом.

Рассмотрим функции, которые в семье выполняет женщина. Функция, определенная для женщины самой природой, это репродуктивная функция. Биологическое воспроизводство в обществе в первую очередь зависит от женщины. Однако сам процесс увеличения населения в стране зависит от многих факторов, в том числе от материального, нравственного, культурного, от характера отношений в семье и многих других.

Репродуктивная функция женщины – это естественный биологический процесс, в котором участвуют как женщина, так и мужчина. Деторождение социально обусловлено, поскольку связано не только с семьей, но и обществом. Женщина в выполнении этой функции играет незаменимую главную роль. Однако выполнение этой функции за последнее время заметно осложнилось. В

настоящее время демографы, психологи, социологи единодушно отмечают, что желание иметь в семье большое количество детей заметно снизилось. По данным за период 1992-1998 гг. примерно на 36% сократилось рождение детей. В последующие годы коэффициент рождаемости продолжал снижаться. Снижение уровня жизни большей части населения страны в годы экономического кризиса и политическая нестабильность явились главной причиной столь «обвального» снижения рождаемости в нашей стране в 90-х годах. Причем главным образом сокращение интенсивности рождений произошло не из-за отказа женщин от первого ребенка, а из-за сокращения числа рождений вторых, третьих и последующих детей. Социологические опросы показывают, что в Российской Федерации до 21% опрошенных семей хотели бы иметь 3 детей и более, но не могут этого себе позволить.

Выполнение репродуктивной функции тесно связано с состоянием здоровья женщин. В последние годы ухудшились показатели заболеваемости женского населения эндометриозом, воспалительными заболеваниями и женским бесплодием. Выросло количество осложнений беременности, родов и послеродового периода. Рост инфекций, передаваемых половым путем, высокий уровень абортот являются чаще всего причиной бесплодия в браке. В настоящее время около 15% супружеских пар страдают бесплодием, в структуре которого 50-60% составляет женское бесплодие.

Раннее начало половой жизни привело к увеличению частоты беременности в юном возрасте – в последние годы каждый 10-й ребенок рождается у матери моложе 20 лет. Более того, потребность рождения ребенка все чаще не связывается с созданием полной семьи. Увеличилось количество внебрачно рожденных детей – в 2001 г. 28,8% всех родившихся детей родилось вне брака, а на отдельных территориях РФ этот процент еще выше. Одновременно снижается количество зарегистрированных браков и растет число разводов.

Воспитательная функция должна выражаться в осознанном подходе к возможности эффективного социального воздействия на ребенка, особенно в первые годы его жизни. Присутствие интеллекта, эмоций, вкусов, собственных взглядов, привычек родителей – залог воспитания при обязательном присутствии супружеской и родительской любви, собственного положительного примера, а также умелого словесного воздействия, через непосредственное общение, трудовую деятельность, личный пример окружающих, поощрение и наказание, оценку реального поведения.

Экономическая функция выполняется обоими родителями, если это полная семья, или женщиной (чаще всего) при наличии неполной семьи. В основе этой функции лежит материальное обеспечение семьи, экономическая поддержка несовершеннолетних и нетрудоспособных.

Воспроизводство рода не означает только выполнение функции деторождения в ее социальном содержании. Необходимы также воспроизводство средств к жизни, реализация потребностей в питании, одежде, жилище и др. Эта функция вечна, поскольку она имеет природно-

биологическую сторону, детерминированную существующим экономическим базисом, а также уровнем духовной культуры.

Хозяйственно-бытовая – удовлетворение потребностей в пище, одежде, жилище, восстановлении сил, поддержание здоровья, уход за детьми, совместная деятельность членов семьи по производству предметов потребления и услуг или получение их от отдельных ее членов.

Эту функцию практически выполняет женщина, что накладывает отпечаток на ее социальный статус в семье, в основе которого лежит её подчиненное положение, несмотря на профессиональную подготовку, занятость на общественном производстве. Женщины выполняют более 2/3, а мужчины менее 1/3 неоплачиваемой домашней работы и деятельности, связанной с воспитанием детей и по уходу за ними. В 71% семей забота о членах семьи и работ по домашнему хозяйству является прерогативой женщин. У женщин стирка белья, глажение, мытье полов, приготовление пищи, чистка одежды отнимает более 140 рабочих (продолжительностью 8 часов) дней или почти семь рабочих месяцев (при 21 рабочем дне в месяц).\* Культура домашних отношений воспитывается на основе общих принципов этики и эстетики нашего общества.

Функция первичного социального контроля – моральная регламентация поведения членов семьи в различных сферах жизнедеятельности, а также ответственность и обязательность в отношениях между супругами, родителями и детьми, представителями старшего поколения.

Эту функцию также выполняет прежде всего женщина. Она осуществляет формирование и поддержку правовых и моральных санкций при нарушении моральных норм взаимоотношений между членами семьи. При удачном воспроизводстве социальной структуры общества в малой социальной группе, соответствующей общим требованиям, обеспечивается предоставление социального статуса каждому члену семьи, и создаются условия для удовлетворения индивидуальных потребностей в его изменении.

Досуговая функция предполагает организацию рационального досуга, духовное общение, поддержание гармонии в семье между её членами, проведение праздников, вечеров отдыха, туристических походов, чтение художественной и научной литературы, просмотр телепередач, прослушивание радио, посещение кино, театров, музеев и др.

Досуг – это смена деятельности, исключая праздное времяпрепровождение. Если человек не знает, что ему делать в свободное время, то у него, по словам К.Д. Ушинского, портятся голова, сердце и нравственность.

Следует отметить, что этой функции мало уделяют внимания родители, особенно отцы. В большей степени это осознает женщина. Организация досуга – это социальная функция, моральный долг перед обществом, поскольку способствует нравственному укреплению семьи. Особенно важно поддержание стремления детей к общению в клубах, походах и др. общение с природой, по словам К.Д. Ушинского, по силе своего влияния на формирование человека настолько велико, что с ним не может соперничать даже педагог. Пробудить любовь к природе, чуткое отношение к ней, уметь видеть красоту –

чрезвычайно важный момент в воспитательной деятельности семьи. Увеличение досуга связано с увеличением свободного времени, представляющего меру богатства общества, предназначенного для образования, интеллектуального развития, общения, духовного совершенствования. Увеличение свободного времени и рациональное его использование – проблема большой социальной важности, показатель прогресса общества.

С этой функцией, с точки зрения соответствующего воспитания, плохо. Таким образом, можно сделать вывод о том, что многофункциональная роль женщины в современной семье не может быть оправдана ни теоретически, ни практически. Необходимо разработать национальный механизм управления социальными процессами, определяющими положение женщин в малой социальной группе и создание условий для практического применения в жизни уравнивающей теории.

## **К ВОПРОСУ О СЕМЕЙНЫХ УСТАНОВКАХ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К СУПРУЖЕСТВУ**

*Сердюкова Н.С., Алюшина Д.С., Палий М.И.*

**Курский государственный медицинский университет**

Семья и семейные ценности во все времена занимали ведущее место в системе жизненных приоритетов любого человека. В настоящее время современное общество находится в процессе постоянной трансформации, и семья изменяется вместе с обществом. Изменяются виды семейных отношений, система власти и подчинения в семье, роли и функциональная зависимость супругов, положение детей [2]. Возникает множество проблем при вступлении в супружеские отношения. Анализ ряда современных исследований позволяет выделить тенденцию раннего вступления в брак и скоропалительные разводы. Основными причинами, на наш взгляд, являются неготовность будущих супругов к новым ролям, нарушение коммуникаций, неумение правильно решать конфликтные ситуации на первых этапах жизненного цикла семьи, а так же семейные установки, привнесенные в молодую семью из родительских семей [4, 5, 6, 7].

Ряд исследователей дают следующее определение понятию семья – социальный институт, базовая ячейка общества, сообщество, основанное на браке супругов (отца, матери) и их холостых детей (собственных и усыновленных), связанных духовно, общностью быта и взаимной моральной ответственностью.

В современной науке выделяют ряд теоретических подходов к пониманию и грамотному применению семейных установок при создании новой ячейки общества. Семейными установками принято считать позицию личности в отношении брака и семьи, сформированную на основе опыта, которая определяет состояние готовности к браку и поведение человека в брачно-семейной сфере.

Изучение брачно-семейных установок молодежи представляет

определенный интерес с точки зрения прогнозирования тенденций рождаемости и стабильности воспроизводства института семьи в будущем. На формирование брачно-семейных установок оказывает влияние целый ряд условий: образ жизни родительской семьи, родственников; социально-экономическое развитие страны и политика государства в сфере брачно-семейных отношений; личные установки и потребности человека [6].

При проведении анализа ценностных приоритетов семейного воспитания необходимо ознакомиться с базовыми подходами: онтологическим, аксиологическим, социокультурным и культурологическим. *Онтологический подход* позволяет рассмотреть семейное воспитание как основанное на изначальном духовном единстве событие родителей и ребенка в жизненном пространстве, а становление неповторимой индивидуальности детской личности — как результат такого события. *Аксиологический подход* является основой поиска оптимального соотношения традиционных и новых элементов системы ценностей семейного воспитания в быстро меняющемся обществе, а также поиска путей содействия формированию аксиологической культуры современных родителей. *Социокультурный подход* позволяет опираться на тезис о том, что стабильность и эффективность воспитательной системы социума обеспечиваются активностью восприятия, осмысления и раскрытия в современных условиях первоначального контекста ценностей, свойственных отечественной культуре, с целью сохранения и приумножения социокультурного опыта. *Культурологический подход* дает возможность определения принципа культуросообразности в качестве базового для семейного воспитания [7].

Интегрированное использование положений данных подходов позволяет выделить ряд личностных качеств молодых людей способствующих психологической готовности к браку:

1. Формирование определенного нравственного комплекса готовности личности принять на себя новую систему обязанностей по отношению к своему брачному партнеру, будущим детям.
2. Подготовленность к межличностному общению и сотрудничеству.
3. Способность к самоотверженности по отношению к партнеру (включая способность к соответствующей деятельности, основанной прежде всего на качествах и свойствах альтруизма любящего человека).
4. Наличие качеств, связанных с проникновением во внутренний мир человека, эмпатийный комплекс.
5. Высокая эстетическая культура чувств и поведение личности.
6. Умение разрешать конфликты конструктивным способом, способность к саморегуляции собственной психики и поведения.

Что касается самой подготовки личности к браку и семейной жизни, то здесь весьма значительным является формирование у нее, начиная с детского возраста, самостоятельности, ответственности за собственные действия, способности к разрешению семейных проблем, сложных жизненных ситуаций. Как известно, основополагающими факторами устойчивости, стабильности семьи является ответственное отношение молодежи к созданию семьи.

Готовность личности и ее способность к самостоятельной жизни, к ответственности за супруга и будущих детей должны составлять основу брачного союза [4].

Для подготовки молодых семей г. Курска к супружеству в Курском государственном медицинском университете разработана комплексная программа обучения молодых семей успешным семейным коммуникациям, конструктивным способам разрешения конфликтов в паре, формированию семейных традиций и т.д. В течение нескольких лет успешно функционируют: проект «Согласись на счастье в своей жизни», направленный на подготовку молодых людей к вступлению в брак, формирование навыков продуктивного разрешения конфликтов, просвещение молодежи в области семейных отношений, подготовку к родам, оказание социально- психологической помощи молодым семьям г. Курска [1, 2]; клуб студенческой семьи при кафедре социальной работы и безопасности жизнедеятельности; при ряде структурных подразделений КГМУ (психологический центр, социальный центр) проводятся индивидуальные и групповые консультации студентов.

Таким образом, подготовка молодежи к супружеству должна осуществляться комплексно. Ранняя подготовка к супружеству, по нашему мнению, будет способствовать снижению уровню разводов и повышению качества партнерских отношений.

### Литература

1. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Мясникова К.А. Проблемы подготовки молодых супружеских пар к ответственному родительству // Молодежь в современном мире материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2015. – С. 191-194.76.

2. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Шуваева Т.И. Проблемы формирования взаимоотношений в молодой семье на ранних стадиях ее развития // Молодежь в современном мире материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2015. – С. 189-191.

3. Лагойда Н.Г. Проблема подготовки современной молодежи к браку и пути ее решения // Вестник БГУ. 2013. № 5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/problema-podgotovki-sovremennoy-molodezhi-k-braku-i-puti-ee-resheniya> (дата обращения: 10.05.2017).

4. Лазарев А.И., Лазаренко В.А., Блинков Ю.А., Шульгина Т.А. Молодая семья в современных социокультурных условиях. – Курск, 2009.

5. Лазаренко В.А., Конопля А.И., Черных А.М., Шульгина Т.А. Формирование здорового образа жизни студентов // Монография. – Курск, 2013.

6. Новикова Е.Н. Брачно-семейные установки студенческой молодежи: перспективы развития института семьи // Вестник МГУ. 2007. № 2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/brachno-semeynye-ustanovki-studencheskoy-molodezhi-perspektivy-razvitiya-instituta-semi> (дата обращения: 7.05.2017).

7. Потаповская О.М. Ценностные приоритеты семейного воспитания в России // Вестник ПСТГУ. Серия 4: Педагогика. Психология. 2011. № 20. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/tsennostnye-prioritety-semeynogo-vozpitanija-v-rossii>

(дата обращения: 8.05.2017).

8. Черных А.М., Шульгина Т.А., Чекрыгина А.В., Савенкова К.С., Киричук Е.С. Формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни студентов в системе многоуровневого профессионального образования // Методическое пособие. – Курск, 2013.

**ПОМОЩЬ СЕМЬЕ В СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ  
РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ  
ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ  
ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ГУМАНИТАРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Скобликова Т.В., Скриплева Е.В., Андреева В.Ю.*

**ФГБОУ ВО «Юго-Западный государственный университет»**

В условиях современного развития общества одной из самых актуальных является проблема становления и развития каждой отдельно взятой личности, при этом наиболее актуальной становится эта проблема для лиц с особыми потребностями. ЮНЕСКО выступает за поддержку равенства возможностей для людей-инвалидов [2]. Инклюзивное образование в целом, и физкультурное инклюзивное образование, в частности, таким образом, стремится развить научную методологию, направленную на личностное развитие и утверждающую, что все люди – индивидуумы с различными потребностями в обучении и воспитании. Следует отметить, что инклюзивное образование направленно изучает и разрабатывает научные подходы к преподаванию и обучению, которые способствуют более гибким образовательно-развивающим вариациям для удовлетворения различных потребностей в обучении, направленным на социально-культурную интеграцию ребенка с ограниченными возможностями посредством совместной деятельности образовательного учреждения и семьи. В результате такой деятельности, с полной уверенностью можно утверждать, что преподавание и обучение являются более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование в целом, и физкультурное инклюзивное образование, в частности. И в итоге происходит преобразование не только у людей с особыми потребностями, у членов их семьи, но и в целом в обществе! В этом процессе важное значение имеет взаимодействие школы и семьи, направленное на социально-культурную интеграцию ребенка с ограниченными возможностями посредством применения специалистами по физической культуре гуманитарных технологий в условиях инклюзивного образования [1, 2, 10, 11].

Физическая культура и спорт обладают той уникальной системой возможностей, которые позволяют использовать их целенаправленно, включая совокупность тех или иных средств, которые соответствуют «зоне ближайшего развития» и находятся в соответствующей мотивационно-ценностной зоне занимающегося и направлены на социально-культурную интеграцию ребенка с ограниченными возможностями.

В процессе физического воспитания очень важно, чтобы у занимающегося произошло глубокое осознание личной значимости систематических занятий физической культурой и спортом. Только в этих условиях возникает устойчивая потребность в физическом самосовершенствовании, в необходимости соблюдения здорового образа жизни [3].

Исходя из основной цели физического воспитания – формирование физической культуры личности, в наших предыдущих исследованиях осуществлено рассмотрение современных теоретических представлений понятийного поля категории «физическая культура» [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Что позволило определить содержание категории «физическая культура личности» как целостное, многоуровневое и многокомпонентное образование, включающее в себя мотивационно-ценностный, ориентационный, операциональный, энергетический, оценочный компоненты, а также убеждения в режиме методологической рефлексии (понимание) как внутренний план сознания (самосознания) и детерминированное свойствами интегральной индивидуальности [5, 6]. Единство компонентов, составляющих сущность и структуру физической культуры личности, которые обслуживают потребностно-мотивационную, интеллектуальную, духовно-нравственную и деятельностно-практическую сферы личности, обеспечивает новизну мышления и физкультурно-оздоровительной деятельности, что способствует активизации личности [5, 6, 11]. В процессе взаимодействия семьи и школы осуществляется целенаправленное формирование физической культуры личности ребенка с особыми потребностями. Понимание социально-культурной значимости физической культуры всеми членами семьи имеет весьма важное значение в целостном развитии личности ребенка с особыми потребностями, в укреплении семьи.

В результате проведенного анализа определено, что ведущей характеристикой физической культуры личности выступает ее направленность, представленная в виде блока цели и его трех критериев: осознанность ценностей физической культуры и отношение к ним; действия по выбору этих ценностей; реализация их в качестве личных целей физкультурной деятельности; а также ее содержание, критериями которого избраны: осознание роли методологии в личностном преобразовании; отношение к методологии физической культуры; факт реального использования методологии в практической физкультурной деятельности. Важной характеристикой физической культуры личности выступает способ проявления ее направленности и содержания (операциональный блок), критерии которой: осознание системы принципов, способов организации и построения теоретической и практической физкультурной деятельности; отношение к видам физкультурной деятельности в целом; факт реализации методологии психологии и педагогики в физкультурной деятельности [5, 6].

Указанные положения выступают как методологические ориентиры в процессе педагогического проектирования организационно-педагогической модели формирования физической культуры личности занимающихся в

системе инклюзивного образования и выступают ключевыми позициями при взаимодействии с родителями и другими членами семьи [5].

Опираясь на вышеотмеченные философские, педагогические и психологические методологические положения, касающиеся проблемы физической культуры личности, проведен анализ теоретико-практических аспектов физической культуры в сфере инклюзивного образования как базовой основы формирования физической культуры личности подрастающего поколения [5]. Образовательная область «Физическая культура» имеет своим учебным предметом один из видов культуры человека и общества, в системном основании которого лежит физкультурная деятельность, направленная на социально-культурную интеграцию ребенка с ограниченными возможностями. Данная деятельность характеризуется целенаправленным развитием и совершенствованием духовных и природных сил человека и выступает как условие и результат формирования физической культуры личности, но для реализации целей и задач, стоящих перед физической культурой в системе инклюзивного образования, необходим мониторинг ее функционирования и своевременное внесение необходимых корректив в ее развитие. Содержание физического воспитания в целостной системе формирования физической культуры личности раскрывается в стимулировании учебно-познавательной и практической деятельности по овладению ценностями физической культуры, преобразованию их в личностно значимые и передаче ее окружающим [5, 6, 11]. Соответственно понимание социально-культурной значимости физической культуры всеми членами семьи имеет весьма важное значение в целостном развитии личности ребенка с особыми потребностями, в укреплении семьи, в интеграции детей в современное общество.

В связи с вышесказанным возникла необходимость разработать специальную организационно-педагогическую модель физического воспитания в системе инклюзивного образования, которая позволяла бы воздействовать на личностную мотивацию, затронуть проблему самореализации и самоактуализации личности, так как только в этом случае можно было бы оказывать формирующее влияние на личность средствами физической культуры. Различных факторов, влияющих на условия реализации физкультурного образования на сегодняшний день достаточно много, а их воплощение происходит в процессе непосредственной деятельности [10, 11]. Однако данная проблема требовала дальнейшего изучения в связи со сложившимся противоречием между широким спектром возможностей спорта и физической культуры для удовлетворения индивидуальных и групповых запросов детей с особыми потребностями и слабой дифференциацией реальных возможностей занятий по направленности, ограничивающих привлечение их к этой сфере деятельности. Поэтому понимание социально-культурной значимости физической культуры всеми членами семьи, использование ее средств в повседневной жизнедеятельности, имеет весьма важное значение в целостном развитии личности ребенка с особыми потребностями, в укреплении семьи.

Таким образом, проведенный анализ применения специалистами по физической культуре гуманитарных технологий в условиях инклюзивного образования способствует формированию психолого-педагогических механизмов образовательной интеграции детей-инвалидов. А это, в свою очередь, обеспечивает им право на жизнь в обществе, способствует социально-культурной интеграции ребенка с ограниченными возможностями, адаптации семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям, обучению и воспитанию детей-инвалидов.

### Литература

1. Виленский М.Я. Физическая культура в образовании и науке: Монография / М.Я. Виленский, Т.В. Скобликова, Л.И. Лурье. – М., 2013. – 288 с.

2. Право на жизнь в обществе: механизмы образовательной интеграции детей-инвалидов: пресс-релиз конференции // Центр социальной политики и гендерных исследований, 2007. – Режим доступа: [http://www.socpolicy.ru/activity/projects/2007/title\\_proj\\_inclus](http://www.socpolicy.ru/activity/projects/2007/title_proj_inclus).

3. Скобликова Т.В. Здоровье ученика в образовательном процессе: личностный аспект: Учебное пособие / Т.В. Скобликова. – Курск, 2000. – 132 с.

4. Скобликова Т.В. Теоретические и методологические проблемы развития личности средствами физической культуры в системе непрерывного образования / Т.В. Скобликова // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2000. – № 2. – С. 54-59.

5. Скобликова Т.В. Становление физической культуры студентов в педагогическом вузе: дис. ...доктора пед. наук. – Курск, 2001. – 366 с.

6. Скобликова Т.В. Становление физической культуры личности в образовании: Монография / Т.В. Скобликова. – Курск, 2000. – 204 с.

7. Скобликова Т.В. Содержание и структура построения организационно-педагогической модели становления физической культуры личности студента в университете / Т.В. Скобликова, Е.В. Скриплева, В.Ю. Андреева // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2014. – № 4. – С. 104-110.

8. Скриплева Е.В., Скобликова Т.В. Профессиональная подготовка специалистов по физической культуре в современных условиях / Е.В. Скриплева, Т.В. Скобликова // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2008. – № 3. – С. 72-75.

9. Скобликова Т.В. Теоретические и методологические аспекты развития личности средствами физической культуры в системе непрерывного образования / Т.В. Скобликова, Е.В. Скриплева, В.Ю. Андреева // Психология и педагогика XXI века: теория, практика и перспективы ООО «Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс». 2016. – С. 373-375.

10. Швыдкая Н.С. Модернизация физкультурного образования в школе посредством применения информационных технологий / Н.С. Швыдкая, Т.В. Скобликова // Культура физическая и здоровье. – 2012. – № 5. – С. 74-76.

11. Ходусов А.Н. Формирование методологической культуры учителя: дис. ... доктора пед. наук. – М., 1997. – 423 с.

## **ЗАВИСИМОСТЬ АТТРИБУТИВНОГО СТИЛЯ СУПРУГОВ ОТ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК**

*Солнцева Н.В., Филатова Е.Г.*

**ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена**

Атрибутивный стиль, или стиль объяснения, – это когнитивная личностная характеристика, отражающая характерный устойчивый способ объяснения причины происходящих событий [2]. Атрибутивный стиль определяет восприятие происходящих событий и приписывание ответственности за происходящее в контексте жизненных ситуаций [3].

На сегодняшний день недостаточно изученными являются факторы определяющие на атрибутивный стиль в зрелом возрасте. Поэтому исследование данной проблематики в контексте семейных отношений является чрезвычайно значимым не только с практической, но и теоретической точки зрения [1][2].

Было проведено пилотажное исследование изучения зависимости атрибутивного стиля супругов от социально-демографических характеристик. В нем приняли участие 20 семейных пар (всего 40 испытуемых). Для изучения атрибутивного стиля были использованы методики СТОУН-В. Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, В.Ю. Шевяховой и методика ТАС Л.М. Рудиной. Для изучения взаимосвязи использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Рассмотрим результаты, полученные на мужской выборке.

При анализе взаимосвязи шкал методики ТАС Л.М. Рудиной с социально-демографическими характеристиками была выявлена одна характеристика, отрицательно связанная с атрибутивным стилем: наличие детей. Факт наличия детей и необходимость заботы о них связан со снижением возможности в достижении поставленных целей, рассмотрении неблагоприятных событий как постоянных и значительных, и пессимистичным стилем атрибуции. Опыт родительства в целом связан с различными аспектами пессимистичного атрибутивного стиля.

При анализе взаимосвязи шкал методики СТОУН-В Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, В. Ю. Шевяховой с социально-демографическими характеристиками было выявлено четыре характеристики, отрицательно связанные с атрибутивным стилем: возраст, стаж брака, повторный брак, наличие детей.

С возрастом показатели широты взглядов на успех становятся ниже, ситуация успеха воспринимается более локально, снижаются общие показатели оптимизма и соответственно появляется тенденция к пессимистическому атрибутивному стилю. Эти результаты совпадают с имеющимися в литературе данными о том, что с возрастом в мотивации достижения возрастает мотив избегания неудачи и снижается мотив стремления к успеху [4].

В ситуации единственного брака (наличия опыта только позитивной ситуации развития отношений) существует представление о стабильности и глобальности успехов и случайности и локальности неудач, проявляется общая тенденция к оптимистичному атрибутивному стилю и к оптимистичному атрибутивному стилю в межличностных отношениях в частности. Но при этом

успешный брак воспринимается как везение. В случае повторного брака, то есть после негативного опыта в семейной жизни (развода), картина меняется на противоположную: общие показатели оптимизма снижаются, происходит сужение восприятия глобальности успехов в отношениях, успехи в целом начинают восприниматься как локальные и случайные, а неудачи как закономерные и глобальные, соответственно появляется склонность к пессимистическому атрибутивному стилю. Но при этом возрастает уровень контроля ситуации, то есть происходящие события начинают восприниматься, как результат собственных действий.

Стаж брака отрицательно связан с параметрами Глобальность и Общий показатель оптимизма. То есть, чем более длительными являются семейные отношения, тем в большей степени имеющиеся успехи в браке не рассматриваются как показатель общего благополучия. Брак воспринимается скорее как череда неудач и разочарований, чем успехов и достижений.

Опыт родительства проявляется в снижении различных аспектов оптимистичного атрибутивного стиля. Успехи воспринимаются как локальные, существует глобальность в объяснении негативных событий, приписывание неудач себе и своим личностным качествам, возможность достижения успехов в различных сферах деятельности воспринимается как низкая, вероятно, в силу того, что дети требуют большого количества времени и ресурсов, которых не хватает на другие сферы жизни.

Итак, на основании пилотажного исследования было выявлено, что единственный брак в мужской выборке положительно связан с оптимистическим атрибутивным стилем и различными его проявлениями; а четыре социально-демографические характеристики – возраст, стаж брака, повторный брак, наличие детей – с пессимистичным. Из данных факторов только наличие детей выявлено на обеих методиках. Из данных факторов только взаимосвязь возраста с изменением атрибутивного стиля с оптимистического на пессимистический является теоретически обоснованным. Остальные три фактора представляются новаторскими, значимыми и для их подтверждения требуют дальнейшего более детального изучения.

Рассмотрим результаты, полученные на женской выборке.

При анализе взаимосвязи шкал методики ТАС Л.М. Рудиной с социально-демографическими характеристиками было выявлено, что только один параметр атрибутивного стиля данной методики связан с социально-демографическими характеристиками: Я-успешность. С ним положительно связаны три социально-демографические характеристики: возраст, стаж брака, официальный брак. То есть с возрастом, с длительностью официальных брачных отношений возрастает персонализация успехов, то есть происходит констатация своих заслуг и растет уверенность в своих возможностях.

При анализе взаимосвязи шкал методики СТОУН-В Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, В. Ю. Шевяковой с социально-демографическими характеристиками было выявлено две характеристики, отрицательно связанные с атрибутивным стилем: повторный брак, единственный ребенок.

В ситуации единственного брака проявляется тенденция к оптимистичному атрибутивному стилю, то есть существуют представления о стабильности и глобальности успехов и случайности и локальности неудач. В случае повторного брака картина меняется на противоположную. То есть наблюдается та же тенденция, что и в мужской выборке, но выраженная более локально.

Опыт воспитания ребенка связан с пессимистической атрибуцией: успехи воспринимаются как временные, а неудачи как закономерные и постоянные, появляется глобальность в объяснении негативных событий, приписывание неудач себе и своим личностным качествам. То есть наблюдается та же тенденция, что и в мужской выборке, но выраженная более локально.

Итак, на основании пилотажного исследования было выявлено, что единственный брак в женской выборке положительно связан с оптимистическим атрибутивным стилем. С возрастом, с нахождением в официальном браке, по мере роста стажа брака происходит персонализация успехов и рост уверенности в своих возможностях. Три социально-демографические характеристики – гражданский брак, повторный брак и наличие единственного ребенка – связаны с пессимистическим атрибутивным стилем. Эти факторы представляются новаторскими и значимыми, и для их подтверждения требуют дальнейшего более детального изучения.

Сравнивая результаты, полученные на мужской и женской выборке, можно видеть, что в обеих выборках существует положительная взаимосвязь оптимистического атрибутивного стиля с единственным браком; и отрицательная с повторным браком и воспитанием ребенка. Но в мужской выборке данные взаимосвязи являются более выраженными. Возраст и стаж брака в мужской выборке отрицательно связаны с различными параметрами атрибутивного стиля, тогда как в женской с возрастом и по мере роста стажа брака происходит персонализация успехов и растет уверенность в своих возможностях. Только в женской выборке было выявлено, что с нахождением в официальном браке происходит персонализация успехов, а в гражданском наоборот – успехи воспринимаются как случайные и несвязанные с собственными личностными качествами.

### Литература

1. Векилова, С.А. Психология семьи: учебник и практикум для академического бакалавриата. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 308 с
2. Ильин Е.П. Психология надежды. Оптимизм и пессимизм. – СПб.: Питер, 2015 г. – 288 с.
3. Семенова Г.В. Проявление ответственности личности в контексте жизненных ситуаций. Автореф. ... канд. психол. н. – СПб., 2007. – 24 с.
4. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность. – СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. – 860 с

## СУПЕРВИЗИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ РАБОТУ С ЗАМЕЩАЮЩИМИ СЕМЬЯМИ

*Старикова Е.А.*

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный технический университет»**

За последние несколько лет в Российской Федерации наблюдается взаимозависимая тенденция, заключающаяся с одной стороны в сокращении численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а с другой – в увеличении количества замещающих семей. Безусловно, для достижения такого результата необходима комплексная, системная работа группы высококвалифицированных специалистов, осуществляющих свою деятельность не только на этапах работы с ребенком и подготовки кандидатов в замещающие родители, но и работе над дальнейшим жизнеустройством ребенка.

Если говорить на примере города Новосибирска, то комплексную, системную работу осуществляют следующие учреждения:

- с детьми (дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей):

- Муниципальное казенное учреждение города Новосибирска «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Жемчужина»;

- МКУ города Новосибирска «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Тёплый дом»;

- МКУ города Новосибирска «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Созвездие»;

- некоммерческие организации – благотворительные фонды (например, ДБФ «Солнечный город»).

- с гражданами, желающими стать кандидатами в замещающие родители:

- МКУ «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, «Жемчужина»;

- МКУ «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, «Созвездие»;

- НГ ОО «День Аиста»;

- ГБУ НО «Центр развития семейных форм устройства детей, оставшихся без попечения родителей».

- с замещающими семьями:

- службы сопровождения замещающих семей (находятся при Центрах, работающих с данной категорией детей). Под службой сопровождения замещающих семей понимается «организация (структурное подразделение организации), осуществляющая сопровождение замещающих семей в соответствии с договором о сопровождении замещающей семьи» [1].

Кроме того, существенную поддержку замещающим семьям оказывает и некоммерческая организация – Благотворительный фонд «Дети России – Будущее Мира».

Еще одним примером, демонстрирующим работу с замещающими семьями, является программа «Создавая вместе». «В августе 2016 г. на территории загородного оздоровительно-образовательного центра «Смена» МАУ СОЦ «ТерРа» «Агентством развития социальной политики» города Новосибирска была организована профильная смена для детей и родителей из замещающих семей города Новосибирска «Вместе в будущее».

Главная цель проекта – снижение риска вторичного сиротства. В проекте участвовало 40 детей. Система работы была выстроена таким образом, что в течение смены дети находились в лагере, а родители приезжали по выходным. Данный формат работы оказался успешен, так как, во-первых, дети получили возможность оздоровиться, отдохнуть, самореализоваться, расширить круг общения, а во-вторых, пока дети находились в лагере, у родителей была возможность взглянуть на имеющиеся проблемы в семье «под другим углом». В рамках смены дети отдыхали, принимали участие в играх, концертах, спортивных мероприятиях, тренингах, учились самостоятельности. В выходные дети встречались с родителями: в эти дни устраивались мероприятия, направленные на укрепления семейных отношений: родители и дети вместе выполняли творческие задания, танцевали, рисовали, т.е. находились в полном взаимодействии друг с другом. Во время тихого часа устраивались родительские супервизии, где семьи могли поделиться своим опытом решения каких-то проблем и конфликтов. Кроме того, каждый родитель мог получить индивидуальную консультацию психолога или юриста по возникающим у него проблемам с ребёнком.

Таким образом, можно говорить о том, что смена способствовала формированию конструктивных взаимоотношений в семье между ребёнком и родителями, повышению родительской компетенции в воспитании и взаимодействии с приёмными детьми, расширению социальных контактов у взрослых и детей» [2].

Ни для кого не секрет, что большинство специалистов, работающих в сфере опеки и попечительства, сталкиваются с рядом трудностей, главные из которых – постоянное повышение квалификации и высокий риск профессионального выгорания. Универсальное решение, способствующее устранению этих трудностей – использование супервизии. Ее ключевая особенность – универсальность, то есть, возможность применения как в процессе обучения и подготовке специалистов по социальной работе, осуществляющих работу с семьей и детьми, так и в практической деятельности, способствующей профессиональному росту и снижению уровня профессионального выгорания специалистов. В зависимости от ситуации и цели, на достижение которой направлена супервизия, продолжительность их проведения различна; возможны индивидуальные и групповые, очные (сессионные) и дистанционные варианты работы.

Обучение основам супервизии позволит будущему специалисту на примере «кейсов» – случаев понять, с какими трудностями он может столкнуться, какие ресурсы (как профессиональные, так и личностные) он может использовать при поиске решения.

В то время как для практикующего специалиста – эта возможность, «рассмотреть случай» посредством наблюдения более опытного специалиста (супервизора) за работой менее опытного (супервизируемого), с целью усовершенствования работы второго. «При этом обучающиеся получают со стороны супервизора возможность для поддержки собственной инициативы по внедрению инноваций в свою профессиональную деятельность, возможность обсудить как собственные ошибки, сложности так и успехи и достижения в распространении инновации» [3]. Кроме того, данный инструмент способствует снижению уровня профессионального выгорания как у молодого специалиста, так и у опытного сотрудника вне зависимости от того с какой целевой категорией он работает.

На основании выше изложенного можно говорить о том, что во-первых, супервизия – универсальный инструмент как в процессе подготовки будущих специалистов, так и в работе с опытными специалистами; во-вторых, супервизия, это эффективный метод профилактики профессионального выгорания как специалиста, так и всего коллектива учреждения или организации, что делает ее перспективным направлением деятельности не только в сфере опеки и попечительства, но и в сфере социальной политики с целом.

### **Литература**

1. Приказ Министерства социального развития Новосибирской области от 10 сентября 2015 года № 840 «О Порядке организации и осуществления сопровождения замещающих семей на территории Новосибирской области»

2. Старикова, Е.А. Опыт социального сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в городе Новосибирске / Е.А. Старикова // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы международной научно-практической конференции, 20-21 апреля 2017 года / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб. : СПбИПСР, 2017. – С. 202-205.

3. Жданова, И.В. Супервизионное сопровождение программ обучения специалистов социальных служб как инструмент формирования навыков внедрения и реализации инновационных практик социальной работы / И.В. Жданова // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы международной научно-практической конференции, 20-21 апреля 2017 года / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб. : СПбИПСР, 2017. – С. 180-182.

### **БРАК И МАТЕРИНСТВО ЮНЫХ МАТЕРЕЙ**

*Степашов Н.С., Бердникова Т.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

Возраст вступления в брак и рождения детей на начальном этапе жизненного пути зависит от решения индивида, частично обусловленного социально-демографическими характеристиками (индикаторами принадлежности к социальным группам), культурно-историческими и национальными особенностями, положением в системе образования и фундаментальным предпочтением семьи или работы как наиболее важного вида жизнедеятельности.

Более половины девушек считают оптимальным возрастом для создания семьи 20-25 лет (Гулевская Р.М., 1991). На брак ранее 20 лет ориентировались до 43% девушек-подростков. Ранний брак (ранее 17 лет) находят для себя приемлемыми 25% юных женщин (Павлов О.Г., 1996). Средний возраст желаемого вступления в брак составляет 20,7 года (Юрьев В.К., 1991). Брачный возраст в России установлен с 18 лет. Разрешение вступления в брак в этом возрасте основывается на том, что большинство женщин, достигших 18 лет, по общему развитию и по биологическому развитию вполне подготовлены к выполнению функции материнства.

Однако существует и другое мнение. Так, эксперты ВОЗ утверждают, что проблема юных матерей должна рассматриваться среди девушек от 10 лет (начало полового созревания и появление вторичных половых признаков) до 19 лет включительно, что связано с общностью анатомо-физиологических особенностей организма, степенью психологической и социальной зрелости, социально-экономическим статусом.

Проблема юного материнства не нова. В истории России, как свидетельствуют источники, встречались малолетние мамы в нашем понимании. Так, 14-летняя жена Андрея Болотова, автора мемуаров XVIII века, когда умер их полугодовалый первенец (подчеркнуто авторами), приняла эту смерть как неизбежность (Болотов А.Т., 1871). Можно лишь предположить, что замуж она вышла, когда ей еще не было и 13 лет.

В наши дни акселерация выдвинула много проблем, одной из которых является увеличение количества юных матерей. Половое созревание происходит сейчас на два-три года раньше, чем прежде, а значит, весь комплекс психофизиологических проблем сдвигается по возрастной лестнице. Однако половая зрелость, половой инстинкт в этом возрасте находятся в дисгармонии с социальной зрелостью и экономической самостоятельностью. Разрыв между временем половой зрелости и социальным гражданским возмужанием составляет шесть, а в некоторых случаях – десять лет. Следовательно, как с социологических, так и с медико-биологических позиций акселерация в развитии подростков не дает оснований для снижения брачного возраста.

Ранний брак и юное материнство оцениваются по-разному. Есть положительные оценки, основанные на мнении, что чем моложе супруги, тем легче они психологически приспосабливаются друг к другу. С демографической точки зрения увеличивается время для возможного увеличения рождения детей.

Негативная оценка связана с рассмотрением раннего брака как социальной проблемы. Констатация физиологической зрелости подростков

еще недостаточна для оправдания юного материнства как позитивного, так как не достигнуты еще важнейшие этапы: зрелость психологическая и социальная. Для этого необходимо завершить образование, сформировать ценностные ориентации, достичь материальной самостоятельности и уметь преодолевать семейные трудности. Для этого требуется способность к сопереживанию, готовность понимать интересы другого, уметь планировать бюджет, а главное, быть ответственным не только за свою жизнь, но и за жизнь других членов семьи (Семья – здоровье – общество, 1986).

Стремление молодежи к заключению брака в раннем возрасте можно рассматривать как «работу» стереотипа, сложившегося в советские времена. Система в целом стимулировала ранние браки. Идеологически подкреплялись очень жесткие формы сексуального поведения, о половом воспитании в школе не могло быть и речи. Сексуальные отношения должны были быть обязательно санкционированы браком.

Более раннее заключение брака стимулировала сложившаяся, распределительная по своей сути, система обеспечения социальными благами. Самый трудный – жилищный вопрос – решался в основном не благодаря индивидуальным усилиям, а после более или менее длительного пребывания в очереди, причем претендовать на хорошую квартиру или получить какие-либо льготы можно было только при наличии семьи, и лучше, если с детьми. В угоду так и не ставшей реальностью идее социальной справедливости менялся естественный порядок процесса жизненного самоопределения: не стремление к стабильному экономическому положению, а потом обзаведение семьей, а наоборот – сначала семья, а потом (возможно, но не обязательно) – стабильное экономическое положение.

Описанным способом воспроизводилась постоянная зависимость гражданина от системы. Ранний брак был одним из механизмов, благодаря которым удерживалась подчиненная позиция индивида по отношению к государству.

В настоящее время омоложение брака встречается во всех странах. Например, в Чехословакии и Польше за два последних десятилетия средний возраст невест снизился с 23 лет до 21,8 года; возраст женихов – с 26 до 24 лет. Те же тенденции можно проследить и в России — последние тридцать лет в поведении большинства женщин преобладает стремление к формированию семьи во все более раннем возрасте, а также уменьшение среднего протогенетического интервала (интервала между регистрацией брака и рождением ребенка) (Богданова Е.А. и др., 1992). Вклад самой молодой возрастной группы 15-19-летних матерей в общую величину коэффициента суммарной рождаемости увеличился с 5% в 1970 году до 18% в 1994 году (Население России 1995, 1996).

Выборочное исследование показало, что среди девушек-подростков до наступления беременности брак был зарегистрирован в 50% случаев, а во время беременности – в 36%; остался незарегистрированным – в 14% случаев (Савинов Л.И., 1996).

Исследование причин заключения брака в юном возрасте, проведенное в Курске, показало, что первое место занимает сочетание любви и беременности (50%), затем следуют чувство любви к партнеру (35%), беременность (13%). Настояние родителей составило 2% (Павлов О.Г., 1996). Вступление в брак как вариант решения проблемы беременности, является, как правило, вынужденным и означает также необходимость выполнения родительских обязанностей и обязанностей взрослых, к чему молодая пара не готова, поскольку она еще не достигла достаточной степени зрелости. Подростки, имеющие детей, нуждаются также в помощи со стороны своих родителей (низкий уровень материально-экономической обеспеченности у 83% молодежи ориентирует ее на получение родительской поддержки), которые, однако, могут не быть в состоянии или не захотеть ее им оказать (Камсюк Л.Г., Шевелева А.А., 1991). В результате социальная нестабильность такой пары еще более усиливается, что может привести к разводу со всеми вытекающими неблагоприятными психосоциальными последствиями как для юной матери, так и для ее ребенка.

Одним из самых трудных этапов развития семьи является начало супружеской жизни. Женитьба включает множество стрессовых ситуаций, которые подвергают испытанию адаптивные возможности партнеров (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). В первые годы брака формируется модель семейных отношений, что предполагает решение многих сложных вопросов. К ним относятся: приспособление или адаптация семейных партнеров; распределение власти или обязанностей в семье, формирование духовной общности между супругами, родителями и детьми. Период в семейной жизни, который особенно сопряжен с серьезными проблемами, наблюдается при рождении ребенка (особенно первого), поскольку в этот период у обоих родителей возникает множество стрессов. Экономические стрессы, переезд на новое место жительства, незапланированная беременность и аборт могут отрицательно влиять на здоровье семьи (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Кроме того, рождение первого ребенка подразумевает перестройку ролевых отношений (Антонюк Е.В., 1992). Большинство авторов рассматривают этот период как кризис в супружеских отношениях и связывают его прежде всего с приобретением новой роли и с необходимостью включения ее в сложившуюся ролевую структуру. Сложность этой задачи определяется как особенностями самой роли, ее важностью, необратимостью, внезапностью и т.д., так и неподготовленностью супругов к ее выполнению (Ericson E.H., 1959; Steffensmeier R.H., 1982). Включение роли родителя (матери, отца) в систему ролевых отношений семьи происходит не как арифметическое добавление, а как элемент, преобразующий всю систему (Belsky J., 1979; Lindermann E., 1994). Супружеские отношения и, в частности, распределение семейных ролей становятся более традиционными. Это изменение затрагивает прежде всего женщин, поскольку они бросают учебу или работу и практически все новые заботы ложатся на их плечи (Belsky J., 1979; Belsky J., Spanier G., Rovine M., 1983; Kashman, J.H., Beck, N.C & all, 1987; Hoffman, L.W., 1978; Steffensmeier R.H., 1982).

Недостаточно зрелые в социальном отношении юные женщины при рождении ребенка не осознают в полной мере свою ответственность за обеспечение необходимых условий для его воспитания, физической и психологической стимуляции и, в конечном счете, для оптимального протекания процессов роста и развития. Это нередко является для ребенка причиной частых заболеваний и расстройств (Ваг Дог, 1995). А в наиболее тяжелых случаях дети могут оказаться брошенными на произвол судьбы, стать жертвами насилия и убийства. Юные матери в силу своей социальной и психологической незрелости порой не задумываются над этим, что делает многих из них неспособными к эффективному материнству. Только после рождения ребенка приходит прозрение, что это событие отложит свой отпечаток на всю последующую жизнь, что необходимо отказаться от «свободной» жизни, сложившегося стереотипа «веселой» молодости. Именно во взгляде на ребенка как на «обузу» таится несчастье для матери, связанное с его рождением.

## **ПРОБЛЕМА СУИЦИДА В СЕМЬЯХ ЮНЫХ МАТЕРЕЙ**

*Степанов Н.С.*

**Курский государственный медицинский университет**

Исследования, проведенные нами совместно с Г.А. Сидоровым и Т.В. Бердниковой, показали, что юные женщины с детьми, чьи партнеры находятся в более старшем возрасте, в целом более спокойны и меньше нервничают, чем юные матери, чьи мужья (партнеры) находятся в возрасте моложе 20 лет. Мы связываем это с тем, что чем старше супруг (партнер) юной матери и чем стабильнее ее семейное положение, тем более социально защищенной она себя чувствует, а это, как известно, является одним из важнейших психологических факторов, позволяющих женщине чувствовать себя в безопасности во время беременности и после родов (Раннее социальное сиротство, 1994).

Социальная незащищенность личности юных матерей чаще подталкивает юных матерей к мыслям о суициде. Известно, что в юношеском возрасте именно суициды составляют треть основных причин смерти подростков. Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок связывают подростковые суициды со значительными нарушениями в семье и социальной жизни подростка, со стрессами, а также с чувством поддержки, которая расценивалась ими как очень важная и близкая (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Одиночество, социальная незащищенность юных беременных способствуют повышенной частоте суицидальных попыток (Дюкарева А.М., 1995; Князев Ю.А. и др., 1988; Parker B., 1993; Warner B.M., Cohen P., 1994). Непланируемое, неожиданное и, по большей части, нежеланное материнство можно причислить к стрессу, разрушению ранее существовавшего уклада жизни. Однако подавляющее большинство респондентов (76%) никогда не задумывалось о возможности суицида. А вот среди девушек, стремящихся всегда быть в центре внимания, достаточно часто возникают суицидальные намерения (так, среди тех, кто

думает о суициде достаточно часто, 46% заявили, что они – душа любой компании, а среди тех, кто думает о суициде изредка, такие девушки составляют 24%). То же самое можно сказать и о тех юных женщинах, которые думали о самоубийстве во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка (36% из них составили девушки, считающие, что они – душа любой компании). Видимо, это связано с тем, что особы, стремящиеся привлечь к себе внимание, более лабильны психически; к тому же их суицидальные намерения могут быть всего лишь одним из способов привлечения внимания окружающих. Только у 6% опрошенных было суицидальное намерение во время беременности. Желание покончить с собой во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка зависит от того, возникали ли ранее у девушки суицидальные намерения (так, 46% юных матерей, которые думали о самоубийстве достаточно часто, во время беременности и в первый месяц после родов имели желание покончить с собой, такое же желание было у 38% юных матерей, думавших о самоубийстве изредка) и от того, желательным ли было материнство для юной женщины (хотели покончить с собой во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка 24% юных матерей, огорчившихся, узнав в своей беременности). Думали о возможности суицида 31% юных женщин, чья попытка прервать беременность не удалась и 16% тех, кто не успел сделать аборт в отведенные законом сроки. Таким образом, желание покончить с собой во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка напрямую связано с тем, желала ли мать прервать беременность. Чем выраженнее желание (не удалась попытка избавиться от ребенка, не успела сделать аборт в срок), тем больше доля юных матерей, желающих свести счеты с жизнью. Суицидальные намерения во время ожидания ребенка связаны также с реакцией родителей и мужа (партнера) на известие о беременности и с субъективным восприятием установок общественного мнения по отношению к юным матерям.

Достоверно выявлено, что юные матери, имевшие суицидальные намерения во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка, чаще думали об отказе от него (среди юных матерей, которые хотели отказаться от ребенка, 17% думали о возможности суицида во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка) и относятся к своим детям более жестко (среди юных матерей, которые считают, что лишение за какой-либо проступок ребенка на время нежности и ласки, игнорирование всех его просьб является хорошей воспитательной мерой, 43% во время беременности и в первый месяц после рождения ребенка думали о том, чтобы покончить с собой).

Мы считаем взаимосвязанными личностные особенности юных женщин (психический инфантилизм и лабильность), готовность к отказу от ребенка и готовность к насилию над ним (и к физическим наказаниям, и к эмоциональным – оставлению без ответа его просьб и жалоб) и суицидальные намерения юных мам. Возможно дальнейшее изучение суицида среди юных мам с целью выяснения наличия или отсутствия суицидальных попыток у юных женщин во время беременности и рождения нежелательного ребёнка.

## СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ГЕНДЕРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕБЕНКА

*Сушкова Е. В.*

**ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет»**

В последние годы семейное воспитание становится актуальной темой научных исследований. Если в период СССР гражданина воспитывала школа, идеология и политический режим, то в России доминирующую роль в формировании личности играет именно семья и ее влияние на детей.

Одной из характеристик личности, подверженных влиянию семьи, является гендерная идентичность подрастающего поколения. Гендерная идентичность – это внутреннее ощущение человека, как представителя того или иного гендера. В психологии гендерная идентичность нередко выступает феноменом половой идентичности. Однако, в свою очередь, гендерная идентичность предполагает соответствие психологическому полу. Большинство психологов описывают психологический пол как итог социализации (А.Г. Асмолов, А.А. Чекалина). Мы будем понимать психологический пол так, как он описан И.С. Коном, то есть как интернализованную систему полоролевых ролей, связанную с различением критериев «мужественности» и «женственности» и оценкой себя по этим критериям и претензией на соответствующую деятельность и социальный статус [2].

Опираясь на то, что идентичность включает в себя три компонента (поведенческий, эмоциональный и когнитивный), И.В. Романов описал пять типов половой идентичности [2].

1. Адекватный тип идентичности основан на взаимодействии всех трех компонентов. Идентификация происходит с учетом соответствия эмоциональных переживаний и когнитивных эталонов, свойственных тому или иному полу. Данный тип соответствует включению в психологическое Мы представителей своего пола, и в группу Они – противоположного пола. Соответствует адекватной женственности или мужественности на уровне поведения.

2. Инвертированный тип идентичности в большинстве своем встречается у мужчин, и проявляется как фемининные характеристики – мягкость, тревожность и иные.

3. Возрастно-дифференцированный тип идентичности связан только с когнитивным компонентом и характеризуется ориентацией на взрослых мужчин и женщин.

4. Недифференцированный тип идентичности проявляется отсутствием как маскулинных, так и фемининных признаков. Однако он может выражаться и в маскулинном поведении девочки.

5. Инфантильный тип идентичности существует только у мальчиков и только в рамках эмоционального компонента и отражает наличие инфантильной симбиотической связи мать – ребенок. Мальчики с данным

типом испытывают большую потребность, чем их сверстники, в тепле, привязанности и заботе.

Можно сказать, что указанные типы отражают соотношение биологического и психологического (гендерного) пола.

Гендерная идентичность рассматривалась в разных психологических подходах, как следствие, детально изучен процесс ее становления. И.С. Кон в своей теории выделяет шесть этапов развития гендерной идентичности.

Первый из них приходится на возраст 7-8 месяцев, когда у ребенка наблюдается различная реакция на представителей мужского и женского пола, что может быть свидетельством появления навыков дифференциации всех окружающих людей.

Следующий этап начинается от полутора лет и продолжается в течение приблизительно полугода. В этом возрасте ребенок уже понимает и знает свой пол, но не может осознать его причин, и объяснить, почему это так, а не иначе. Нет понимания, что это на всю жизнь.

В три-четыре года ребенок полностью различает по полу окружающих его людей, но ошибочно может это связывать с какими-либо внешними характеристиками.

Четвертый этап становления гендерной идентичности приходится на старший дошкольный возраст (пять-семь лет), когда приходит понимание необратимости половой принадлежности и, как следствие, усиление дифференциации внутри детских коллективов, мальчики стремятся общаться с мальчиками, девочки с девочками.

В подростковом возрасте гендерная идентичность становится центральным компонентом сознания.

В период поздней юности и ранней взрослости гендерная идентичность представляет собой сложное образование, включающее в себя помимо собственной половой принадлежности сексуальную ориентацию, сексуальные сценарии, гендерные роли и гендерные стереотипы.

Итак, после прохождения вышеперечисленных этапов мы можем говорить о сформированности у личности определенной гендерной идентичности с преобладанием маскулинности, фемининности или андрогинности. Рассмотрим понимание этих феноменов. Маскулинность и фемининность – нормативные представления о соматических, психических и поведенческих свойствах, характерных для мужчин и женщин [1].

Нами было проведено исследование гендерных особенностей юношей и девушек, а именно преобладания маскулинности, фемининности или андрогинности, в котором приняли участие 310 студентов, 160 из которых юноши и 150 – девушки. Большинство испытуемых оказались андрогинами (50,0%), количество маскулинных и фемининных юношей и девушек практически одинаково (25,2% и 24,8% соответственно). При этом среди маскулинных и фемининных испытуемых примерно равное количество юношей и девушек. Среди юношей 26,25% маскулинных и 23,13% фемининных, у девушек – 24,0% маскулинные и 26,67% фемининные. Все это говорит о смешении гендерных особенностей, смещении черт, присущих ранее

только юношам и только девушкам на лиц противоположного пола. Поиск и изучение причин приближения социального пола к средним, общим характеристикам является актуальной темой гендерной психологии и психологии как науки в целом.

Ввиду этого, интересно обратить внимание, какие особенности семьи могут стать причиной повышения андрогинии общества, а также увеличения процента фемининных юношей и маскулинных девушек. Л.Б. Шнейдер [3] в своих работах выделила направления, по которым осуществляется влияние семьи на подрастающее поколение, исходя из этого можно проследить семейное влияние на развитие гендерных характеристик ребенка.

#### 1. Семья – основа чувства безопасности.

Семья, обеспечивая чувство безопасности ребенка, способствует снижению его тревог, а также формированию чувства привязанности в дальнейшем. Огромный процент разводов, неготовность мужчин и женщин принимать ответственность за себя и близких способствует повышению неуверенности их в своей безопасности, и, как следствие, это подрывает комфорт ребенка в этой системе. Для того, чтобы справиться с тревогами, необходимо быть готовым к изменениям, хорошо адаптироваться, чему способствуют такие гендерные особенности, как андрогинность. Следовательно, недостаточно сформированное чувство безопасности в семье в дальнейшем может стать причиной, способствующей формированию андрогинии.

#### 2. Модели родительского поведения.

Пример родительского поведения, оказывающий влияние на личностные особенности ребенка реализуется в осуществлении семейных ролей. Все реже сегодня деление обязанностей по половому признаку напоминает классический взгляд, царствующий в СССР, то есть добытчик-мужчина и женщина – хранительница семейного очага. Работает больше тот, у кого успешнее получается карьера. Более того, женская активность реализуется очень ярко. Это может быть связано с тем, что права женщины сейчас совершенно соизмеримы с мужскими, что позволяет проявлять стремление доказать свою значимость. У мужчин же, ввиду развития сферы услуг и сокращения структуры производства, шансы найти перспективную работу снижаются, и они оказываются вынужденными проводить время дома все больше. Уже не является чем-то удивительным мужчина – домохозяин, занимающийся уборкой, приготовлением пищи и воспитанием детей. Данный пример поведения родителей является некоторым сигналом для девочек, способствующим формированию их маскулинности, и для мальчиков, напротив, развивающих в них фемининность.

#### 3. Приобретение жизненного опыта.

Жизненный опыт, который ребенок получает находясь в семейной системе, складывается из его личных поступков и обратной связи, а также благодаря наблюдению за тем, что происходит с другими членами семьи. Одним из аспектов такого опыта, влияющего на гендерные особенности подрастающего поколения может являться неполная семья. Чаще она имеет

форму воспитания только матерью или мамой и бабушкой. Такое специфически женское воспитание может стимулировать своим поведением или диктуемыми установками повышение самостоятельности, активности и духа соревнования в девочке, так как «женщинам необходимо бороться за свое счастье» и, напротив, пассивности и инфантильности мальчика, ввиду того, что он единственный мужчина в семье, и неосознанно, мама может бояться потерять и его, а значит он должен оставаться в семье как можно дольше и зависеть от нее. Следовательно, у девочек развиваются маскулинные формы поведения, а у мальчиков – фемининные.

#### 4. Общение в семье.

Общение в семье позволяет выработать ребенку собственные взгляды, установки, нормы. В рамках нашей темы уделим внимание общению, связанному с полом. Сложно установить, что является важнее, содержание общения или то, как оно реализуется, то есть чье мнение в семье важно, за кем последнее слово, какими способами можно привлечь внимание к своей позиции. Содержание послания может быть классическим, способствующим формированию фемининных особенностей у девочек и маскулинных у мальчиков. Однако в случае его несоответствия формам реализации этих посланий, моделям преподнесения, последние будут иметь большую значимость. Поступая определенным образом, общаясь друг с другом, родители обеспечивают детям возможность следовать их примеру, а значит формировать схожие гендерные особенности.

Таким образом, можно подвести итог о значимости семейной системы и моделей воспитания в формировании гендерных характеристик ребенка. Чувство безопасности, модели поведения родителей, жизненный опыт и общение оказывают влияние на личностные особенности подрастающего поколения, являются основой для подражания и приобретения определенных черт и стратегий поведения, соответствующих формируемому гендеру. Дети усваивают нормы и ожидания, которым в дальнейшей жизни станут соответствовать, овладевают ролями, сохраняющимися на долгое время. Внимание родителей к своему поведению, являющемуся примером, а не поведению ребенка – это залог развития гармоничной личности.

### Литература

1. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчин и женщин / Е.П. Ильин – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 544 с.
2. Ильин Е.П. Пол и гендер / Е.П. Ильин – Санкт-Петербург : Питер, 2010. – 688 с.
3. Шнейдер Л.Б. Семейная психология / Л.Б. Шнейдер. – Москва ; Акад. проект : Трикста, 2008. – 734 с.

## **О РАБОТЕ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ОТВЕТСТВЕННОГО ОТЦОВСТВА В МУНИЦИПАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ «ГОРОД КУРСК».**

*Тимофеева Е.А.*

**Управление по делам семьи, демографической политике, охране  
материнства и детства города Курска**

Семья и брак относятся к явлениям, интерес к которым всегда был устойчивым и массовым. В городе Курске, как и в Российской Федерации, большое внимание уделяется институту семьи, ведь семья является основным фундаментальным институтом общества, придающим ему стабильность и способность восполнять население в каждом следующем поколении.

Однако, связанная с практикой разводов современная тенденция к воспитанию детей одним родителем, в подавляющем большинстве случаев матерью, приводит к обеднению самого процесса воспитания, разрушению связей между поколениями, проблемам личностного становления молодого поколения, росту социальных проблем. Именно недостаточное участие мужчин в воспитании детей — проблема современного общества.

Традиционно воспитание детей всегда считалось прерогативой женщин – матерей, а также бабушек, теток и нянек. Исторически сложилось так, что отсутствие отцов часто являлось данностью: они всегда уходили из дома на работу, на войну, надолго или не возвращаясь совсем. И, как показывают научные исследования, с отстранением мужчин от воспитания молодого поколения появляется целый ряд проблем с поведением и образованием, включая недостаток внимательности на уроках, плохую успеваемость, антиобщественное поведение и так называемый "подростковый синдром" – букет деструктивных наклонностей, в который входит курение, пьянство, вандализм, насилие и преступления.

В настоящее время мы пытаемся возродить исконно русское отношение к отцовству, ведь отец всегда был во главе семьи. Вступая в супружеские отношения, мужчина берет на себя огромную ответственность – быть отцом, опорой в семье, примером для подражания и наставником для своих детей. Абсолютно для каждого малыша отец – незаменимый источник личностного развития. Сыновьям важно иметь перед собой модель того, что значит быть настоящим мужчиной. Для девочки также важны хорошие отношения с отцом с самого раннего возраста - именно из этих отношений складывается модель поведения женщины в будущем, когда она будет строить свои взаимоотношения с представителями противоположного пола.

Отец и мать, папа и мама – два самых родных и самых великих человека в жизни каждого ребенка. И если роль мамы всем понятна, то роль папы часто не осознаваема. Отец в семье дает определенный образец поведения, авторитета, является олицетворением дисциплины и поведения. В современном обществе, когда отцы во многих семьях отсутствуют в принципе, а воспитанием детей в детских учреждениях, занимаются в основном женщины, роль отца в семье становится еще важнее.

Несколько лет назад в центре города на улице Карла Либкнехта появился памятный знак Белому гусю «Белый гусь» - небольшая новелла Носова. Евгений Иванович описывает, как во время внезапной грозы с градом все взрослые птицы бегут прятаться в кусты, оставляя гусят на погибель. И лишь один белый гусь закрывает крыльями птенцов от градин. Именно он и стал в городе Курске символом ответственного отцовства.

С 2012 года в городе Курске управлением по делам семьи успешно реализуется проект «Институт отцовства», который направлен на создание условий для роста числа социально благополучных семей, поддержку престижа отцовства, предупреждение семейного неблагополучия, а также демонстрацию образцов высокой культуры семейного досуга. За комплексный подход к реализации семейной политики проект отмечен Дипломом VI Международного смотря-конкурса городских практик городов СНГ и ЕврАзЭС «Город, где хочется жить» в 2013 году.

Отметим этапы реализации проекта:

**2012-2013** – исследование проблем института отцовства в городе, проведение социологических опросов, анкетирования; проведение городских конференций и форумов, координирующей деятельность в рамках проекта; формирование общественных объединений – Советов отцов в образовательных учреждениях города, поиск форм работы; осуществление законодательных инициатив.

В соответствии с решением Курского городского Собрания от 17.12.2013 № 53-5-РС учреждена и ежегодно вручается медаль города Курска «Во славу отцовства», как символ признания ответственного отцовства на высоком общественном уровне.

Первый городской форум отцов «Ответственное отцовство: мужской взгляд» проведен Администрацией города Курска 15 мая 2013 года. На форуме утвержден Кодекс чести мужчины Курского края и принято решение вручать его (как напутствие молодому поколению) во время торжественных мероприятий.

**2014-2016** – рассмотрение и принятие законодательных инициатив:

- принят Закон Курской области (от 29.04.2015 № 41-ЗКО) об установлении «День отца в Курской области» - 12 сентября в день памяти святого благоверного князя Александра Невского;

- поддержка и признание ответственного отцовства на высоком общественном уровне (вручение медали города Курска «Во славу отцовства»);

- выработка технологий работы Советов отцов в образовательных учреждениях; организация межведомственного взаимодействия и координация деятельности Советов отцов;

- создание информационного и профессионального пространства (мониторинг мероприятий, городской форум Советов отцов, подготовка электронного издания «Лучшие практики Советов отцов в Курске» и др.); освещение результатов работы в СМИ.

В рамках сотрудничества с Фондом Андрея Первозванного по реализации Всероссийского проекта «Быть отцом!» 23-25 ноября 2016 года управление по

делам семьи приняло участие в V форуме Всероссийской программы «Святость материнства» (Санкт-Петербург). На круглом столе «Быть отцом» была представлена информация по реализации проекта «Институт отцовства» в муниципальном образовании «Город Курск».

Регулярно совместно с КГМУ проводятся научно-практические конференции «Психология эффективного родительства», созданы и эффективно реализуется областная программа «Формирование культуры семейной жизни и ответственного родительства», городской проект «Крепкая семья – могучая держава».

На сегодняшний день в 89 школах детских садах города Курска действуют Советы отцов. В настоящее время круг деятельности Советов отцов широк - это участие в организации и проведении спортивно-развлекательных, воспитательных и патриотических мероприятий; благотворительность и профилактика правонарушений. Бывает, что Советы отцов упрекают за отсутствие системы в работе, но этот недостаток «отцы» с лихвой компенсируют своим неравнодушием и инициативой.

В рамках проектов «Институт отцовства», «Крепкая семья - могучая держава» в течение года в школах проводятся для старшеклассников круглые столы «Отцовство в зеркале семейной жизни», «Слагаемые счастливого отцовства»; а в детских садах для родителей: круглые столы «Территория общения отцов и детей: понять, помочь, поддержать» (МБДОУ № 78); «Семья и семейные ценности» (МБДОУ № 8); «Роль семейного досуга в формировании здоровой семьи» (МБДОУ № 12), семинары-практикумы «Можно ли обойтись без наказания» (МБДОУ № 87»); мастер-классы «Галерея чуда» с «волшебными» красками для пап с детьми (МБДОУ № 31); «Детская игрушка - не детские проблемы» (МБДОУ №№98, 23, 103) и др.

Для активизации сотрудничества учреждений, и координации деятельности Советов отцов на местах управление по делам семьи организует акции «Вопросы семейного воспитания - в центр внимания Советов отцов на местах», «46 добрых дел», мониторинг мероприятий Советов отцов. Оказывается, участие Советов отцов в спортивных мероприятиях является наиболее предпочтительным в школах и детских садах. Треть мероприятий, в которых активно участвуют папы, - это мероприятия, посвященные Дню отца, культурно-досуговые и патриотические мероприятия. Менее распространенными формами работы, но очень важными в формировании родительской компетентности по вопросам воспитания детей являются тематические встречи, круглые столы, семинары, презентации.

К 70-летию со дня Победы в Великой Отечественной войне с целью военно-патриотического воспитания детей и подростков на примере военных подвигов отцов и увековечивания памяти героев управлением по делам семьи организованы виртуальная и документальная выставки «Лицо войны на страницах семейного альбома». Дети, внуки и правнуки Победы старательно изучали роль, вклад своей семьи в достижение Победы и рассказали о подвиге человека, отстоявшего независимость Отечества и защитившего мир от фашизма. По материалам двух выставок подготовлена электронная книга

Памяти «История войны в истории семьи». Она размещена на официальном сайте Администрации города Курска, в городских и школьных библиотеках, а также пополнила медиафонд областной научной библиотеки им. Н.Н. Асеева.

В 2016 году управлением по делам семьи организован городской арт-проект «ПАПАШИ», который создал условия для раскрытия нестандартных граней творчества отцов и детей в рамках традиционных видов искусства.

В целях осуществления планомерной работы, способствующей более активному участию отцов в жизни детей, выработке позитивного отношения у молодых людей к вопросам отцовства и семьи, ежегодно с 1 по 15 сентября в муниципальных учреждениях образования, культуры, молодежной политики проводятся праздничные мероприятия, посвященные Дню отца в Курской области. Это книжные и творческие выставки, выставки декоративно-прикладного творчества; фотоконкурс в сети Интернет среди молодежи; конкурс видеопрезентаций; конкурсы сочинений, праздничных открыток, а также спортивные эстафеты, акции, музыкальные, конкурсно-развлекательные программы; детская игровая анимация, тематический показ фильмов, городские соревнования автомобильных семейных экипажей «Папа-старты».

Центральным событием в 2016 году в городе стал городской форум Советов отцов «Ответственное отцовство: мужские инициативы» в Администрации города Курска.

Представители структур власти, руководители и председатели Советов отцов образовательных учреждений собрались вместе на Форуме, чтобы продемонстрировать свои наработки и скоординировать действия по усилению роли Советов отцов в социальной сфере и развитию отцовского движения в городе Курске.

Во время торжественной части Форума состоялась церемония награждения медалью города Курска «Во славу отцовства» и победителей городского арт-проекта «ПАПАШИ». В рамках деловой программы Форума - презентация опыта работы и практических достижений Советов отцов образовательных учреждений Курска.

По результатам работы Форума принята Резолюция и запланирована подготовка материалов о лучших мужских инициативах в сфере семьи, родительства, детства и здорового образа жизни, которые размещены на официальном сайте Администрации города Курска.

С целью выработки эффективных форм взаимодействия структур власти и Советов отцов на принципах партнерства и соучастия утвержден состав Экспертной группы по вопросам координации деятельности Советов отцов в муниципальном образовании «Город Курск». Председателем Экспертной группы является глава Администрации города Курска Н.И. Овчаров.

Таким образом, с учетом новых условий реальности скорректированы цели работы на ближайшую перспективу, поставлены новые задачи, определены ресурсы для межведомственного и межотраслевого сотрудничества в городе по повышению роли отца и укреплению института семьи, а также воспитанию осознанного отношения к семейным ценностям и к отцовству.

## **РОЛЬ ОТЦА В ФОРМИРОВАНИИ МИРОВОЗЗРЕНИЯ У РЕБЕНКА**

*Торопова А.И., Шамина Е.М., Домнина А.И.*

**ФГБОУ ВО «Нижегородский государственный педагогический университет им. К. Минина»**

Одной из тенденций современного общества является возрастание влияния женщины в общественной и социальной жизни общества. Данный процесс оказывает влияние на воспитание детей активным вовлечением матери во все сферы жизни ребенка. Она занимает лидирующее положение в формировании мировоззрения у своего ребенка. Конечно, женщина должна воспитывать ребенка и привить ему все необходимые качества: уважение к окружающим, доброту, хорошие манеры поведения. Но, несмотря на попытки женщины взять на себе роль мужчины, для всестороннего и полноценного развития ребенка необходима правильная модель поведения обоих полов.

В настоящее время проблема влияния отца на становление личности ребенка становится все более актуальной. По мнению В. Фтенакиса, взаимодействие с отцом положительно влияет на когнитивное развитие детей. Однако его исследования также показали, что данное положение справедливо только для мальчиков. Была выявлена прямая корреляция между вовлеченностью отца в воспитание и когнитивными достижениями их сыновей. В. Фтенакис объясняет это тем, что отец дает пример практического и действенного решения различных проблемных ситуаций, причем вовлеченность в жизнь ребенка предполагает еще и эмоциональное участие. И именно потому, что отец в этом случае дает пример мужского подхода к решению проблем, его влияние не так заметно для девочек [1].

S. Barth считает, что отец больше, чем мать, помогает ребенку в усвоении моральных норм и устоев. Дети очень внимательны к действиям поведению родителей. Они видят, как их родители выражают свое отношение к событиям и поступкам людей, и стараются подражать им. Кроме того, отец дисциплинирует своего ребенка, ставит определенные рамки поведения, хвалит за одни поступки и наказывает за другие. Дети усваивают моральные нормы под влиянием следующих факторов: боязнь потери любви родителей, чувство вины, проходящее через оценку родителей, а затем, через выяснение последствий действий ребенка.

В целом отцы склонны играть со своими детьми более активно и на физическом уровне. Крамер и Ахтар подчеркивают позитивное значение этих игр для ребенка в фазе упражнений; благодаря стимулирующему взаимодействию физических игр ребенок начинает лучше осознавать части своего тела и телесное. Я. Херцог утверждает, что другая важная роль отца заключается в том, что он помогает младенцу развивать способность к регуляции агрессии. Отсутствие или потеря отца в первые восемнадцать месяцев жизни может привести к нарушению. Поведения и эмоциональным расстройствам, которые не удастся распознать сразу [2].

Таким образом, отец, так или иначе, не меньше, чем мать, а иногда и даже больше помогает ребенку в формировании его мировоззрения.

Выделяют четыре основные точки зрения об отцовской значимости. К ним относятся: его участие перестройки первоначально близких отношений ребенка с матерью; открытие ребенку способов взаимодействия; помощь в формировании у ребенка представлений о семейной значимости и развитие у ребенка представлений о себе как о потомке двух родов.

В момент рождения для младенца существует только его мама, которая удовлетворяет все его потребности и заботится о нем. Однако для разностороннего познания мира и для правильного развития ребенку нужен кто-то посторонний, кто будет дополнять диаду «ребенок-мать». При отсутствии такого человека у ребенка возникают трудности в плане эмоционального развития, а также сложности в формировании идентичности. Поэтому так важно, чтобы у ребенка были отношения с мужчиной-отцом. Он как никто другой может поделиться опытом, отличающегося тем, что дает ему мать.

Также стоит отметить, что отношения к отцу и матери влияют на степень выраженности ориентации их ребенка к инициативе воспитания собственных детей, так как дети подражают тем, кому доверяют, стараются ориентироваться на собственных родителей.

Самоопределение отца как воспитателя формируется, как правило, позднее, чем у матери, и по этой причине наибольшую привязанность к ребенку отцы начинают испытывать, когда дети уже подросли [3].

Итак, можно отметить, что главное место в формировании первичного мировоззрения ребенка отдается матери, отец же играет второстепенную роль, помогая ребенку сформировать жизненную позицию, делать сложный и трудный выбор, он олицетворяет собой силу и отвагу.

### **Литература**

1. Морозова, И.С. Психология семейных отношений: учебное пособие / И.С. Морозова, К.Н. Белогай, Ю.В. Борисенко. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2012. – 424 с.
2. Тайсон, Ф. Психоаналитические теории развития / Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон ; пер. А.М. Боковиков. – М. : Когито-Центр, 2006. – 408 с.
3. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья / А.С. Спиваковская. Том 2. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – С. 398.

## **ГАРМОНИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ПАРЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

*Тымченко С.Л., Сулейманова Э.Э., Голуб К.А., Манукян А.М.,*

*Скрипников Д.А., Беширов А.М.*

**Медицинская академия им. С.И. Георгиевского**

**ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»**

Многочисленные исследования, посвященные изучению семейных отношений, свидетельствуют о том, что именно качество отношений, а не просто вступление в брак оказывает влияние на здоровье партнеров. Эмоциональная поддержка супруга или партнера связана с более низким

риском смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и прочих причин [1-2]. Одним из возможных факторов, определяющих нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы, может быть нарушение соотношения тонуса различных отделов автономной нервной системы (АНС), регулирующей контур гемодинамических параметров. Для оценки вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы в настоящее время широко применяется метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР). Цель нашего исследования: установить, способствуют ли гармоничные отношения в паре с относительно низким уровнем стресса и оптимальным взаимодействием между партнерами лучшему физическому здоровью.

### **Материал и методы.**

В данном исследовании после получения информированного согласия приняли добровольное участие одиннадцать пар (продолжительность отношения от 6 месяцев и более; средний возраст  $19,6 \pm 0,7$  лет).

Для оценки гибкости и сплоченности в паре использовали опросник FACES-III, который позволяет оценить эмоциональную связь, принятие решений, совместное времяпровождение, интересы и др. показатели.

Состояние АНС оценивали с помощью метода анализа вариабельности сердечного ритма, регистрацию осуществляли с использованием комплекса «CARDIO UC-01» в состоянии физиологического покоя в течение 5 минут. При интерпретации показателей ВСР учитывали литературные данные и имеющиеся рекомендации [3-4]. Анализировали следующие временные показатели ВСР: вариационный размах (dX), средняя продолжительность нормальных интервалов RR – RRNN, стандартное отклонение величин NN-интервалов (SDNN), квадратный корень средних квадратов разницы между смежными RR-интервалами RMSSD, процент интервалов смежных NN, отличающихся более, чем на 50 мс (pNN50%), триангулярный индекс (TI), индекс напряжения (ИН). Среди показателей спектрального анализа оценивали общую мощность спектра (TP), мощность высокочастотной (HF), низкочастотной (LF) и очень низкочастотной (VLF) составляющих спектра, а также HF и LF компоненты в нормализованных единицах и соотношение LF/HF.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ «Microsoft Office Excel», Statistica 6.0 (StatSoft, 2001). Статистически достоверным принимали уровень различий при  $p < 0,05$ . Физиологическую значимость психологических характеристик для функционального состояния АНС оценивали по результатам корреляционного анализа методом Спирмена.

### **Результаты.**

Изучение характеристик пары с использованием модели FACES-III показало, что в целом взаимоотношения можно охарактеризовать как гармоничные, при этом главным в парах было установление эмоционального контакта, поддержка партнера, отношения строились на чуткости к настроению партнера.

Сравнение показателей ВСР в парах показало, что многие из них достоверно отличались в зависимости преобладающего типа семейной системы. Так значения таких спектральных показателей как LF, LFn, LF/HF и общей мощности спектра (TP) были достоверно ниже у пар с более гармоничными отношениями:  $820,85 \pm 111,41 \text{ мс}^2$ ,  $62,54 \pm 2,80\%$ ,  $1,92 \pm 0,30$  и  $2315,39 \pm 325,45 \text{ мс}^2$  ( $p < 0,05$ ) соответственно, по сравнению с парами с менее оптимальным типом взаимодействия (LF =  $1330,75 \pm 176,46 \text{ мс}^2$ , LFn =  $68,42 \pm 2,28\%$ ; LF/HF =  $2,38 \pm 0,28$ ; TP =  $3117,25 \pm 348,77$ ).

Обобщая данные корреляционного анализа параметров ВСР и показателей, характеризующих отношения в паре, можно заключить, что гармоничные отношения в общей сложности способствовали как снижению активности симпатического тонуса в состоянии покоя, так и большей активации парасимпатического отдела АНС, что можно расценивать как оптимальное состояние регуляторных систем.

На основании предварительных результатов исследования также можно заключить, что менее гармоничные отношения сопровождаются достоверным снижением спектральных показателей ВСР, что может свидетельствовать о снижении адаптационных возможностей организма и свидетельствует о повышенном риске развития нарушений регуляции сердечного ритма у данных пар.

### **Литература**

1. Maija Reblin M.A., Bert N. Uchino. Curr Opin Psychiatry. 2008 Mar; 21(2): 201–205.
2. Bert N. Uchino, Kimberly Bowen, McKenzie Carlisle, Wendy Birmingham. Soc Sci Med. 2012 Apr; 74(7): 949–957.
3. Heart rate variability, standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task force of the European Society of Cardiology and the North American Society of pacing and electrophysiology. Eur. Heart J. 1996; 17: 354-381.
4. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма: история и философия, теория и практика. Клиническая информатика и телемедицина. 2004; 1(1): 54-64.

### **РОЛЬ СЕМЬИ В ВОСПИТАНИИ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

***Фетисова Е.В., Рышкова А.В., Новичкова Т.А.***

**Курский государственный медицинский университет**

Семья является начальной структурной единицей общества, которая закладывает основы личности, а также является одним из инструментов, обеспечивающих взаимодействие личности и общества. Именно в семье ребенок получает представления о жизненных целях и ценностях, о том, что нужно знать и как следует себя вести. В семье юный гражданин получает первые практические навыки применения этих представлений во взаимоотношении с другими людьми, соотносит свое Я с Я других людей,

усваивает нормы, которые регулируют поведение в различных ситуациях повседневного общения. Объяснения и наставления родителей, их пример, весь уклад в доме, семейная атмосфера вырабатывают у детей привычки поведения и критерии оценки добра и зла, достойного и недостойного, справедливого и несправедливого.

То, что ребенок в детские годы приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Важность семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится в наиболее значимый период своей жизни, и по силе и длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. В ней закладываются основы личности ребенка, и к поступлению в школу он уже более чем наполовину сформировался как личность. Семья связана кровными и родственными отношениями, объединяя супругов, детей и родителей, объединяет одновременно два, три, а иногда и четыре поколения: отец и мать, бабушка и дедушка, внуки и правнуки.

Как практика семейная педагогика существует давно, и появилась одновременно с формированием в обществе такой ячейки, как семья. Первые требования к личности человека и его поведению, как результату семейного воспитания, встречаются уже в библейских заповедях: не убий, не укради, будь почтителен к старшим и др. Рекомендации по вопросам семейной педагогики содержались и в народных мудростях и в рукописях, появившихся на различных этапах развития человечества. Смысл их был связан с необходимостью и важностью системы воспитания, как обеспечивающей всестороннее и гармоничное развитие молодого поколения. Отмечалось, что только семейное воспитание может сделать ребенка счастливым. Во все века и в семьях всех сословий России проявлялась большая забота о воспитании детей.

В народе оно чаще всего строилось по принципу «делай как я», то есть в основу семейного воспитания был положен авторитет родителей их дела и поступки, семейные традиции. В качестве образца в первую очередь выступал отец, глава семейства. Его пример, как правило, был образцом для подражания у мальчиков, а девочки чаще учились у матери или бабушки. Все формы духовно-нравственного воспитания детей основывались на принципах иерархии отношений и четком распределении обязанностей матери и отца, бабушки и дедушки, старших и младших в семье, закрепленных в социальном идеале мужчины и женщины, юноши и девушки, отрока и отроковицы, мальчика и девочки. Отношения в традиционной семье строились на послушании и ответственности каждого члена семьи, уважения к старшим, заботы о младших. Важнейшим нравственным основанием семьи служило почтительное отношение детей к родителям, которое воспитывалось в крестьянских семьях с малолетства и укреплялось самим строем религиозной и социальной жизни деревни в течение всей жизни каждого человека.

Поскольку крестьянские семьи нередко преследовало всякое горе — пожары, голод, болезнь и преждевременная смерть, то дети часто теряли родителей и оставались сиротами. Тогда воспитание детей осуществлялось

всем «миром», общиной, а иногда и совершенно посторонними людьми, которым отдавали сирот в ученики. При этом четко проявлялась народная педагогика со всеми традиционными правилами и представлениями о добре и зле, допустимо и запретном.

В дворянских и состоятельных семьях воспитанием занимались кормилицы или няни «Арины Родионовны», «Ваньки», Васьки», «Захарки», приставленные к маленькому барину в услужение. Они прививали любовь к родному краю, родной природе, русскому языку; воспитывали «русский дух», передавали вместе с народными песнями и сказками народные представления о правде и справедливости, о чести и достоинстве.

Подрастающих детей передавали на воспитание французским гувернерам и гувернантка, немецким боннам, которые учили принятому в то время французскому и немецкому языкам, правилам хорошего тона, светским манерам. Некоторые современные авторы считают, что в явлении гувернерства заложен глубокий положительный смысл. Ведь нотации и нравственные поучения читает чужой человек, которого за систематические замечания можно и не любить, над которым можно подшучивать и подтрунивать. Родители же проявляли к своим детям ласку и положительные эмоции, поэтому дети вспоминают о них с восхищением и глубоким уважением.

На рубеже 19-20 веков модель традиционного патриархального семейного воспитания значительно изменилось. Социальные и политические преобразования привели к внутрисемейным противоречиям и престиж главы семьи значительно снизился. В новых условиях члены одной семьи оказывались в различных идейных лагерях и исповедовали различную мораль. После революции 1917 года воспитание детей было и вовсе объявлено государственным делом, и семья еще больше утратила свое значение. В России, а затем и в СССР была выстроена система учреждений, занимающихся воспитанием детей практически с рождения. Только что родившегося ребенка родители определяли в ясли, затем в детский сад, далее в школу, при этом существовали школы с продленным днем и дворцы пионеров, станции юного техника, различные спортивные секции и кружки, в которых ребенок проводил свободное от уроков время. Даже летние каникулы ребенок чаще всего проводил не в семье, не у бабушки в деревне, а под педагогическим руководством воспитателей и вожатых в пионерских, спортивных или трудовых лагерях, турпоходах и экскурсиях. Таким образом, за родителями сохранились лишь забота о питании, одежде и физическом здоровье детей.

Но в итоге, все то, что более 70 лет считалось социальным достижением – уход от патриархальной семьи, забота о детях в рамках государственных учреждений – обернулось значительным ослаблением семейного воспитания и снижением уровня влияния родителей на детей. А ведь именно родители – первые воспитатели – по природе имеют самое сильное влияние на детей. Еще Жан-Жак Руссо утверждал, что каждый последующий воспитатель оказывает на ребенка меньшее влияние, чем предыдущий. Родители же являются теми предыдущими по отношению ко всем остальным: воспитателям детского сада, школьным учителям, которым самой природой отдано преимущество.

В настоящее время происходит пересмотр концепции семейного воспитания, возвращение к истокам патриархальной семьи, когда воспитанием детей занималось старшее поколение. Все чаще роль первых воспитателей исполняют наряду с вечно занятыми мамами бабушки, дедушки или няни. Ребенка уже не торопят отдать в ясли, а социализация происходит при посещении различных центров раннего развития, подразумевающих присутствие на занятиях мамы, совместной деятельности ребенка и взрослого. Но в тоже время воспитание детей понимается не только как личное дело родителей, в нем заинтересовано все общество. Семейное воспитание это часть общественного воспитания, но часть весьма существенная и уникальная. Уникальность ее, во-первых, состоит в том, что она дает «первые уроки жизни», которые закладывают основу для руководства к действиям и поведению в будущем, во-вторых, в том, что семейное воспитание очень результативно, так как осуществляется непрерывно и одновременно охватывает все стороны формирующейся личности. Оно строится на основе устойчивых контактов и эмоциональных отношений детей и родителей между собой. Причем речь идет не только об естественных чувствах любви и доверия, но и об ощущениях детьми своей безопасности, защищенности, возможности делиться переживаниями, получать помощь от взрослых.

Семья – основная среда обитания и жизнедеятельности детей в ранний период их жизни, которая во многом сохраняет это качество и в последующие периоды. В процессе семейного общения передается жизненный опыт старших поколений, уровень культуры, образцы поведения. Таким образом, семейное воспитание – это система воспитания и образования, складывающаяся в условиях конкретной семьи и силами родителей и родственников. Семейное воспитание это сложная и многогранная система. На него влияют наследственность и биологическое (природное) здоровье детей и родителей, материально-экономическая обеспеченность, социальное положение, уклад жизни, количество членов семьи, место проживания, отношение к ребенку. Все это органично переплетается и в каждом конкретном случае проявляется по-разному.

Семейное воспитание, прежде всего, начинается с любви к ребенку. Любовь родителя это любовь во имя будущего, в отличие от любви во имя удовлетворения собственных сиюминутных родительских чувств. Воспитательный процесс в семье не имеет границ, начала или конца. Ведь именно семья создает для ребенка ту модель жизни, в которую он включается с первых дней, поэтому каждый ребенок невольно, неосознанно повторяет своих родителей, подражает папам и мамам, бабушкам и дедушкам.

В настоящее время целью семейного воспитания является формирование таких качеств личности, которые помогут безболезненно адаптироваться к взрослой жизни, достойно преодолеть трудности и преграды, встречающиеся на жизненном пути. А задачи семейного воспитания состоят в том, чтобы:

- создать максимальные условия для роста и развития ребенка;

- передать опыт создания и сохранения семьи, воспитания в ней детей и отношения к старшим;
- научить детей полезным прикладным навыкам и умениям, направленным на самообслуживание и помощь близким;
- воспитать чувство собственного достоинства, ценности собственного Я.

### **Литература**

1. Педагогика: учебное пособие [Текст] / под ред. П.И. Пидкасистого. – М.: Высшее образование, 2007. – 430 с.
2. Педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений [Текст] / В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев и др. М.: Школа – Пресс, 2000. – 512 с.
3. Подласый, И.П. Педагогика: Новый курс: учебник: в 2 кн. Кн.1: Общие основы. Процесс обучения. [Текст] / И.П. Подласый. – М., 2003. – 576 с.

## **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗМЕНЕНИЮ МЕСТА И РОЛИ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

*Холодова К.А., Рожкова М.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

Согласно Стратегии демографического развития Российской Федерации до 2025, начиная с 2000 года в нашей стране был отмечен рост рождаемости, однако к 2016 году он еще остается на низком уровне.

По пессимистическому варианту прогноза предположительной численности населения Российской Федерации, рассчитанному на основе динамики демографических процессов в 2000-2005 годах без учета программ по улучшению здоровья населения, сокращению уровня смертности и увеличению уровня рождаемости, население России сократится к 2025 году на 124,9 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни уменьшится до 64,5 года, более чем на 18 процентов уменьшится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста.

К факторам, которые негативно влияют на демографическое состояние, можно отнести: низкий денежный доход многих семей, отсутствие нормальных жилищных условий, современная структура семьи (ориентация на малодетность, увеличение числа неполных семей), тяжелый физический труд значительной части работающих женщин (около 15%), условия труда, не отвечающие санитарно-гигиеническим нормам, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокое число прерываний беременности (абортов) [5].

Согласно стратегии, решение задач по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений включает в себя:

- развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата, профилактики семейного неблагополучия, социальной реабилитации семей и

детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подготовки и комплексного сопровождения семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;

- пропаганду ценностей семьи, имеющей нескольких детей, а также различных форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в целях формирования в обществе позитивного образа семьи со стабильным зарегистрированным браком супругов, имеющих нескольких детей или принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;

- реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного прерывания беременности (абортов);

повышение обязательств родителей по обеспечению надлежащего уровня жизни и развития ребенка;

- создание специализированной системы защиты прав детей, включая дальнейшее развитие института уполномоченных по правам ребенка в субъектах Российской Федерации, внедрение в работу органов исполнительной власти и судебных органов современных технологий профилактики правонарушений, защиты прав детей, социальной реабилитации и последующей интеграции в общество несовершеннолетних правонарушителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации [5].

Актуальность темы заключается в том, что и для государства, и для общества в целом, и для каждой отдельной личности семья является необходимым звеном существования, в котором растет и воспитывается человек [1]. В связи с этим необходимо выявить основные проблемы на ранних этапах формирования каждой новой ячейки общества, найти наиболее эффективные способы их решения [1].

Современные семьи имеют ряд проблем, связанных с негативными изменившимися с течением времени нравами и социальным поведением.

Целью нашего исследования является изучение теоретических подходов к изменению места и роли семьи в современном обществе.

Объектом данной работы является семья в современном обществе. Предмет: трансформация подходов к понятию семья.

Что же все-таки означает само понятие «семья»? Рассмотрим различные подходы. Историки как отечественные, так и зарубежные, говоря о понятии семьи, постоянно возвращаются к понятию «домохозяйство». Так, английский ученый П. Ланслетт в своем труде в качестве основной социальной единицы рассматривает именно домохозяйство («сожительствующая домашняя группа») [3]. С развитием отечественного семейведения, характеризуя семью, исследователи используют понятия «социальный институт» и «социальная группа», «социальная система». Таким образом, согласно современным исследователям семьи в русле социальной философии, именно наличие триединого отношения супружества – родительства – родства обуславливает существование семьи в ее традиционной форме.

Наиболее многогранным и близким к современному пониманию является определение, которое и будет использоваться как основное в данной статье, введенное в социологию П.А. Сорокиным в начале XX века: «Под семьей мы

понимаем (применительно к современному населению) легальный союз (часто пожизненный) супругов с одной стороны, союз родителей и детей, с другой, союз родственников и свойственников, с третьей» [2].

На современном этапе развития многих российских ученых, изучающих проблемы современной семьи, можно поделить на два дискурсивных «лагеря»: «кризиса семьи» и «модернизации семьи».

Итак, приверженцы первой концепции – Л.Е. Дарский, А.И. Антонов – приводят такие факторы, позволяющие говорить о кризисе семьи на современном этапе: подмена социальных норм деторождения (отрицание многодетности семьи), снижение значимости семьи как необходимой формы социального бытия человека и ломка его нравственных устоев, деформация семейного производства и перемещение его во второстепенные средства общественной экономики и другое. В целом аргументами «парадигмы кризиса семьи является утрата либо замещение общественными институтами основных социальных задач семьи». Демографы признают, что причины кризиса носят объективный, долговременный и глобальный характер [4].

Совсем иную позицию занимают «модернизаторы» (Вишневский А.Г. и др.) Под модернизацией они понимают макропроцесс перехода от «традиционного общества» к современному – обществу модерна, в котором человек модерна все больше ориентируется на себя, становится личностью, неспособной жертвовать во имя любых социальных общностей, ставить общие (групповые) интересы выше частных.

Модернизаторы утверждают, что институт семьи переживает не кризис, а «модернизацию», которая является закономерным следствием общественного прогресса и при всех своих «издержках» (низкая рождаемость, убыль населения, рост числа разводов, высокая доля неполных семей) носит в целом прогрессивный и позитивный характер, т.к. обеспечивает свободу выбора семейного и демографического поведения, которая объявляется одним из «прав человека».

Итак, эволюция семьи прошла три этапа. На первом этапе существовали архаичные большие семьи с коллективной или групповой собственностью. На втором этапе они трансформировались в поздние большие семьи, внутри которых возникали обособленные семейные ячейки с частной собственностью. На третьем этапе эти ячейки превратились в малые или нуклеарные семьи с развитой частной собственностью.

Рассматривая семью в историческом контексте, стоит обратить внимание на виды семьи, которые сменяли друг друга, а порой и сосуществовали на протяжении всего исторического процесса. Выделяют четыре основных системы брачных отношений:

- Групповой брак – отношения между несколькими мужчинами и женщинами одновременно. Этот вид свойственен первобытному обществу.

- Полигиния – отношения между одним мужчиной и несколькими женщинами. Этот тип присущ скотоводам-кочевникам.

- Полиандрия – многомужество, редко наблюдаемая форма группового брака, при которой женщина имеет связь сразу с несколькими мужчинами. Эта форма брака имела место среди некоторых народов Китая.

- Моногамия – такая форма брака и семьи, в которой человек имеет только одного партнера во время своей жизни или в любой момент времени. Эта форма брака являлась преобладающей у земледельцев, и на данном этапе так же представляет собой самый распространенный вид семейных отношений.

Как устойчивое объединение семья возникает в связи с разложением родового строя. Первая историческая форма моногамии – патриархальная семья (управлялась отцом, включала его потомков с их женами и детьми, а также домашних рабов, основная ее функция – хозяйственно-экономическая: совместное ведение хозяйства, преимущественно аграрного типа, достижение экономического благополучия).

На сегодняшний день можно со всей уверенностью констатировать, что основную часть функций, которые выполняла патриархальная семья, взял на себя сам индивид, а также государство (государственное пенсионное обеспечение) и общество, в лице благотворительных организаций и бизнеса в социальной сфере [4].

Человек становится все более независимым экономически и профессионально от семьи, превращается в совершенно самостоятельную единицу. Однако помимо плюсов, заключающихся в личностном росте, возрастают такие глобальные проблемы, как недостаточный уровень социализации у каждого нового поколения, выросшего в «семье модерна», заведомое нежелание заводить детей у людей репродуктивного возраста, огромное количество разводов из-за раннего неосмысленного вступления в брак.

Стоит отметить и то, что в настоящее время и задачи воспитания стали более сложными. Дело в том, что во всех областях жизни происходят сегодня резкие изменения. В течение жизни одного поколения полностью изменился образ жизни людей. Если раньше родители готовили своих детей для вступления в мир, который они хорошо знали, который был таким же, как и тот, в котором они жили сами, где действовали те же самые законы и требования, то сегодняшние родители готовят своих детей для вступления в жизнь, которой они не могут знать, о требованиях которой они не имеют понятия. Недостаточно сегодня дать детям одни лишь готовые знания: через двадцать-тридцать лет они, возможно, не будут иметь никакой цены; привитые навыки и умение их тоже вряд ли выручат, т.к. в корне изменится все производство и весь образ жизни; едва ли им поможет и послушание - кого они будут слушать, став взрослыми?

Однако нет никаких сомнений в том, что семья, как правило, как и прежде является лучшей средой для полноценного воспитания детей, а часто и прочным эмоциональным «убежищем» для взрослых. Усилия помочь семье в решении ее экономических, социальных и других проблем являются в настоящее время более уместными, чем разговоры, осуждающие семью как изживший себя и устаревший институт.

Подводя итог, можно сказать, что роль семьи деформируется, однако данный социальный институт несомненно носит большую важность для каждого представителя общественной среды.

### **Литература**

1. Лунева Е.Н., Бондаренко Л.В. (Институт сферы обслуживания и предпринимательства (филиал) ДГТУ г. Шахты). «Проблемы стабильности молодой семьи в современном обществе». – С. 104-105, 2014 г.
2. Сорокин П.А. «Система социологии». – М., 1998. – С. 64.
3. Ланслетт П. Домохозяйство и семья в прошлые времена. – М., 1995.
4. Юрданова М.Э. «Семья в фокусе современных социальных проблем общества». – С. 345-346, 2011.
5. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.
6. Лазарев А.И., Лазаренко В.А., Блинков Ю.А., Шульгина Т.А. «Молодая семья в современных социокультурных условиях». – К., 2009.

## **ТРАНСФОРМАЦИЯ РОЛЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ СЕМЬЕ (РАЗМЫШЛЕНИЯ ПО ПОВОДУ МНЕНИЙ РЕСПОНДЕНТОВ)**

*Черненко В.М., Черненко Е.В.*

**ГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»**

Классическое определение социальной роли – это предписываемое и ожидаемое поведение индивидов в соответствии с занимаемым статусом. Если говорить о взаимодействии в семье в общем плане, то это явление рассматривается как совокупность установок, норм и образцов поведения, характеризующих отношения между членами семьи, где каждый из субъектов выступает по крайней мере в двух ролях: муж и жена не только супруги, но и родители, а также дети своих родителей; и еще в ряде второстепенных, в данном случае, ролей: дети выступают одновременно как братья и сестры, имея при этом своеобразные, отличные от этих роли в отношении дедушек – бабушек, дядей – тетей и других родственников.

И каждая из названных и неназванных ролей (а в многопоколенных семьях их насчитывается до сотни, а в некоторых национально-религиозных культурах и больше) требует своего стандарта поведения и особенностей их проявления.

Многие семейные роли сохраняются на протяжении всего жизненного цикла семьи, но изменяются их содержание и внешние формы. Сравните: мать младенца, мать детей школьников, мать взрослых детей. И модели поведения в одной и той же роли могут не только изменяться с течением времени, но и вступать в противоречие. Та же мать требует от взрослеющего ребенка ответственности и самостоятельности, но не может удержаться от мелочной

опеки; понимает, что у взрослого сына (дочери) могут быть уже свои секреты, но хочет быть, как в детстве, поверенной во всех их делах.

Если говорить о главных ролях, то это прежде всего роль матери (рождение, вскармливание, духовное единство и т.д.) и роль отца, которая, по современным взглядам, есть производное от его отношений с женой, поскольку именно жена особым образом связывает его с ребенком. Отсюда сентенция: «самое лучшее, что может сделать отец для детей – это любить их мать». Но от времен патриархальности, когда роль отца была безусловно главной, сохранилась надежда на его силу, ум, умение быть опорой семьи, воспитывать детей примером.

Переходя от безусловно и объективно главнейших ролей родителей к оценке достаточно субъективной роли главы семьи, отметим, что вопрос о главенстве в семье достаточно актуален, хотя некоторые фамилиеведы и утверждают, что эгалитаризация в принятии решений сводит к минимуму потребность в выделении семейных доминантов. Проведенное нами в 2015/16 г. социологическое исследование говорит о заметной трансформации традиционных ролевых отношений в этом вопросе.

Исследуемая выборочная совокупность состояла из трех разновозрастных групп: студенты 1-2 курсов (18-20 лет); дипломированные специалисты (ординаторы и врачи) в возрасте 30-35 лет и родители или дедушки-бабушки студентов и ординаторов (не респондентов!) в возрасте старше 60 лет. Каждая из групп насчитывала 40 человек, поровну мужчин и женщин.

В 1-й (младшей) группе о том, что есть такая роль – глава семьи – все знают, но в применении к себе еще почти все в практическом плане не задумывались. Во 2-й возрастной группе эгалитаризм господствует, решения принимают только совместно 60%, у остальных определяющий фактор – материальный вклад в семейный бюджет и моральный авторитет одного из супругов. В 3-й (старшей) группе заметно влияние патриархального традиционализма, то есть более 40% респондентов, преимущественно мужчин, но и женщин, признают безусловным главой семьи мужчину, даже если его вклад в семейный бюджет меньше, чем у супруги.

Заметная трансформация, если судить по данным представленного здесь сравнительно ограниченного исследования, произошла и в оценке роли родителей в воспитании детей. Если ранее роль матери здесь была бесспорно ведущей, то теперь: в 1-й группе большинство (55%), признавая роль семьи в воспитании вообще, больше говорят о самовоспитании подростков и даже младших школьников, при этом отца вспоминают чаще чем мать, потому что помнят о репрессиях с его стороны, а была ли у родителей любовь и единство мнений в вопросах воспитания – не замечали. 2-я группа тоже в большинстве не хочет заниматься воспитанием («мне некогда, надо зарабатывать»), адресуя выполнение этой задачи школе и другим структурам (67%). Только 3-я группа продолжает считать семью главной в вопросах воспитания, дополняя непременно сотрудничеством со школой (85%).

Аксиоматичные утверждения по поводу семьи как не просто ячейки, но основы общества также подверглись трансформации. Социологические

исследования начала XXI в. показали, что семья – не та идея, которая могла бы сплотить общество. Больше объединяют другие идеи:

- 1) стабильность (50%);
- 2) законность и порядок (42%);
- 3) достойная жизнь (31%);
- 4) сильная держава (28%);
- 5) возрождение России (26%);
- 6) социальная защищенность (22%);
- 7) равенство и справедливость (14%);
- 8) (!) крепкая семья.

Итак, по мнению современных респондентов, общество может быть объединено улучшением функционирования государства, права, промышленности, финансов, социального обеспечения и, в последнюю очередь, укреплением семьи. Таким образом, институт семьи и индивидами, и социумом НЕ осознается как один из основных общественных институтов и совсем не воспринимается как заглавный. Некоторые, достаточно ограниченные, шаги стали предприниматься в поддержку семьи обществом и государством только в последнее время (материнский капитал, ордена многодетным, федеральные и региональные уполномоченные по правам ребенка).

Это означает, что от семьи как социального института и, тем более, как от малой группы зависит очень немного. Косвенно это подтверждает другое исследование: кто может лучше понять и поддержать человека? В рейтинге на первом месте родительская семья, а в ней мать и отец (42%), муж или жена (30%), сын или дочь (10%). Важно, что институт дружбы в этой иерархии почти на уровне института брака, то есть респонденты не готовы полностью опереться на членов собственной семьи, хорошо осознавая ограниченность их возможностей (как психологических, так и материальных).

Рассмотренные выше трансформации семейных ролей являются лишь небольшой частью проблем, которые многие социологи расценивают как кризис семьи. В подтверждение приводятся данные о демографической ситуации (сокращение рождаемости, увеличение доли однодетных семей, сознательная бездетность, рост числа неполных семей и т.д.); тяжелом социально-экономическом положении семей. Другие, не менее аргументированно, расценивают эти явления как проявления модернизации семьи. Но и те, и другие в конечном счете приходят к выводу, что, несмотря на все «выкрутасы» (открытые семьи, экстерриториальные, групповые, однополые и т.п., и т.д.), альтернативы семье нет. 2-й конгресс семьи в Женеве утверждает, что нынешняя семья переживает не кризис, а модернизацию и уничтожить семью во всех её проявлениях невозможно, иначе рухнет само общество.

### **Литература**

1. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. – М., 2006.
2. Голод С.И. Будущая семья: какова она? – М., 2012.

3. Харчев А.Г., Мацковский М.С. Современная семья и ее проблемы. Социально-демографическое исследование. – М., 1989.
4. Черненко В.М., Безвербная Н.А., Мкртычева К.Б. Социология семьи // Социология. – Ростов-на-Дону, 2011. – с. 210-237.
5. Собственные исследования 2015/2016 гг.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ВОПРОСАХ КОНТРАЦЕПЦИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

*Чхаабра И.Р., Борисенко А.В., Жукова А.А., Смирнова С.Н.*

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО  
«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»**

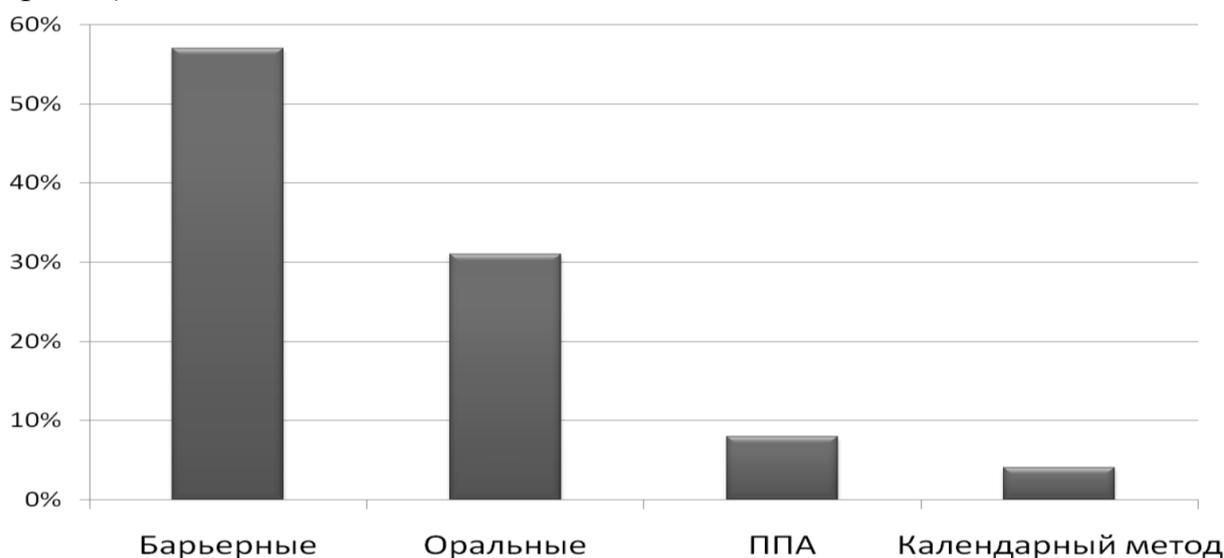
В настоящее время существует большой выбор методов контрацепции. Причем многие современные методы контрацепции основаны именно на первоначальных способах предохранения от беременности, которые использовались много веков назад. Так, с древних времен одним из наиболее распространенных способов контрацепции был химический метод профилактики от нежелательной беременности [1, 2, 3]. В Древнем Египте женщины использовали влагалищные тампоны из хлопка, пропитанные отваром акации и медом (мед, благодаря липкой консистенции, затрудняет прохождение сперматозоидов из влагалища в шейку матки), в Древней Индии также применялись тампоны, но уже из листьев акации и слоновьего кала (при ферментации данных компонентов образуется молочная кислота, вызывающая гибель сперматозоидов), в Древнем Китае в качестве противозачаточного средства использовали смесь растительного масла и ртути, которую вводили во влагалище. В средние века также применялись тампоны, пропитанные уксусной кислотой [4, 5, 6, 7, 8]. Вопросы контрацепции не теряют своей актуальности и в настоящее время. Несмотря на большое количество источников информации, окружающих современного человека, молодые люди не всегда достаточно осведомлены в вопросах контрацепции и планирования семьи, что приводит к различным неблагоприятным последствиям (ранние беременности, разводы, аборты и т.д.)

В связи с этим целью нашей работы явилось определение информированности студентов первого курса Медицинской академии в вопросах контрацепции и планирования семьи.

Было проведено анкетирование среди 110 студентов первого курса Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. Вернадского». Возраст анкетированных составил от 17 до 25 лет. Анкетирование включало в себя 30 обзорных вопросов по темам: «Репродуктивное здоровье современной молодежи», «Оплодотворение и беременность», «Методы планирования семьи», «Аборты в современном обществе» и т.п.

В ходе исследования было выявлено, что 91% студентов первого курса считают, что беременность необходимо планировать заранее, в то время как 6%

считают, что в этом нет необходимости, а 4% опрошенных вообще не приветствуют планирование беременности. Тем не менее при оценке результатов проведенного опроса было обнаружено, что, к сожалению, современному поколению не хватает знаний об эффективности различных методов контрацепции. Возможно, это связано с тем, что лишь для 2% студентов медицинского вуза главным источником информации по вопросам контрацепции и репродуктивного здоровья являются книги и учебные пособия, 5% студентов обращаются по данному вопросу к родителям, 43% в качестве главного источника знаний используют интернет, а оставшиеся 49% опрошенных обсуждают подобные вопросы со сверстниками. Также в ходе исследований было выявлено, что для 16% нашей целевой аудитории возраст 13-15 лет являлся возрастом вступления в половой контакт, но лишь 7% считают данный возраст оптимальным. При выявлении методов контрацепции, которые предпочитают современные студенты, было выявлено 4 основных способа контрацепции, которые предпочитают большинство опрошенных (см. рис. 1):



При выявлении наиболее эффективных, по мнению студентов, способов контрацепции было выявлено, что 51% респондентов наиболее эффективными и безопасными считают барьерные методы контрацепции, 36% – оральные контрацептивы, 12% предпочитает прерванный половой акт, и лишь 1% – календарный метод. При этом в реальной жизни 34% опрошенных использует барьерные контрацептивы, 28% – оральные, 19% предпочитает естественный метод контрацепции (прерванный половой акт), 14% не используют каких-либо методов планирования семьи, 3% воздерживаются от вступления в половой контакт и 2% отдают предпочтение календарному методу.

По мнению респондентов главным фактором при выборе конкретного способа контрацепции является, прежде всего, эффективность. Так для 81% опрошенных при выборе метода контрацепции случаев важную роль играет простота и удобство в применении, в 61% – главным критерием выбора того или иного метода контрацепции выступает ценовой фактор, а более 50% участников нашего опроса считают важным фактором защиту от ЗППП.

Таким образом, согласно результатам исследования, большая часть нашей целевой аудитории отдает предпочтение барьерному методу контрацепции, эффективность которого составляет около 98%, оральные контрацептивы пользуются меньшей популярностью исходя из проведенного нами исследования, тем не менее они являются одними из самых эффективных методов контрацепции т.к. содержат в своем составе вещества, аналогичные женским половым гормонам (прогестерону и эстрогену) и обладают практически 100% эффективностью [9, 10].

Таким образом, к сожалению, современное поколение, не смотря на серьезные достижения медицины и большое разнообразие источников информации, не обладает достаточной информацией по многообразию и эффективности современных методов контрацепции. Неосведомленность в данных вопросах с достаточно ранним началом половой жизни, может сопровождаться значительным числом нежеланных беременностей, абортов, что может привести к проблемам с репродуктивным здоровьем, а следовательно к падению рождаемости и усугублению демографического кризиса страны.

### Литература

1. Современные контрацептивные средства / Мануилова И.А., издательство «Медицина», Москва, 1995, с. 120.
2. Современные методы контрацепции / Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., издательство «Медицина», Москва, 1996, с. 23.
3. Контрацепция для подростков. Методические материалы / Гуркин Ю.А, Балансян В.Г., издательство «Фиолиант», Москва, 1994, с. 574.
4. Барьерные контрацептивы и спермициды / ВОЗ, Женева 1990, с. 27.
5. Контрацепция (Возможности и опасности) / А.Я. Сенчук, Б.М. Венцовский, И.Б. Вовк, И.А. Доскоч, Москва: «МЕДпресс информ», 2005, с. 11-14.
6. Современные методы и средства контрацепции / Малярская М., Сикирина О., издательство «Счастливая женщина», 2010, с. 23.
7. «Руководство по контрацепции» / В.Н. Прилепская, издательство «МЕДпресс информ», 2010, с. 237-240.
8. Основы контрацепции / Е.А. Юрасова, Т.Ю. Пестрикова, Е.Л. Сухоносова, издательство ДВГМУ, 2015. – С. 49.
9. Клиническое руководство по контрацепции / Сперофф, издательство «Бином», 2009, с. 336-340.
10. Гинекология: национальное руководство / В.И. Кулаков, И.Б. Манухин, Г.М. Савельева, издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2011, с. 28.

## **ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «СОГЛАСИСЬ НА СЧАСТЬЕ СВОЕЙ ЖИЗНИ» В РАМКАХ ПРОФИЛЬНОГО ЛАГЕРЯ «ГАРМОНИЯ»**

*Шуваева Т.И., Мясникова К.А.*

**Курский государственный медицинский университет**

Семья – это источник ресурсов для человека, место, где можно получить поддержку, тепло и заботу. В семье закладываются основные ценности личности, формируется отношение человека к миру и к себе. Гармоничные семейные отношения – залог здорового развития ребенка и его успешной реализации в жизни.

Однако выстроить такие отношения, пережить кризисные периоды и сохранить семью – сложнейшая задача. Современное положение института семьи, неутешительная статистика браков и разводов подтверждают этот факт. В настоящее время проводятся многочисленные исследования, цель которых выяснить, какие факторы негативным образом влияют на взаимоотношения супругов и как снизить их воздействие. Одним из необходимых условий стабильных отношений в паре считается готовность социально-психологическая личности к вступлению в брак. Под готовностью к семейной жизни Т.А. Федорова понимает интегративное качество личности, включающее в себя совокупность знаний, обеспечивающих адекватный и осознанный выбор спутника жизни, положительное отношение к формированию брачно-семейных отношений и осознанное принятие ценностей семьи; сформированность коммуникативных и рефлексивных умений, необходимых для создания успешной семьи [3].

Исследование отношения старшеклассников к семье и браку Хватовой М.Б. показывают, что вопрос построения семьи – «социально значимый и животрепещущий (100% опрошенных хотят иметь семью)». Однако автор отмечает отсутствие четкого и ясного понимания, на каких принципах и как строится семья (широкий разброс ответов, характеризующих отношения между мужем и женой). Кроме того, большинство участников исследования (53%) считают целесообразным и необходимым дополнительное изучение вопросов, касающихся семьи [4]. Таким образом, начало подготовки к супружеству в старших классах школ можно считать вполне уместной и даже необходимой.

В Курском государственном медицинском университете разработан проект «Согласись на счастье в своей жизни» с целью подготовки молодых людей к вступлению в брак, формирование навыков продуктивного разрешения конфликтов, просвещение молодежи в области семейных отношений. Одним из направлений работы проекта является психологическое просвещение учеников старших классов школ г. Курска. В течение учебного года организаторы проекта посещали школы города, обсуждали с учениками 10-11 классов особенности взаимоотношений мужчины и женщины на разных уровнях.

Летом 2016 года был проведен курс занятий в профильном лагере «Гармония». Посещение занятий было добровольным, школьники сами выбирали для себя наиболее интересный профиль. Участие в профиле приняли 16 девушек в возрасте от 15 до 17 лет. Отсутствие юношей среди участников

показывает низкую заинтересованность в обсуждении тем, касающихся семейных отношений и подготовки к ним.

Профиль «Согласись на счастье в своей жизни» состоял из 11 занятий, в ходе которых обсуждались следующие темы:

- Психология мужчины и женщины;
- Образ идеального партнера;
- Любовь, влюбленность, дружба - что есть что?
- Модели семьи. Стадии развития отношений. Нормативные кризисы;
- Роль отца и матери в воспитании ребенка;
- Ревность и измена;
- Психология и физиология интимных отношений;
- Контрацепция и ЗППП.

Занятия проходили в форме дискуссий, бесед с использованием тренинговых упражнений и видеороликов по темам.

Обсуждаемые темы вызвали большой отклик среди участниц. Девушки задавали много вопросов, интересовались дополнительной литературой, делились приобретенными знаниями с родными и друзьями.

Для оценки эффективности профильных занятий «Согласись на счастье в своей жизни» спустя год было проведено исследование среди участников программы. В качестве инструментария была использована анкета, разработанная с помощью интерактивного инструмента GoogleForms.

Участниками исследования стали девушки в возрасте 17 (55,6%) и 18 (44,4%) лет, которые посещали занятия профиля «Согласись на счастье в своей жизни» в профильном лагере «Гармония».

С целью определения мотивов посещения занятий был задан вопрос: «Какова была причина выбора данного профиля?» Большинство респондентов отметили актуальность обсуждаемых тем, а также потребность обсуждения вопросов создания гармоничных отношений и подготовки к вступлению в брак.

Необходимость подготовки к супружеству отмечают все участницы. В качестве оптимального возраста указывают границы в 17-19 лет (44,4%), 20-22 года (33,3%).

Знания, полученные на занятиях профиля, все участницы определяют как практически полезные. Большинство из них (88,9%) применяют эти знания в повседневной жизни.

Замечены изменения в отношениях с партнером после посещения профиля у 44,4% участниц. 55,6% опрошенных отмечают снижение частоты возникновения конфликтов в отношениях с партнером. При ответе на вопрос: «Как изменился характер конфликтов?» мнения девушек разделились. 37,5% участниц отмечают снижение остроты возникающих конфликтов; 37,5% обозначают сформированность навыков конструктивного разрешения конфликтов; остальные 25% не заметили изменений.

Среди тем проекта наиболее важными считают «Психология мужчины и женщины» и «Ревность и измена» (100%). Этот факт свидетельствует о потребности девушек в понимании психологии противоположного пола и

навыках общения с ним, а также об актуальности проблемы соблюдения этики супружеских отношений. Наименее важной девушки посчитали тему «Образ идеального партнера» (55,6%), отмечая при этом, что идеала не существует, а в семейных отношениях важнее взаимопонимание и верность, чем соответствие каким-то идеалам. Среди желаемых тем участницы выделили «Планирование беременности».

На вопрос: «Какой формат занятий вы считаете наиболее эффективным?» ответы распределились следующим образом: «Дискуссии/беседы» – 100%; «Ситуационные задачи и кейсы» – 55,6%; «Выполнение упражнений на формирование навыков» – 44,4%; «Видеоролик» – 22,2%; «Презентация» и «Лекция» – по 1 %.

Все участницы желают продолжить участие в профиле «Согласись на счастье в своей жизни», что говорит о высокой потребности девушек получить полную и достоверную информацию об особенностях парных отношений.

Таким образом, необходимость подготовки молодежи к созданию семьи отмечают как исследователи, так и сами молодые люди. Опыт реализации проекта показывает, что наиболее актуальными для старшеклассников являются вопросы психологии мужчин и женщин и их взаимодействия, а также вопрос этики супружеских отношений. Участники исследования считают наиболее эффективным способом подачи информации беседу или дискуссию. На основе полученных данных можно сделать вывод, что просвещение молодежи в области психологии парных отношений достаточно эффективно. Планируется дальнейшее развитие проекта в сторону расширения круга обсуждаемых вопросов. Больше внимания будет уделяться вопросам коммуникации и разрешения конфликтов в паре, а также будет сделан акцент на формирование практических умений и навыков, необходимых для успешного взаимодействия в семье.

### Литература

1. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Шуваева Т.И. Проблемы формирования взаимоотношений в молодой семье на ранних стадиях ее развития // Молодежь в современном мире: материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2015. – С. 189-191.

2. Кетова Н.А., Шуваева Т.И. Формирование навыков работы в команде студентов разных направлений подготовки и представителей органов власти на примере реализации проекта «Согласись на счастье в своей жизни» // Социальное образование в России: история, проблемы, перспективы развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 25-летию факультета социальной работы КГМУ. – 2016. – С. 73-76.

3. Федорова Т.А. Педагогическое содействие формированию готовности студентов вуза к семейной жизни: дис. ... канд. пед. наук. Челябинск, 2009.

4. Хватова М.Б. Формирование ценностного отношения к семье как социально значимый результат образовательных инноваций в современной школе // Вестник МГОУ. Серия «Педагогика». № 2. 2013.

## РЕБЕНОК С ОВЗ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ

*Шульгина Т.А., Кетова Н.А., Мясникова К.А.*

Курский государственный медицинский университет

Ребенок, независимо от наличия у него ограничений здоровья или от вида этих ограничений, является развивающейся личностью, и несмотря на возможное снижение темпов развития, в процессе воспитания в нем формируются важнейшие качества личности, которые в последствие оказывают влияние на его реабилитационный потенциал.

Во время развития ребенок получает комплексное воспитание со стороны двух родителей, а иногда и большего количества членов семьи, и важным фактором гармоничного развития в данном случае является согласованность педагогических стратегий обоих родителей и доступное представление характеристики этих стратегий остальным членам семьи. Под педагогическими стратегиями понимается такое понятие как «родительские установки». Родительские установки в отношении воспитания ребенка и общения с ним - один из наиболее важных аспектов детско-родительских отношений. Родительские установки выступают синонимичным термином с понятием «родительский стиль» или «стиль воспитания» и трактуются как система представлений о роли родителей, взаимодействии с ребенком, о сущности воспитания, его целях, а также о методах и средствах реализации педагогических стратегий [3].

По мнению, Д. Боумрин стиль воспитания формируется из совокупности параметров родительского взаимодействия с ребенком (родительский контроль, родительские требования, общение, эмоциональная поддержка) [7]. На основании сочетания тех или иных параметров можно выделить несколько стилей воспитания. Классификация стилей воспитания представлена в большом количестве работ таких авторов, как А. Болдуин, Д. Боумринд, В.И. Гарбузов, Е.Т. Столин и В.В. Столин, Р.В. Овчарова, Э.Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис [2, 4].

Наиболее обширную группировку, на наш взгляд, определили Д. Баумринд и Р.В. Овчарова. В обеих классификациях указаны такие стили воспитания, как авторитарный, демократический и попустительский, но Баумринд дополнил свой вариант опекающим стилем [2].

Авторитарный стиль. При данном варианте наблюдается жесткая иерархия в семье, родители занимают высокую позицию в отношении ребенка. Взаимодействие строится на основании подчинения со стороны ребенка и жесткого контроля со стороны родителей. Все решения принимают родители, мнение ребенка не учитывается, он рассматривается как слишком маленький, либо как недостаточно умный. Считается, что только родители знают, что ему нужно и что будет для него лучше. Предъявляемые требования не обосновываются, подкрепляясь строгим контролем и запретами, в случае не соблюдения которых может применяться физическое наказание. На

эмоциональном уровне в большинстве случаев родители дистанцируются и не проявляют тепла и принятия ребенка [1].

Опекающий стиль (гиперпротекция) характеризуется также ограничением самостоятельности ребенка. Воспитание воспринимается родителями как единственная обязанность в жизни. Ребенку уделяется большое количество внимания, решаются все его проблемы, удовлетворяются все потребности. В случае с ребенком-инвалидом данный стиль наиболее часто встречающийся в таких семьях. Родители не могут адекватно оценить и воспринять способности ребенка, воспринимают его как более слабого, неспособного на принятие решений и справляться с появляющимися проблемами [6].

Демократический стиль используют родители, которые осознают необходимость развития в ребенке самостоятельности и ответственности. Такие родители способны выслушать и согласиться с мнением ребенка, привлекают его к принятию решений, касающихся всей семьи. В вопросах самоопределения предпочтение отдают желаниям и потребностям ребенка. Родители, выбирающие демократический стиль воспитания, предоставляют ребенку заботу и поддержку, их взаимоотношения наполнены принятием и теплом. В то же время при необходимости проявляют твердость и следят за соблюдением дисциплины [5].

Родители, для которых характерен попустительский (либеральный) стиль воспитания, занижают значение или не считают необходимым воспитание в семейных условиях, делегируя эту функцию учителям и воспитателям. Поведение ребенка не регулируется, частым явлением выступает вседозволенность. Ребенок обладает полной свободой действий и не несет ответственности за свои поступки [7].

По нашему мнению, указанные стили воспитания возможно рассматривать как применимые к семьям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Нами было проведено исследование с целью выявить влияние стиля взаимоотношений в семье на реабилитацию ребенка с ОВЗ.

Объектом исследования выступили семьи с ребенком с ОВЗ.

В качестве предмета мы рассматривали семейный стиль взаимоотношений как фактор, определяющий реабилитационный процесс ребенка с ОВЗ.

Были использованы такие методы исследования, как анкетирование для определения социального статуса семьи, тестирование для определения стиля воспитания, которого придерживается семья («Стили воспитания» по Овчаровой Р.В., «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкис), шкала мышечной спастичности Ашворта для оценки эффективности реабилитационного процесса.

Нами была выдвинута гипотеза: стиль воспитания в семье, при котором родители прислушиваются к мнению ребенка, к его потребностям, развивают в нем самостоятельность, активность и ответственность, проявляют тепло, заботу

и поддержку, реабилитационные мероприятия имеют большую результативность.

Генеральную совокупность составила 21 семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ. Проведенное анкетирование показало, что возраст супругов в исследуемых семьях составляет хронологические границы от 25 до 35 лет (57,1%) и от 35 до 45 лет (42,9%). Супруги имеют высшее (90,5%) и среднее специальное (9, 5%) образование. Преимущественно совокупность состоит из полных семей (85,7%), лишь небольшая часть является неполными (14,3%), многодетных и приемных родителей не оказалось. По типу семьи превалирует нуклеарная семья (81%), также есть расширенные (19%). Все семьи имеют только одного ребенка. Возраст детей составил две группы: 2-4 года (33%), 4-6 лет (67%).

Проведенное тестирование показало, что в исследуемых семьях преобладает демократический стиль воспитания (47,6%), также значительное количество семей отдает предпочтение опекающему стилю воспитания (38%), небольшая часть использует авторитарный стиль (14,3%). Либеральный стиль не встретился ни в одной семье из совокупности.

У детей исследуемых семей был выявлен такой тип ДЦП, как спастическая диплегия, проявлениями которого стали: дистоничный мышечный тонус, затрудненность целенаправленных движений рук, задержка психоречевого развития, дизартрия. В соответствии с используемой шкалой была установлена спастичность мышц 5 баллов. Реабилитационные мероприятия детей из исследуемых семей были проведены в центре функциональной реабилитации «Аквила» города Курска. Среди используемых методик были представлены:

- Физиотерапия: электрофорез, парафиновые аппликации;
- Массаж;
- Индивидуальные занятия ЛФК;
- Индивидуальные занятия в костюме «Адели»;
- Гидрокинезотерапия;
- Биоакустическая коррекция;
- Занятия с логопедом-дефектологом;
- Занятия с монтессори-педагогом.

После проведения курса реабилитации генеральная совокупность была разделена на 3 группы в соответствии с выявленными стилями воспитания. Была проведена оценка эффективности реабилитации:

1 группа – семьи, где используется авторитарный стиль воспитания – у детей наблюдалось незначительное снижение спастичности мышц, появилась способность отдельных звуков, понимание обращенной речи, выявлено улучшение эмоционального фона.

2 группа – семьи с демократическим стилем воспитания – наблюдалось значительное снижение спастичности мышц, что стало причиной возможности самостоятельного движения, увеличения объема движений, у части детей данной группы (20 %) выявлено появление самостоятельной речи, другая часть

(также 20 %) продемонстрировала возможность самостоятельного передвижения в пределах комнаты в костюме «Адели», дети продемонстрировали способность выполнения инструкций, также было выявлено улучшение эмоционального фона, улучшение поведения, проявление попыток контроля своего поведения, наблюдалось проявление интереса к изучению предметов.

3 группа – семьи, которые отдают предпочтение опекающему стилю – результат реабилитации включил в себя такие проявления, как снижение спастичности мышц, увеличение объема движений, произношение отдельных звуков, улучшение эмоционального фона и поведения.

Таким образом, нами были обследованы семьи со схожим социальным статусом, воспитывающие детей со схожим диагнозом. Главным различием семей выступило использование разных стилей воспитания. В результате проведения исследования были выявлены наиболее высокие результаты реабилитации у группы семей, использовавших демократический стиль воспитания, что может говорить о том, что выдвинутая нами гипотеза была подтверждена.

### Литература

1. Кашапова А.А., Халуева К.А. Влияние стиля семейного воспитания на успешного ребенка // Современные наукоемкие технологии. – 2013, № 7. – С. 209-213.
2. Кузьмишина Т.Л., Амедина Е.С., Пермякова А.А., Хохлова Е.А. Стили семейного воспитания: отечественная и зарубежная классификация // Современная зарубежная психология. – 2014, № 1. – С. 16-25.
3. Овсяникова Е.А. Ценностные ориентации отцов с разными родительскими установками // Научный результат. – 2016. № 2. – С. 28-33.
4. Орлова К.М. Стратегии воспитания в семье: зарубежный опыт исследования. // Психологическая наука и образование. – 2013, № 4. – С. 280-287.
5. Осипова Д.С. Влияние стилей семейного воспитания на развитие социального интеллекта младшего школьника // Психология XXI века V Международной научно-практической конференции молодых ученых. – 2009. – С. 236-238.
6. Смолева Е.О. Влияние стилей семейного воспитания на формирование локуса контроля несовершеннолетних // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009, № 4. – С. 57-62.
7. Сутягина А.С. Влияние стилей семейного воспитания на социализацию младшего школьника // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. – 2016, № 6. – С. 81-83.

**РАННЯЯ ПОДГОТОВКА К СУПРУЖЕСКОЙ ЖИЗНИ  
КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ БЛАГОПОЛУЧНОЙ СЕМЬИ  
(НА ПРИМЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА  
«СОГЛАСИСЬ НА СЧАСТЬЕ В СВОЕЙ ЖИЗНИ»)  
*Шульгина Т.А., Мясникова К.А., Шуваева Т.И.*  
Курский государственный медицинский университет**

Семья является основополагающей ячейкой общества, показателем его развитости и благосостояния, и от ее стабильности и благополучия зависит стабильность и благополучие всего общества в целом. По причине важности и высокой ценности институт семьи всегда привлекал внимание исследователей к своим проблемам и кризисам. Не стали исключением и современные исследователи: авторы научных статей констатируют наличие демографического кризиса, который требует внимания и разрешения. Показателями кризисной ситуации в институте семьи являются такие явления, как снижение рождаемости, повышение показателя разводимости, популяризация «гражданского брака» (сожительства без официального заключения брака), частые конфликты в семье, основными причинами которых выступают нарушение этики супружеских отношений (измена, ревность); несовместимость интересов и потребностей членов семьи; отсутствие эмоциональной привязанности и солидарности между членами семьи в решении жизненных проблем; ожидание и рождение ребенка; неправильные взаимоотношения супругов (одного из них) с окружающими их людьми, родственниками, знакомыми социальное сиротство и другие социальные девиации [1, 2, 4, 5].

Институт брака и семьи Курской области также находится в кризисной ситуации. По данным органов ЗАГС Курской области за последние несколько лет выявлено значительное повышение уровня разводов, а также снижение показателя регистрации брака на 1/3 [10]. Примерно четверть всех появившихся на свет детей рождались вне брака, у значительной части молодежи потребность в детях остается нереализованной [7].

Для решения демографической проблемы современного общества необходимо задуматься о превентивных мерах, которые подразумевают работу с молодыми людьми до вступления в брак [6, 8]. Среди превентивных мер особое место занимает социально-психологическое просвещение, обладающее высокой эффективностью в работе с молодежью. Социально-психологическое просвещение позволяет объяснить юношам и девушкам ценностное значение создания семьи, особенности создания гармоничной семьи, рассказать о функциональности семьи. Также необходимо отметить незаменимость комплексного подхода к данному вопросу, то есть участия в профилактической деятельности различных специалистов (социологов, психологов, социальных работников, врачей, экономистов и т.д.) и их слаженного взаимодействия с органами власти [3].

Примером успешной деятельности по подготовке молодежи к вступлению в брак является реализация проекта «Согласись на счастье в своей

жизни», который организован на базе Курского государственного медицинского университета. Целевое назначение проекта заключается в укреплении института брака посредством подготовки молодых пар к супружеству и социально-психологической поддержки молодых семей г. Курска. Пути достижения поставленной цели разнообразны, одним из них стала работа в профильном лагере «Гармония». Профилем лагеря выступает формирование у подростков здорового образа жизни, такое направление предполагает теоретическое знакомство и практическое использование подростками знаний о биологическом, социальном, духовно-нравственном и психологическом здоровье [9]. Также в течение смены реализуются несколько профилей, имеющих более 10 направлений деятельности, такие как: спорт, искусство, психология, социальное проектирование, фотография и другое. На смене летом 2016 года одним из профильных направлений стала подготовка к супружеской жизни молодых людей и подростков, что позволило говорить о наиболее ранней подготовке.

Через год после работы профиля нами было проведено исследование, целью которого стало определение актуальности ранней подготовки к супружеству и ее эффективности.

Объектом исследования стали участники профиля «Согласись на счастье в своей жизни».

Предметом – потребность в ранней подготовке к супружеству, а также степень усваиваемости и возможность практического применения полученных знаний.

Основным методом исследования выступило анонимное анкетирование. Анкеты были разработаны с помощью интерактивного инструмента GoogleForms.

Генеральную совокупность составили 29 девушек, возраст которых составил 17 (55,6 %) и 18 (44,4%) лет. На вопрос «Какова была причина выбора данного профиля?» наиболее частыми ответами были указаны актуальность обсуждаемых тем, а также потребность обсуждения вопросов создания гармоничных отношений и подготовки к вступлению в брак.

Все участники считают необходимой раннюю подготовку к супружеству и в качестве оптимального возраста указывают границы в 17-19 лет (44,4%), 20-22 года (33,3%).

Приобретенные знания участницы профиля определяют как практически полезные и утверждают, что применяют их в повседневной жизни (88,9%).

Значительная часть опрошенных отмечают изменения в отношениях с партнером после посещения профиля (44,4%).

Отмечается снижение частоты возникновения конфликтов в отношениях с партнером, а также характер возникающих конфликтов (55,6% отмечают снижение частоты возникновения конфликтов; 37,5% говорят о снижении остроты возникающих конфликтов; 37,5% обозначают сформированность навыков конструктивного разрешения конфликтов). Все участники планируют продолжить участие в профиле. Среди желаемых тем выделяется «Планирование беременности».

Таким образом, данные опроса свидетельствуют о наличии актуальной потребности в ранней подготовке к супружеской жизни и созданию семьи только среди женской половины подростков, что может говорить об отсутствии психологической готовности к подготовке и вступлению в брак у юношей. Большинство респондентов определяет оптимальный возраст просвещения в вопросах семьи 17-19 лет, что свидетельствует о необходимости наиболее ранней подготовке молодежи к супружеству и семейной жизни. Активное практическое применение полученных знаний и их положительное влияние на взаимоотношения респондентов говорят о высокой эффективности проводимой работы.

### Литература

1. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Мясникова К.А. Проблемы подготовки молодых пар к ответственному родительству // Молодежь в современном мире материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2015. – С. 191-194.
2. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Шуваева Т.И. Проблемы формирования взаимоотношений в молодой семье на ранних стадиях ее развития // Молодежь в современном мире: материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2015. – С. 189-191.
3. Кетова Н.А., Шуваева Т.И. Формирование навыков работы в команде студентов разных направлений подготовки и представителей органов власти на примере реализации проекта «Согласись на счастье в своей жизни» // Социальное образование в России: история, проблемы, перспективы развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 25-летию факультета социальной работы КГМУ. – 2016. – С. 73-76.
4. Короленко А.В. Основные черты современного демографического кризиса в России и пути его преодоления // Проблемы развития территории. – 2014. № 2. – С. 79-94.
5. Кортнева В.Д. Демографический кризис в России: предпосылки возникновения и перспективы развития // Локус: люди, общество, культуры, смыслы. – № 1, 2015. – С. 72-79.
6. Лагойда Н.Г. Проблема подготовки современной молодежи к браку и пути ее решения // Вестник Бурятского государственного университета. - № 5, 2013. – С. 82-87.
7. Лазарев А.И., Лазаренко В.А., Блинков Ю.А., Шульгина Т.А. Молодая семья в современных социокультурных условиях // Курск. – 2009. – С. 21-31.
8. Лунева Е.Н., Бондаренко Л.В. Проблемы стабильности молодой семьи в современном обществе. Science Time. – № 6, 2014. – 175-183.
9. Шульгина Т.А., Позднякова И.Н. Стратегия формирования педагогического отряда профильной смены лагеря «Гармония». // Материалы I Всероссийского молодежного Форума студенческих отрядов медицинских и фармацевтических вузов России. – 2016. – С. 37-43.
10. <http://kurskzags.ru/index.php?id=19>.

## **THE QUALITY OF MARITAL RELATIONSHIP – READINESS FOR PARENTHOOD – FAMILY HEALTH**

*Donald David, Lyashchenko O.I., Smirnova S.N., Zhukova A.A.*

**V.I. Vernadsky Crimean Federal University  
Medical Academy named after S.I. Georgievsky**

Moonstruck partners pledging eternal love may be the current definition of marriage, but this starry-eyed picture has relatively modern origins. What marriage had in common was that it really was not about the relationship between the man and the woman, rather it was a way of getting in-laws, of making alliances and expanding the family labor force. But as family plots of land gave way to market economies and Kings ceded power to democracies, the notion of marriage transformed. Now, modern world see marriage as a bond between equals that's all about love and companionship. The quality of marital relationship has undergone deep and notable transformations along with the transforming world. The history speaks from about the 'polygamous marriage' to the 'standard monogamous marriage' and as we see now, to the 'same sex marriage' gaining its grounds.

### **Philosophical view on marriage.**

A lifetime commitment that constantly provide emotional intimacy to your spouse, thereby uncovering your true self and ultimately, the unique purpose for being created. The connection to your spouse should be so intense that he/she is with you in every aspect – in your heart, your mind and your soul. Through marriage, you have the potential to uncover who you really are and the unique qualities you possess to share with the world. You have the potential to sincerely connect with another human being without barriers, apprehensions or inhibitions. An individual's intimacy with the divine will be determined by the very depth and intensity of passion that individual share with his/her spouse.

### **Practical view on marriage.**

The definition of emotional intimacy is to constantly make your spouse feel that he/she is the most important aspect of your life; it is the key to a happy marriage. A marriage is like a bank account whose currency is feelings and making your spouse feels fulfilled, happy, loved, cherished, desired and respected are deposits in the account. The emotions of distance, discontents, apathy, feeling secondary, disrespect and being critical are all withdrawals from the account. A happy marriage is one with an abundant emotional bank. How you make your spouse feel is more important than the reality of the situation. If there is an issue that needs to be taken care of within the marriage, first deal with the feelings and then, once they have been resolved, address the issue itself.

For a marriage to be successful, it must be the top priority in your life. You must work harder and smarter on your marriage than you do at work, parenting or other relationships, but you will find that the success of this relationship will aid you in all other pursuits. Ignoring your marriage to focus on other things will ultimately create chaos in all areas of your life, not just your marriage.

But today in this modern world, the marital relationships are losing its quality, purity and integrity day by day, because of many reasons. The bond between a husband and wife is likely to decrease on a daily basis that is caused by some negatively influencing factors. Let's see what all factors would influence the quality of this relationship positively and negatively.

### **Parenthood – a natural hurdle for marriage.**

Parenthood definitely affects that marriage and you have to make changes to accommodate it. A new child creates a lot more work. There are nappies to change, a lot more washing to deal with, time spent trying to get the baby to sleep, feeding etc., and that's just if everything is going well. If the baby is unwell the workload increases again. Meanwhile both parents are getting less sleep and have more stress in their lives than they've had before and all other household duties that have always been around still have to be dealt with.

Basically, parenthood affects couples differently. The variables are too numerous to mention and would require a book of their own. But some of the considerations may include: expectations, maturity, ability to delay gratification, prior experiences, first family dynamics of the mom, first family dynamic experiences of the dad, ability to get along without sleep, work schedule, recovery from pregnancy and childbirth, commitment to the idea of 'family', commitment or lack thereof to breastfeeding, adequacy of food, clothing, shelter, security, and agreement about child raising methods including reward, punishment, affection, cleanliness, education, religion.

Parenthood profoundly affects couples and their marriages by affecting each member of the family biologically, physiologically, socially, psychologically, and cognitively. The dynamics of any relationship is changed by the introduction of another person into the 'pool'. Some of these changes will be deemed positive, some negative, some minimally intrusive, some maximally intrusive. Often the problems that increase between couples who become parents (for the first or tenth time) are due to different evaluations by each partner.

Each couple brings its own strengths and vulnerabilities; through the alchemy of birth, a pregnant woman and the man who loves her become parents. And the change parenthood creates for any particular couple is beyond anyone's ability to express. A marriage has to be strong to accommodate children and there has to be lot of communication to avoid arguments and resentment. Each child should be a catalyst for a new degree of commitment as well as new source of pride and joy for the family as a unit.

### **Defining marital quality.**

Marital quality is often used in a sense that includes marital adjustment as well as happiness and satisfaction. However, it is better to conceive of marital adjustment as something that may affect marital quality but is not part of it, since adjustment is an aspect of the relationship between spouses rather than a feeling experienced by each of them. Such indicators of adjustment as conflict, communication, and sharing of activities may relate differently to the spouses' feelings in different marriages, or even differently to the husband's and wife's feelings in the same marriage. The literature on marital adjustment is quite closely related to that on marital happiness

and adjustment; the two literatures cannot be cleanly separated, since some marital quality scales (e.g., the widely used Dyadic Adjustment Scale) mix elements of adjustment with spouses' evaluations of their marriages. However, the focus in this entry is only on marital quality, as indicated by husbands' and wives' evaluations.

### **From Family To Family Court.**

It is said where there is love there is no space for hatred and betrayal. If this saying is true, then why would couple decide to get separate? What are the top reasons for divorce? Why marriages fail? It's a big question that needs to be answered. And I believe the answer to this question lies in your heart. Being in relationship it's the couples who create unwanted circumstances which eventually turns into top reasons for divorce. In most situations we think sexual abuse is the main cause for rise in divorce rate. But sexual abuse is not the only prime reason responsible for rise in divorce statistics all over the world. The top most reasons for divorce is lack of proper communication between couples that pushes your beautiful married life towards failure and divorce. Let's find out some common problems faced by couples in their relationship which is the reason why most marriages fail.

Some of the major issues that affect marriages, excluding the factors discussed above are: commitment issues, no physical affection, continuous fight and argument, cheating in marriage, different interests and taste, emotional and verbal abuse, sex less marriage, the thought that he/she has changed, bad addiction (which may include habits of alcoholism, drug addiction, gambling etc.), early marriages, feelings of unhappiness in marriage etc.

### **A Fast View; Divorce Rates Around The World.**

The divorce rate in Russia is highest in the world. People divorce easily there. Many of them get married twice or three times. It is because Russian laws provide that cohabitation is equal to marriage. Numbers of divorce in the US is almost as much as that in Russia. The divorce rate in the UK is highest in the EU. Cohabitation is increasing in Italia. Polygamy still exists in Kenya.

### **Statistical Approach To Divorce Rates.**

One measure of divorces is the crude divorce rate, which is the number of divorces per 1,000 populations. It can give a general overview of marriage in an area, but it does not take people who cannot marry into account. For example, it would include young children who are clearly not of marriageable age in its sample. A related measure is the refined divorce rate which measures the number of divorces per 1,000 women married to men, so that non-married persons, e.g. young children are left out of the rate.

Another measure of divorces is the divorce to marriage ratio, which is the number of divorces to the number of marriages in a given year (the ratio of the crude divorce rate to the crude marriage rate). For example, if there are 550 divorces and 1,000 marriages in a given year in a given area, the ratio would be one divorce for every two marriages, e.g. a ratio of 0.55 (55%). However, this measurement compares two unlike populations, those who can marry and those who can divorce.

If there exist a community with 100,000 married couples, and very few people capable of marriage, for reasons such as age. If 1,000 people obtain divorces and 1,000 people get married in the same year, the ratio is one divorce for every marriage,

which may lead people to think that the community's relationships are extremely unstable, despite the number of married people not changing. This is also true in reverse: a community with very many people of marriageable age may have 10,000 marriages and 1,000 divorces, leading people to believe that it has very stable relationships.

Furthermore, these two rates are not directly comparable since the marriage rate only examines the current year, while the divorce rate examines the outcomes of marriages for many previous years. This does not equate to the proportion of marriages in a given single-year cohort that will ultimately end in divorce.

### **How To Maintain A Healthy Marital Relation?**

Every marriage has bumps that can come up anytime. What's important is to be able to navigate through them with courage and wisdom and learn from your past mistakes to enjoy a better married life. Get expert marriage advice and relationship tips on the best possible ways to establish a firm bond, unlock more happiness, bravely challenge tough issues and keep your marriage going healthy and happy for a long, long time. To flourish, all they need is a little "attention and intention" and lots of nourishment. At last, the keyword to healthy marital life is- adjustment.

### **References**

1. "Number of Births, Deaths and Marriages"[www.cso.ie. Central Statistics Office. Retrieved 17 May 2015.]
2. "History of marriage"[editorial by Tia Ghose, senior writer. June 26, 2013.]
3. "Marriage and divorce statistics".[Eurostat 2011. Retrieved 10 January 2013.]
4. "Marriages and crude marriage rates". [United Nations Statistical Division (UNSTAT) 2011.]
5. "Role of parents and parenting". [Parenthood. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>]
6. "Children- as a hurdle to cross. [role of child in a family <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>]

## **РАЗДЕЛ 2. СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ**

### **РИСКОВОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ**

*Алехин А.Н., Антонова Т.Д.*

**ГБОУ ВПО РГПУ им. А.И. Герцена**

В условиях современной социокультурной действительности этика сексуальных отношений претерпела существенные изменения, в связи с чем половое поведение молодежи также в некоторой степени определяется рядом

факторов, связанных, в первую очередь, с особенностями развития общества в данный временной интервал времени.

В связи с происходящими изменениями, «половое развитие» в подростковом возрасте, является актуальной проблемой клинической психологии. Данный аспект развития представляется важным психофизиологическим процессом, где на фоне физиологических трансформаций организма формируются важные для будущей личности психические образования: половая идентификация [1], осознание своей половой принадлежности, усвоение соответствующих навыков и стиля поведения, усвоение психосексуальных установок и ориентаций [4], особенности когнитивных процессов и личности [2]. Клинико-психологические исследования современных подростков свидетельствуют о том, что способности к рефлексии собственных переживаний у современных подростков существенно ниже, чем у их сверстников прошлых поколений [1]: лишь 14% респондентов идентифицируют себя по признаку половой принадлежности. В то же время медицинские специалисты – гинекологи, урологи, отмечают снижение возраста полового созревания.

Таким образом, складывается рассогласование физического и психического развития, когда сексуальность становится «достоянием сознания» и встраивается в жизнь подростка, и конфликт между влечением и размытыми культурными нормами ограничения сексуального поведения [3] при недостаточной рефлексии может способствовать формированию рискованного сексуального поведения в рассматриваемой возрастной группе.

Согласно принятым определениям, рисковое сексуальное поведение – это [2]:

а) одна из форм девиантного поведения: деятельность, не соответствующая установившимся в данном обществе нормам, стереотипам, образцам сексуального поведения;

б) деятельность, направленная на достижение такой сексуальной цели, которая связана с риском наступления негативных медицинских (СПИД, заболевания, передающиеся половым путем, нежелательная беременность), психологических (формирование сексуальных отклонений), социальных (проституция) и др. последствий. Важно отметить факторы формирования рискованного сексуального поведения.

Первый фактор носит «информативный» характер. Данная тема (сексуального развития подростков) не разрабатывается в общественном дискурсе, что является причиной дефицита информации как для самих подростков, так и для взрослых, участвующих в их социализации.

Второй фактор – потребность в социальном статусе, когда принадлежность к референтной группе, принятия ее членами является крайне важным для подростка. Значительная роль в формировании установок подростков определяется обществом сверстников, которое, как отмечает Кон И.С., часто подталкивает к более ранней сексуальной инициации [5].

Третий фактор, вероятно оказывающий влияние на формирование рискованного сексуального поведения, заключается в принятии и осознании

институциональной роли: посредством преемственности и «научению» возрастает возможность усвоения различных моделей поведения, в том числе в сфере сексуальности.

Таким образом, согласно исследованиям, проявлением рискованного сексуального поведения становится раннее начало половой жизни [2].

По результатам исследования репродуктивного здоровья, в 2011 году при сотрудничестве Федеральной службы государственной статистики и Министерства здравоохранения обследования, было выявлено, что более 60% респондентов в возрасте 19 лет уже имели или имеют опыт сексуальных отношений и, в подавляющем большинстве случаев, до вступления в брак. Вместе с тем 19% сексуально активных респондентов имели двух и более сексуальных партнеров в течение последнего года (на момент опроса) [6, 7].

Как отмечается, около 18% девушек и юношей имели или имеют болезненные расстройства в сфере репродуктивной системы [6, 7]. По результатам опроса и осмотра соответствующими специалистами (гинеколог, уролог) юношей и девушек на базе Молодежной консультации Невского района города Санкт-Петербурга за январь-апрель 2017 года, были получены следующие результаты относительно частоты выявления патологий в сфере репродуктивного здоровья: 19% юношей (из 414 осмотренных) и 10,2% девушек (из 452 осмотренных) в возрасте от 15 до 17 лет имеют патологии в сфере репродуктивного здоровья [8].

В ходе нашего опроса, направленного на анализ представлений относительно оптимального возраста для начала половой жизни, в котором приняли участие 153 респондента от 15 до 27 лет, в т.ч. 67 несовершеннолетних девушек и юношей, были выявлены следующие особенности представлений о репродуктивном здоровье и сексуальном поведении:

1. Чем старше респондент, тем более поздний возраст фактического начала половой жизни он указывал (уровень значимости различий согласно статической обработке –  $p \leq 0,01$ ), например, 17-летний – 13 лет, 22-летний – 20 лет, 27-летний – 18 лет.

2. Среди несовершеннолетних респондентов *оптимальным* возрастом начала половой жизни посчитали 16-летие, среди совершеннолетних опрошенных – 17 лет. Связь фактического возраста на момент обследования с предполагаемым респондентами оптимальным возрастом начала половой жизни коррелирует на уровне значимости  $p \leq 0,05$

3. Возраст сознательного родительства в обеих возрастных группах среди девушек – 25 лет, среди юношей – 30 лет.

Помимо представлений об оптимальном начале половой жизни, была проанализирована степень осведомленности относительно репродуктивного здоровья в целом (знания о видах и способах контрацепции, инфекциях, передающихся половым путем и т.д.), вследствие чего можно смело утверждать о недостаточности знаний среди лиц молодого возраста в рамках рассматриваемого аспекта.

Следует отметить, что раннее начало половой жизни, распространенность инфекций, передаваемых половым путем, при отсутствии знаний о способах сохранения собственного репродуктивного здоровья, неизбежно приводят к нарушениям репродуктивного здоровья, при том, что период от начала половой жизни до осознанного родительства неуклонно возрастает. Следовательно, можно говорить о наличии тенденции среди подростков к рисковому сексуальному поведению.

Результаты проведенного исследования позволили сформулировать актуальные задачи для разработки медико-психологических оснований профилактики нарушений репродуктивного здоровья молодёжи в формах психообразования для молодёжи по вопросам сексуального поведения, психопрофилактики его девиаций, психокоррекции неадекватной сексуальной активности.

### Литература

1. Алехин А.Н., Осташева Е.И. Особенности формирования личности в подростковом возрасте как индикаторы качества образовательной среды // Психологическая наука и образование. 2013, № 6. – С. 13-19.
2. Амирханян Ю.А., Троян Н.А. Рискованное сексуальное поведение подростков // Международная конференция «Молодежь в условиях социальных реформ»: доклады и выступления. С.-Пб.: Из-во СПбГУ, 1995, часть 2.
3. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М.: Социальное здоровье России, 1994. – С. 136-140.
4. Кащенко Е.А. Основы социокультурной сексологии. – М.: Либроком, 2011. – С. 113-120.
5. Кон И.С. Человеческая сексуальность на рубеже XXI века. В поисках сексуальности. СПб., 2002.
6. Троицкая И.А., Бардакова Л.И., Уварова Е.В., Жуков И.В. Репродуктивное поведение и потребности девочек-подростков в России. – М.: ЮНФПА, 2013.
7. Репродуктивное здоровье населения России-2011. Итоговый отчет. – М.: Информационно-издательский центр «Статистика России», 2013.
8. Рождаемость и планирование семьи: мнения, установки, мотивация. Серия «Качественные исследования в экономике и демографии». Выпуск 10: Монография / под ред. И.Е. Калабихиной, И.А. Троицкой. – М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, 2016. – 188 с.

# **ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СУПРУГОВ ОТ РОЛЕВЫХ ОЖИДАНИЙ И ПРИТЯЗАНИЙ**

*Бекетова Е.А.*

**МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт»  
высшего сестринского образования»**

Актуальность проблемы конфликтов в межличностных отношениях остается острой и значимой для людей всех возрастов и профессий. Эти конфликты сопровождают нас на протяжении всей жизни. Конфликт – это осознанное столкновение, противоборство минимум двух людей, групп, их взаимно противоположных, несовместимых, исключающих друг друга потребностей, интересов, целей, типов поведения, отношений, установок, существенно значимых для личности и группы.

Из всех возможных форм проявления конфликтов наиболее острыми и болезненными являются внутриличностные конфликты. Именно они имеют прямое отношение к возникновению межличностных конфликтов, влияют на поведение индивида, его самочувствие и мировоззрение.

Внутриличностный конфликт – это состояние структуры личности, когда в ней одновременно существуют противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценностные ориентации и цели с которыми она в данный момент не в состоянии справиться [1]. Психологи утверждают, что внутриличностный конфликт является кульминационной стадией назревшего противоречия.

Семья является важнейшим общественным институтом, имеющим решающее значение как для индивидуальной жизни человека, так и для социального, экономического, культурологического развития общества.

Для молодых людей, вступающих в брак, важно понимать значимость конфликтов и их влияние на состояние семейных отношений. Нередко внутриличностные конфликты становятся барьером при создании семьи, а также губительно влияют на уже сложившиеся отношения в браке.

Семейные конфликты обычно связаны со стремлением людей удовлетворить те ли иные потребности или создать условия для их удовлетворения без учета интересов партнера. Немало семейных конфликтов происходит на почве различных представлений супругов о семейных ролях и ценностях семьи.

В качестве одной из самых существенных характеристик семьи как малой группы исследователи называют ее структуру; при этом ролевая структура рассматривается как важнейший признак структуры семьи.

Ролевая структура семьи обеспечивает выполнение функций семьи и удовлетворение потребностей всех ее членов. Под ролью в психологии и социальной психологии чаще всего понимаются нормативно одобренные формы поведения, ожидаемые от индивида, занимающего определенную позицию в системе общественных и межличностных отношений. Кроме самого поведения, в понятие «роль» включаются также желания и цели, убеждения и чувства, социальные установки, ценности и действия, которые ожидаются или приписываются человеку, занимающему в обществе определенное положение.

Один из отечественных подходов к выделению супружеских ролей демонстрирует Т.С. Яценко, когда упоминает четыре основные роли: сексуальный партнер, друг (аналог эмоциональной функции и функции культурного общения), опекун (воспитание детей), покровитель (хозяйственно-бытовая роль) [2]. Для современной молодой семьи характерно рассогласование представлений о супружеских ролях не только и несколько в хозяйственно-бытовой сфере, сколько в области межличностных отношений [3].

На почве различных представлений супругов о семейных ролях и ценностях семьи у молодоженов происходит немало семейных конфликтов.

Семейные конфликты обычно связаны со стремлением людей удовлетворить те или иные потребности или создать условия для их удовлетворения без учета интересов партнера. Причин для этого много. Это и различные взгляды на семейную жизнь, и нереализованные ожидания и потребности, грубость, неуважительное отношение, супружеская неверность, финансовые трудности и т.д. Конфликт, как правило, порождается не одной, а комплексом причин, среди которых условно можно выделить основную – например, неудовлетворенные потребности супругов.

Немалая часть молодых семей распадается в самом начале семейной жизни. Основные причины этого – неподготовленность к супружеской жизни, отсутствие собственной жилой площади после свадьбы, вмешательство родственников во взаимоотношения молодых супругов. Во многих случаях молодожены пытаются «переделать друг друга». Часто эта борьба «за сферы влияния» приводит к семейным скандалам и раздорам. С первых же дней у молодых супругов возникают споры насчет обязанностей. Здесь уже идут вразрез интересы представителей двух семей. Ведь «психология» семьи, где вырос муж, сильно отличается от «психологии» родительской семьи жены. При такой ситуации в отношении могут привноситься устаревшие представления о роли мужа и жены, распределении их обязанностей в семье, устаревшие взгляды на воспитание, взаимодействие, внутрисемейное управление и т.п. [4].

Если члены семьи по-разному понимают свои роли и предъявляют друг другу несогласованные, отвергаемые другими, ожидания и соответствующие им требования, семья является заведомо малосовместимой и конфликтной. Поведение каждого, отвечающее его индивидуальным представлениям о своей семейной роли, будет рассматриваться им как единственно правильное, а поведение другого партнера, не отвечающее этим представлениям, как неверное и даже злонамеренное.

Нами проведено эмпирическое исследование, связанное с изучением особенностей ценностной сферы респондентов (в том числе, ценностей, их доступности и внутриличностного конфликта); изучение особенностей ролевых ожиданий респондентов и представлений о распределении ролей при их реализации.

Были использованы следующие методики исследования: методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах Е.Б. Фанталовой, методика «Ролевые ожидания и притязания в браке» А.Н. Волковой. Они позволили выявить представления супругов о значимости

в семейной жизни сексуальных отношений, личностной общности мужа и жены, родительских обязанностей, профессиональных интересов, хозяйственно-бытового обслуживания, моральной и эмоциональной поддержки, внешней привлекательности партнеров и т.д.

В исследовании принимали участие 12 респондентов без брачного партнера и 12 респондентов, планирующих вступление в брак. Средний возраст респондентов 20-26 лет. Совокупная выборка составила 24 человека.

Большой интерес представлял анализ особенностей ценностей, их доступности и внутриличностного конфликта у респондентов без брачного партнера и пар до замужества. Результаты измерения уровня ролевых ожиданий и притязаний в браке у юношей и девушек представлены в приведенной ниже таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования согласованности семейных ценностей

| СЦ<br>(семейные ценности)                            | ИС | ЛИ | ХБ | РВ | СА | ЭТП | ВП |
|--|----|----|----|----|----|-----|----|
| ШСЦю<br>(шкала семейных ценностей юношей)            | 3  | 3  | 6  | 6  | 6  | 5   | 5  |
| ШСЦд<br>(шкала семейных ценностей девушек)           | 4  | 6  | 6  | 7  | 7  | 6   | 7  |
| ССЦ<br>(согласованность семейных ценностей супругов) | 1  | 3  | 0  | 1  | 1  | 1   | 2  |

- ИС – интимно-сексуальная сфера;
- ЛИ – личностно-идентификационная сфера;
- ХБ – хозяйственно-бытовая сфера;
- РВ – родительско-воспитательная сфера;
- СА – социальная активность;
- ЭТП – эмоционально-психотерапевтическая сфера;
- ВП – внешняя привлекательность.

Согласованность семейных ценностей определяется разностью баллов, показателей шкалы семейных ценностей юношей и девушек. Меньшая разность свидетельствует о большей согласованности представлений супругов о наиболее значимых сферах жизнедеятельности семьи.

Исследование выявило соответствие ролевых ожиданий супругов в хозяйственно-бытовой сфере. Наименьшая ролевая активность наблюдается в установках на создание психотерапевтической атмосферы в семье, что не соответствует ролевым ожиданиям супруги. Супруги неодинаково относятся ко многим вопросам и проблемам (ИС, ЛИ, РВ, СА, ЭТП, ВП), следовательно, при решении проблемы могут возникнуть разногласия из-за недопонимания.

Рассогласование ожиданий и притязаний брачных партнеров является конфликтогенным фактором, дестабилизирующим межличностные отношения в семье.

Проведенное исследование показало значимость совпадения ролевых ожиданий и притязаний супругов для сохранения гармоничных отношений. Успешность и стабильность брака зависит от показателей уровня сходных ориентаций супругов в различных сферах семейной жизни. Гармоничные отношения и высокая удовлетворенность ими – это залог стабильности брачного союза.

### **Литература**

1. Антонов, А.И. Социология семьи /А.И. Антонов, В.М. Медков. – М., 1996.
2. Ковалев, С.В. Психология семейных отношений / С.В. Ковалев. – М., 1987.
3. Райгородский, Д.Я. Психология семьи/ Д.Я. Райгородский. – Самара, 2002.
4. Фанталова, Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. – 1992, № 1.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ**

*Бекетова Е.А*

**МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт»  
высшего сестринского образования»**

Семья оказывает большое влияние на формирование и развитие ребенка, закладывает основу важнейших личностных качеств. В семье происходит овладение ребенком социальных ролей, необходимых для безболезненной адаптации в обществе. Это первый и важнейший воспитательный институт, который определяет траекторию всей жизни человека. Именно семья помогает в полном объеме раскрывать внутренний мир и индивидуальные качества ребенка. Но она не только формирует личности, но и определяет ее «благополучие». Благополучие ребенка во многом зависит от того является семья полной или неполной. Нарушение структуры и полноты функционирования семьи неизбежно влечет за собой искажение развития личности детей. Отсутствие полноценного образца для внутрисемейной социализации почти всегда ведет к нарушениям в психическом и личностном плане. Одним из наиболее распространенных неблагоприятий современных детей является воспитание в неполной семье [3].

Семья не только формирует личность, но и обеспечивает психическое и физическое здоровье ребенка, гармоничность его эмоционального состояния. Исследования психологов показывают, что дети, воспитывающиеся в неполных семьях, испытывают различные психологические трудности, у них наблюдается повышенная тревожность, эмоциональная нестабильность, пассивность, пугливость, сдержанность в общении [1].

Отличительные особенности в развитии ребенка из неполной семьи наиболее отчетливо начинают проявляться в школьном возрасте, когда происходит смена социальных отношений. Особенно важно в это время осуществлять контроль за ребенком для сохранения психоэмоционального благополучия ребенка. Поэтому проблема диагностики и профилактики детской тревожности заслуживает особого внимания, так как, складываясь в свойство и личностное качество ребенка в младшем школьном возрасте, тревожность может стать устойчивой личностной чертой в подростковом возрасте, стать причиной неврозов и психосоматических заболеваний во взрослой жизни.

Изучению школьной тревожности посвящено множество исследований. В психологии явление тревожности исследовали Йозеф Лангмейер, Зденек Матейчек, Дмитрий Исаев, Виктор Каган, Вера Мухина, Анна Прихожан, Елена Силяева, Василий Давыдов, Александар Венгер, Зигмунд Фрейд.

Нами было проведено исследование тревожности младших школьников из неполных семей на базе МБОУ СОШ № 86, ст. Старокорсунская.

Цель исследования: изучение уровней тревожности младших школьников из неполных семей.

Методологическая основа исследования:

- психологическое развитие ребенка в неполной семье: И. Лангмейер, З. Матейчик, Д.И. Исаев, В.Е. Каган, В.С. Мухина;

- критерии тревожности детей младшего школьного возраста из неполных семей: Е.Г. Силяева, В.В. Давыдов;

- коррекционные методы исследования тревожности учащихся младшего школьного возраста: М. Наубург, З. Фрейд, К.Г. Юнг, К. Роджерс, А. Маслоу, А. Хилл, Ф. Зимбардо, И.Г. Выгодская, А.И. Захаров, А. Спиваковская, К. Юнг, Э. Фромм, Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти, М. Осорина, Е. Лисина, Е. Петрова, Т. Зинкевич-Евстегнеева, К. Швабе, Р.О. Бенезон, У. Грюс, З. Миллер, В.Ю. Завьялова.

На сегодняшний день в России неполная семья является большой проблемой. Исследования показали, что численность детей, которые воспитываются в неполных семьях, постоянно растет. В России около 6 миллионов неполных семей, из них 400 тысяч составляют отцы, воспитывающие своих детей. Неполная семья образуется вследствие внебрачного рождения ребенка, смерти одного из родителей, раздельного их проживания или расторжения брака. На сегодняшний день почти каждый второй брак распадается. А ведь развод – сильное потрясение для взрослых, а тем более для неокрепшей психики ребенка. Психическое состояние ребёнка на прямую зависит от состояния родителя, который воспитывает этого ребёнка.

Жизнь и воспитание в неполной семье, существенно отличается от жизни ребёнка в полной семье, оно протекает в более сложных условиях. Воспитанием обычно занимается мать, которой приходится одновременно реализовывать материнскую и отцовскую позицию, а также решать финансовые вопросы.

Дети воспитывающиеся в таких условиях испытывают психологические трудности. Исследованием проблем, которые возникают у детей воспитывающихся в неполной семье, занимаются такие российские специалисты, как: Т.И. Пухова, Б.И. Кочубей, Е. Григорьева и др. Различные психотравмирующие факторы, по мнению детских психиатров, приводят к более тяжелым психическим расстройствам и носят хронический характер. Усиливается тревожное состояние, эмоциональная напряженность, ребенок становится беспокойным, замкнутым, плаксивым [2].

Для исследования показателей тревожности мы использовали методику тревожности Филипса. По фактору общей тревожности в школе были получены следующие результаты: дети из неполных семей имеют повышенную тревожность, чем их ровесники из полных семей. Ее продемонстрировали 75% школьников из неполных семей, в то время как у школьников из полных семей, это было всего лишь 33%.

По фактору фрустрации потребности в достижении успеха мы выяснили, что дети из неполных и полных семей могут переносить ее в допустимых значениях. Однако здесь также более высокие проценты показали дети из неполных семей: повышенная тревожность. По фактору фрустрации потребности в достижении успеха выявлена у 33% детей из неполных семей и лишь у 8% у детей из полных семей.

Из методики по фактору общей тревожности мы выяснили, что дети из неполных семей имеют повышенную тревожность, чем их ровесники из полных семей.

По фактору страха самовыражения были получены следующие результаты: дети из неполных семей имеют повышенную тревожность в 27% случаев по сравнению с ровесниками из полных семей. У школьников из полных семей, это было всего лишь 7%.

#### **Общие выводы:**

В результате систематизации полученных результатов исследования мы выявили, что 75% детей из неполных семей показали повышенную тревожность по всем факторам. Часто у них возникает страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, проблемы и страхи в отношениях с учителями. Наблюдается также низкое физиологическое сопротивление стрессу.

Полученные данные подтверждают важность психо-коррекционной работы по снижению уровней тревожности детей из неполных семей и определяют вектор воспитательных воздействий. Учителям рекомендуется:

- 1) не привлекать тревожных детей к видам деятельности соревновательного характера;
- 2) не подгонять детей флегматического и меланхолического типов темперамента, давать им возможность действовать в привычном для них темпе;
- 3) хвалить ребенка даже за не очень значительные достижения;
- 4) не заставлять ребенка вступать в незнакомые виды деятельности (пусть он сначала просто посмотрит, как это делают его сверстники);

5) использовать в работе с тревожными детьми материалы, уже знакомые им;

б) закрепить за ребенком постоянное место за столом.

Также необходимо уделять ребенку достаточное количество времени для полноценного психического и физического развития.

#### **Литература:**

1. Буянов, Л.И. Ребенок из неблагополучной семьи / Л.И. Буянов. - М., 1985.
2. Юсупова, Х.Г. Начальная школа / Х.Г. Юсупова. – М, 2009.
3. Целуйко, В.М. Психология неблагополучной семьи / В.М. Целуйко. – М., 2003.

### **ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ПРОШЕДШИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНУЮ ТЕХНОЛОГИЮ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ\***

*Блюм А.И.*

**Курский государственный медицинский университет**

*\*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.*

На сегодняшний день метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) является широко распространенным методом лечения бесплодия, которым страдает около пяти миллионов супружеских пар. Практически во всех крупных городах России созданы свои центры, и их число продолжает расти. По данным 2013 года, в нашей стране насчитывалось больше 20 тысяч детей, рожденных при помощи ЭКО, а в мире таких детей было уже около миллиона [8].

В ответ на возрастающее количество медицинских технологий, связанных с репродуктивным здоровьем, активно изучаются психологические аспекты процедуры экстракорпорального оплодотворения. В последнее десятилетие отмечается повышение научного интереса к выявлению психологических факторов зачатия. Внимание ученых обращено на изучение здоровья и психическое развитие детей, рожденных с помощью процедуры ЭКО, отношений между супругами, проходящими процедуру ЭКО, становления родительской позиции при ЭКО [9]. Выделяются психологические особенности материнства при ЭКО, связанные с возрастом родителей [8]. Изучается психологическая картина переживаний женщины, прошедшей процедуру ЭКО, мотивы беременности [9]. Авторами выделяются индивидуально-личностные особенности женщин, обратившихся к методу ЭКО.

Изучение телесного опыта в различных его аспектах является одной из важных проблем современной психологии. Многие авторы придают особое

значение тому, что телесный опыт формируется плавно, встраиваясь в общий ход психического развития, приобретая системное строение, знаково-символический характер, культурную форму, произвольность функционирования. Рассмотрение здоровья и болезни как телесного опыта человека в качестве крайних точек континуума не предполагает включение разнообразия телесного опыта человека, в частности телесного опыта беременности [4]. На данный момент изучение телесного опыта беременности представлено в работах Айвазян Е.Б. [1], Василенко Т.Д., Блюм А.И. [3], однако при рассмотрении этого вопроса не находит отражение выявление особенностей телесного опыта беременности женщин, прошедших процедуру экстракорпорального оплодотворения.

На основании вышеизложенного проблемой исследования выступает выявление психологических особенностей телесного опыта беременности женщин, прошедших процедуру ЭКО.

Цель исследования – изучить телесный опыт беременности женщин, прошедших процедуру ЭКО.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть теоретико-методологические основания исследований телесного опыта беременности в клинической психологии и выделить ряд структурных компонентов телесного опыта.

2. Исследовать и охарактеризовать ценностно-смысловой компонент телесного опыта беременности женщин, прошедших процедуру ЭКО.

3. Исследовать и охарактеризовать аффективный компонент телесного опыта беременности женщин, прошедших процедуру ЭКО.

4. Исследовать и охарактеризовать когнитивный компонент телесного опыта беременности женщин, прошедших процедуру ЭКО.

5. Исследовать и охарактеризовать поведенческий компонент телесного опыта беременности женщин, прошедших процедуру ЭКО.

Методическое обеспечение исследования включает в себя клиническую беседу, метод наблюдения, психодиагностические и проективные методики, используемые для исследования компонентов телесного опыта (методика «Кто я?» М. Куна, тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разработанном Т.Д. Василенко, цветовой тест М. Люшера в адаптации Л.Н. Собчик; методика «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири, методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина, тест на выявление типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) И.В. Добрякова.

Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики (анализ средних тенденций – мода, медиана и среднее, изменчивости признака – размах, стандартное отклонение; сравнительной статистики (непараметрические критерии U Манна-Уитни, критерий  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера,  $\chi^2$  Пирсона). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 для Windows.

Телесный опыт беременности, наступившей посредством ЭКО, будет иметь ряд психологических особенностей, которые отражаются в содержательных характеристиках компонентов его.

Проявление особенностей телесного опыта беременности посредством ЭКО, будет зависеть от возраста беременной женщины, семейного статуса, срока беременности. По данным Ж.Р. Гардановой, «женщины старше 36 лет испытывают меньше тревоги в отношении предстоящего материнства, однако демонстрируют склонность к депрессивным переживаниям, тогда как женщины моложе 36 лет, напротив, больше склонны к расстройствам тревожного типа. При этом женщины старшей возрастной группы менее адекватно относятся к лечению, чем женщины моложе 30 лет, игнорируют возникающие сложности» [5].

Содержанием семейно-ролевой области супружеских отношений является сотрудничество брачных партнеров при реализации семейных функций. Функции семьи исторически изменчивы, что сопровождается изменением роли мужчины и женщины в семье, всего уклада семьи. Полнота и благополучие семейной жизни зависит от того, как партнеры могут обеспечить выполнение всех семейных функций. Неповторимость семейного уклада конкретной семьи определяется тем, какое место занимают и какое значение имеют те или иные виды семейной деятельности и как распределяются обязанности супругов при осуществлении конкретных видов семейной деятельности. В условиях отсутствия поддержки семьи у беременной женщины возможен ролевой конфликт. Беременность для женщины может выступать как сильный стрессор, как преграда, фрустрируя значимые для нее потребности (профессиональные, карьерные, привычного досуга, сексуальной привлекательности, др.).

В исследовании характеристиками срока беременности выступает 2 и 3 триместр. По мнению В.В. Николаевой, формирование отношения к ребенку начинается со 2 триместра. В.В. Николаева указывает на значение первых шевелений ребенка, считает их определяющим фактором становления внутренней картины беременности [7]. Третий триместр беременности как с медицинской, так и с психологической точки зрения, считается достаточно сложным [6]. У женщин ухудшается самочувствие, она быстро устает, часто ухудшается сон. Отмечается некоторое повышение тревожности, страх перед родами, беспокойство по поводу послеродового периода. Наряду с этим ощутимо снижается интерес ко всему, не связанному с ребенком.

Таким образом, телесный опыт беременности представляет собой многокомпонентное образование, представленное ценностно-смысловым, когнитивным, аффективным и поведенческим компонентом. Процедура ЭКО создает специфические условия и влияет на особенности переживания нового телесного опыта. На переживание телесного опыта беременности, наступившего посредством ЭКО влияет возраст женщин, семейный статус, срок беременности, количества детей в семье.

Переходя к выводам исследования можно отметить, что ценностно-смысловой компонент телесного опыта беременности у женщин характеризуется неудовлетворенностью результатом прожитой жизни.

Женщины погружены в переживании травматического опыта, вызванного невозможностью забеременеть в прошлом. Присутствует сосредоточенность на здоровье, вызванная опасениями за протекание беременности, при этом беременность приобретает смысл «тяжкого труда», что в структуре телесного опыта сопровождается акцентом на сверх контроле происходящих изменений. Процесс вынашивания ребенка и его воспитания приобретает сверхценные характеристики.

Когнитивный компонент телесного опыта беременности у женщин с ЭКО характеризуется восприятием нового телесного опыта как большого достижения, оценка происходящих в теле изменений вызывает тревогу, настороженность и центрированность на телесных ощущениях, что отражает повышенную значимость.

Аффективный компонент телесного опыта беременности у женщин с ЭКО характеризуется повышенным беспокойством, тревожностью, вызванной напряженностью по поводу протекания беременности и соподчинен повышенной ценностью желанием сохранить телесный опыт беременности.

В поведенческом компоненте телесного опыта беременности у женщин с ЭКО присутствует доминирование, эгоистичность, ориентация на себя, телесный опыт беременности воспринимается как важное достижение, а состояние беременности как требующее постоянного внимания и заботы со стороны окружающих.

### Литература

1. Айвазян, Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.10 / Е.Б. Айвазян. – М., 2005. – 321 с.
2. Блюм А.И. Психологические особенности телесного опыта беременности женщин, перенесших аборт: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / А.И. Блюм. – Санкт- Петербург, 2016. – 179 с.
3. Блюм А.И., Василенко Т.Д. Телесный опыт беременности в контексте жизненного пути женщины, перенесшей опыт аборта/ Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2015. № 9 (53). – С. 52-61.
4. Василенко, Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Т.Д. Василенко. – Курск, 2011. – 414с.
5. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий и их психотерапевтическая коррекция: дис...доктор мед.наук: 14.00.18 - М. 2008 г. – 210 с.
6. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли-роли матери: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / И.Н. Земзюлина. – Санкт- Петербург, 2009. – 192с.

7. Николаева, В.В. Внутренняя картина беременности / В.В. Николаева // Вестн. МГУ. Сер. 14, Психология. – 2004. – С. 95-98.

8. Федина Л.П. Психологические особенности семей в программе ЭКО [Текст] // Актуальные вопросы современной психологии: материалы междунар. науч. конф. (г. Челябинск, март 2011 г.). – Челябинск: Два комсомольца, 2011. – С. 111-115.

9. Якупова В.И. Особенности становления внутренней позиции матери при использовании вспомогательной репродуктивной технологии ЭКО: дис...канд. психол. наук: 19.00.13 / В.А. Якупова.- Москва, 2015. – 140 с.

## **СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ МОТИВАЦИИ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН**

*Бобрешова А. А.*

**ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет»  
ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»**

Актуальность исследования обусловлена снижением рождаемости, изменением традиционной роли семьи в современном обществе, направляемую мужчин и женщин на самореализацию.

Мотивация рождения ребенка – это психическое состояние личности, обуславливающее взаимную согласованность разного рода репродуктивных мотивов женщин и мужчин, направленных на рождение детей, а также побуждающих индивида к достижению определенных целей, социального и психологического характера через рождение детей.

Мотивация рождения ребенка (репродуктивная мотивация) включает не только мотивы, но и потребности.

Потребность иметь детей – это социально-психологическая потребность любого социализированного индивида, проявляющаяся в том, что без наличия детей, индивид испытывает затруднения в личностной самореализации [1]. Одним из самых эффективных методов повышения рождаемости является развитие мотивации рождения ребенка у женщин и мужчин. Однако просто рекламы и призывов недостаточно. Как показывают различные исследования, даже выплата за рождение ребёнка не рассматривается большинством семей или холостых женщин и мужчин, как стимул к рождению детей.

У большинства мужчин и женщин заданный вопрос, почему он или она хочет иметь детей, вызывает недоумение. С одной стороны, это можно объяснить психологическим фактом, согласно которому мотивы деятельности, как правило, не осознаются. Обнаружение ведущего мотива порождает специальную задачу осознания его женщиной. Это происходило через определение места деторождения и детей в ее системе ценностей. С другой стороны, ответ на этот вопрос кажется однозначным, не имеющим альтернативы. Он подразумевает, прежде всего, реализацию потребности в чувстве родительства.

По данным И.Ю. Щегловой, мотивация «последний шанс родительства» основана на потребности иметь «своего» ребенка. Женщины и мужчины, у которых не получается завести собственного ребенка, напрочь отказываются от усыновления. В таких случаях они говорят, что не смогли бы испытывать родительские чувства к совершенно чужому ребенку. Особенности жизненной ситуации (бездетность в позднем для деторождения возрасте) дают этим мужчинам и женщинам основание считать настоящую беременность последней возможностью реализовать свои родительские чувства.

Мужчины и женщины, замотивированные на рождение ребенка наличием мотива «соответствовать социальным нормам», опираются на идеи того, что «у всех есть дети, и у нас должен быть ребенок», «так принято», «хочет муж (жена)», «в семье должен быть хотя бы один ребенок», «семья без ребенка не престижна». Такой мотив рождения ребенка обычно является ведущим преимущественно для незамужних мужчин и женщин и часто сочетается с желанием выйти замуж, чтобы не чувствовать себя одинокими. Их будущий ребенок представляется тем объектом, на который они переносят свою потребность в любви и который может компенсировать их желание быть любимыми и нужными.

В ряде случаев ребенок представляет ценность не сам по себе, а как средство для стимуляции партнера к вступлению в брак. Некоторые считают, что этому будет способствовать давление общественного мнения на партнера по браку.

Таким образом, мотивация деторождения у части мужчин и женщин является не столько реализацией родительского чувства, сколько способом выхода из субъективно трудной жизненной ситуации (одиночество, не востребованность чувств, отсутствие брака), реализации потребности быть любимой, в ряде случаев – способом получения социальных льгот (жилплощадь). В таких случаях можно говорить об извлечении из рождения ребенка «вторичной выгоды» или неспособности адекватно разрешить свою жизненную ситуацию.

Все вышесказанное также касается мужчин и женщин, стремящихся при помощи рождения ребенка сохранить свою семью. Свой брак они оценивают как нестабильный, отношения с мужем или супругой как конфликтные. Однако данный факт не блокирует их репродуктивные мотивы, а наоборот оказывает значимое влияние на сохранение беременности. Они считают, что чувство долга и ответственности сохранит их семью. При помощи беременности они стараются добиться внимания своего партнера, а также его признания.

Репродуктивным мотивом, свойственным преимущественно женщинам, является мотив рождения ребенка ради здоровья матери. Все чаще современные женщины заняты своей карьерой, у которых в жизни все разложено по полочкам и зачастую рождение ребенка планируется после построения карьеры, а это предположительно около тридцати лет. Возникшие проблемы со здоровьем трактуются ими или врачами как связанное с отсутствием ребенка. Именно поэтому женщина принимает решение рожать ребенка для улучшения своего здоровья.

Кроме того, репродуктивным мотивом является мотив протеста. Он заключается в том, мужчины и женщины чувствуют к себе несерьезное, детское отношение со стороны других людей, и чтобы доказать им обратное заводят ребенка. Зачастую они думают, что им больше никто не посмеет указывать, потому что «я – взрослый человек, я теперь родитель и сам знаю, как мне жить».

Таким образом, репродуктивные мотивы довольно разнообразны и представляют собой как реализацию потребности в родительстве, так и другие, значимые для мужчин и женщин потребности. Мотивация деторождения определяется рядом физиологических, социальных и психологических факторов: возрастом, наличием детей, брака и. т.п.

**Эмпирическое исследование на тему: «Сходства и различия мотивации рождения ребенка у женщин мужчин».**

Актуальность эмпирического исследования характеризуется с научной и практической точек зрения.

Научная актуальность определяется важностью рассмотрения данной проблемы в связи с отсутствием определенных знаний, необходимых для изучения проблемы.

Практическая актуальность определяется необходимостью поиска новых знаний для решения вопросов мотивации рождения ребенка, а также практическая актуальность исследования заключается в том, что изучение мотивации рождения ребенка у женщин и мужчин поможет психологам увидеть различия на основе эмпирических данных, а также сформулировать практические рекомендации психологам с целью оптимизации мотивов рождения ребенка у мужчин и женщин.

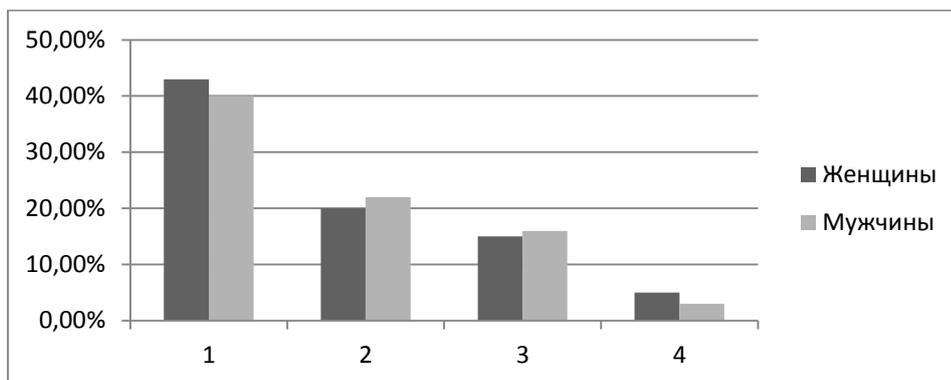
**Цель** эмпирического исследования заключалась в проверке гипотезы о наличии различий в мотивации рождения ребенка у женщин и мужчин.

**Объектом эмпирического исследования** являются женщины и мужчины, состоящие в браке и имеющие одного ребенка. Общий объем выборки составляет 200 человек (100 женщин) и (100 мужчин) в возрасте от 25 до 35 лет.

Метод стандартизированного самоотчета был реализован следующими конкретными методиками:

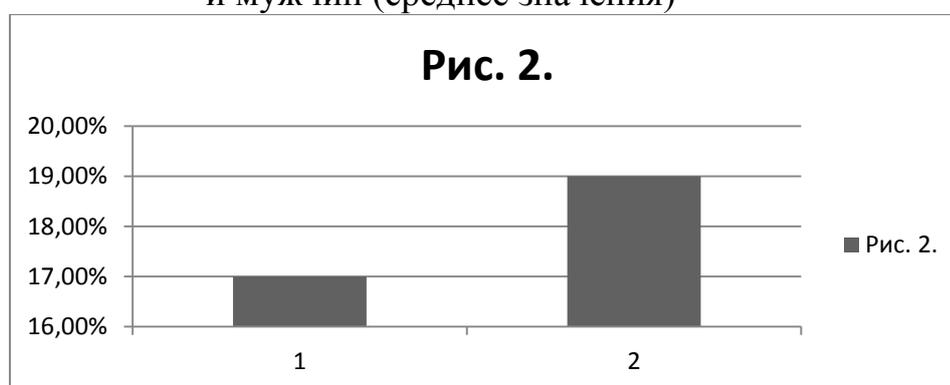
1. Методика «Мотивы зачатия ребенка» (О.А. Урусова)
2. «Методика исследования мотивов сохранения беременности» (МИМСБ) (Л.Н. Рабовалюк)

Анализ полученных результатов:



1 – мотив стремления соответствовать социальным нормам времени; 2 – мотив улучшения жилищных условий; 3 – мотив одиночества; 4 – мотив протеста.

Рис. 1. Сходства и различия мотивации рождения ребенка у женщин и мужчин (среднее значения)



1 – женщины (мотив интереса беременности); 2 – мужчины (мотив продолжения рода)

Рис. 2. Сходства и различия мотивации рождения ребенка у женщин и мужчин (среднее значения)

На основе полученных данных при помощи эмпирического исследования можно сделать следующий вывод: мотивация рождения ребенка у женщин и мужчин главным образом зависит от личностных установок. Репродуктивные мотивы женщины и мужчины довольно схожи. Их сходство можно отметить в следующих мотивах: стремление соответствовать социальным нормам времени в котором они живут, сохранение семьи при помощи рождения ребенка, мотив улучшения жилищных условий, в том числе при помощи получения материнского капитала, мотив одиночества, где ребенок выступает объектом, на который мужчина и женщина переносят свою потребность в любви и который компенсирует их желание быть любимыми, а также мотив протеста. В качестве различий в репродуктивных мотивах мужчин и женщин выступает стремление мужчин рождением ребенка продолжить свой род и передать наследие, в то время как женская репродуктивная мотивация основана на потребности почувствовать себя матерью, интересе к беременности, а также стремлении сохранить свое здоровье.

### **Литература:**

1. Андреева Т.В. Психология современной семьи / Т.В. Андреева. – Санкт–Петербург : Речь, 2005. – 436 с.
2. Файнбург З.И. К вопросу об мотивации рождения ребенка / З.И. Файнбург. – Москва : Наука, 1970. – С. 66-75.
3. Родштейн М.Н. Методологические принципы социально-психологического анализа материнской установки / М.Н. Родштейн, Т.К. Рулина - Самара : Век-21, – 2005. С. 250-267.
4. Магденко О.В. Условия становления репродуктивной мотивации и формирования материнской ролевой идентичности / О.В. Магденко, И.Я. Стоянова – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 100-104.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА, ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

*Богушевский А.А., Богушевская Ю.В.*

**Курский государственный медицинский университет  
ОБУЗ «Курская областная клиническая больница»**

Проблема социально-психологической адаптации инвалидов к условиям жизни в обществе – одна из важнейших граней общественной интеграции. В последнее время этот вопрос приобретает особую важность и остроту, так как существенно меняется подход к людям с ограниченными возможностями здоровья. Общеизвестно, что болезни, травмы, дефекты создают особую ситуацию развития личности, так как у человека, ставшего инвалидом, изменяются условия существования, а отсюда – качество и стиль жизни его ближайшего окружения – семьи. В такой ситуации требуется активация внутренних ресурсов, чтобы приспособиться к новым обстоятельствам не только в физическом, но и в психологическом плане. Насколько сможет адаптироваться человек к этой ситуации, во многом зависит от его личности в целом и других факторов, о которых пойдет речь в настоящей статье. Здесь мы говорим о принципе целостного подхода к инвалиду – к его лечению и реабилитации. В последнее десятилетие в реабилитационной работе большое внимание уделяется психологической составляющей [1, 3].

О необходимости психологической подготовки родственников к возвращению больного в домашние условия поднят вопрос в руководстве для врачей «Жизнь после инсульта» [2]. Часто родственники пациентов сталкиваются с многочисленными вопросами, касающимися ухода за инвалидом, желания и готовности обеспечивать его существование, ближайших и отдаленных перспектив, принятия ответственности за качество дальнейшей жизни больного.

Инвалидизация одного из членов семьи всегда представляет для нее проблему. В настоящем исследовании мы говорим о больных с травматической болезнью спинного мозга. Ситуация внезапной травмы, повлекшая за собой

повреждения спинного мозга, изменяет нормальный ход физиологических процессов в организме. Это сильнейший психологический стресс для самого больного и его ближайшего окружения, связанный с нейробиологическими особенностями организма в этот период и изменением всех проявлений жизнедеятельности. Пациент сталкивается с утратой работоспособности, крушением жизненных перспектив, ограничением социальных контактов, беспомощностью, зависимостью от других людей в повседневной жизни, ограничениями в передвижении, нарушением психоэмоциональной сферы и др. Семья больного сталкивается и с материальными затратами на лечение и реабилитацию. Необходимость психологической поддержки самого больного, обучения и подготовки к длительному периоду реабилитации родственников инвалида обуславливают актуальность настоящего исследования.

Целью настоящей работы являлось изучение психологических проблем больных, перенесших травму спинного мозга; сложностей психологического характера, возникающих у родственников больных с целью оптимизации психологической составляющей процесса реабилитации.

В исследовании, проведенном в 2015-2017 гг., приняли участие 14 больных с травмой спинного мозга, находящихся на лечении в отделении травматологии ОБУЗ «КОКБ». Клинико-психологическое интервью было направлено на изучение эмоциональных особенностей больных, их психического статуса. С родственниками больных осуществлялось психологическое консультирование, в ходе которого обсуждались актуальные для них вопросы, касающиеся организации ухода, предстоящей длительной реабилитации. Также проводились обучающие тренинги, в ходе которых они получали информацию и навыки упражнений для реабилитации в бытовых условиях, формировалось позитивное отношение к дальнейшим перспективам больного.

Среди психических расстройств в раннем периоде травмы спинного мозга преобладали острая реакция на стресс (85,71%), тревожные и депрессивные расстройства с аутоагрессией (57,14%), иногда с суицидальными мыслями (14,3%). Указанные расстройства требуют оказания психологической помощи, консультации врача-психиатра. На этом этапе лечения очень важно оказать психотерапевтическую помощь, сформировать у больного адекватное отношение к болезни, мобилизовать волевые ресурсы, на их основе начать подготовку к восстановлению эффективного социального поведения, реализации реабилитационного потенциала пациента.

Родственники больных в ситуации острой травмы близкого им человека так же переживают выраженный стресс. По шкале стрессоустойчивости (Холмса и Рея) болезнь близкого члена семьи является очень мощным стрессовым фактором, которому отводится такое же количество баллов, как и потере человека. В большей степени у них актуализируются психологические проблемы, связанными с длительным осуществлением ухода за больным, переживаниями утраты прежнего облика близкого человека. Длительность и качество адаптации семьи к родственнику, у которого наблюдаются последствия травматической болезни спинного мозга, зависят от многих

факторов. Большую роль при этом играют взаимоотношения в семье. Болезнь одного из ее членов всегда является хорошим индикатором семейных отношений. В гармоничных семьях болезнь человека всегда событие неожиданное, вызывающее тревогу, может на какое-то время дезадаптировать родственников. Но эта проблема их сплачивает, они активно навещают его, организовывают уход, «распределяют дежурства», в стационаре остаются на ночь, прислушиваются к советам и рекомендациям врача. Несмотря на уровень дохода в этих семьях, они могут приобрести специальное оборудование (функциональная кровать, тренажеры для использования в домашних условиях и др.), делают все возможное для облегчения страданий их родственника.

В дисгармоничных семьях на практике наблюдается следующая картина. Родственники начинают выяснять отношения между собой, обвинять друг друга в том, что произошло с больным, «искать виноватого», перекладывать предстоящие заботы и тяготы на кого-либо, приводя самые разные аргументы. Люди не знают, как правильно поднять тяжело больного, как грамотно организовать пространство для осуществления кормления, ухода за больным, и главное, не проявляют интереса, не спрашивают – каким образом это осуществлять, демонстрируют категорическое нежелание брать на себя ответственность, избегают посещения его в стационаре, ссылаются на многочисленные причины. Как правило, это заканчивается серьезными конфликтами между родственниками. А неправильная организация ухода за больным препятствует восстановлению утраченных вследствие травмы функций и снижает реабилитационные возможности. В ситуации инвалида в семье такое неконструктивное общение приводит к вражде родственников и неблагоприятно сказывается на психическом и физическом состоянии самого больного.

Приведенные результаты наших практических наблюдений свидетельствуют о необходимости осуществлять психологическую помощь больным с момента острой травмы спинного мозга и консультативную работу для его родственников. С семьей инвалида следует проводить занятия, направленные на разрешение конфликтов между социальными стереотипами предстоящих обязанностей и собственного внутреннего представления о них, формирование ответственности в широком понимании этого слова, побуждение желания участвовать в выздоровлении больного члена семьи, изменение неприемлемых категорий поведения по отношению к больному. Родственникам нетрудоспособного члена семьи важно дать понять, что при всех «свалившихся» на них проблемах жизнь не заканчивается, что предстоящее – не наказание, а важный урок для них лично. На этапе формирования у родственников инвалида чувства перспективы в жизни следует использовать методики современной клинической психологии – целеполагания, техники структурирования целей и ценностей, позволяющие активизировать собственные неосознанные ресурсы человека.

Осознание того, что ты не один в своем несчастье, эффективно помогает в ее преодолении. Для проведения подобных занятий необходимо привлекать не только штатного клинического психолога, но и студентов выпускных курсов

факультета клинической психологии – волонтеров, которые смогут не только получить практический опыт в работе с членами семьи больного, но и закрепят профессиональные навыки в реальных условиях.

Эффективность проведенного лечения и дальнейший прогноз восстановления утраченных функций инвалида в процессе реабилитации во многом зависят от качества семейных взаимоотношений и психологической атмосферы в семье.

### **Литература**

1. Романова Е.С. Система психологической помощи больным с травматической болезнью спинного мозга в специализированном реабилитационном центре / Е.С. Романова, Б.М. Коган, Е.В. Свистунова и др. // в кн. «Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга» / под общ. редакцией Г.Е. Ивановой с соавт. – М.: ОАО «Московские учебники и картолитография», 2010. – 640 с.

2. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Руководство для врачей / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.

3. Кадыков А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 560 с.

## **РОЛЬ СЕМЬИ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ**

*Вартанян Г.А., Горбатов С.В.*

**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»**

Значение семьи как ближайшего окружения в формировании личности является неоспоримым и доказанным психологическими исследованиями фактом, в основе которых лежит идея интериоризации Л.С. Выготского (Б.Г. Ананьев, А.Г. Асмолов, А.А. Бодалев, И.С. Кон, А.А. Кроник, В.Н. Мясищев, А.В. Петровский и др.). Семья, как ячейка общества, вносит существенный вклад в развитие нравственных и духовных ценностей личности, ее воздействие многогранно и всесторонне. Именно семья является важнейшей средой формирования ребенка и основным институтом воспитания, именно в ней закладываются жизненные установки и основы мировоззрения, которые впоследствии становятся для человека главным ориентиром. Благополучный микроклимат в семье является основой психического здоровья и полноценного психологического развития личности.

В связи с этим проблема семьи, детско-родительских отношений и стратегий родительского воспитания в контексте отклоняющегося, в частности, преступного поведения несовершеннолетних крайне значима как в теоретическом, так и в практическом аспектах и продолжает оставаться актуальной по сей день.

Дефицит поддерживающего конструктивного общения в семье, частные конфликты, а также насильственные формы взаимодействия членов семьи способствуют криминогенному и виктимогенному влиянию как на детей, так и на самих родителей. В связи с чем большинство исследователей многие причины преступного поведения связывают со сферой семейных отношений. Так, В.П. Верин в своем исследовании приводит статистические данные, характеризующие семьи, в которых выросли несовершеннолетние преступники. Таким семьям характерно пренебрежительное отношение к воспитанию детей (15%), пренебрежительное отношение к труду и другим гражданским обязанностям (25%), пьянство и драки (43%), совершение правонарушений и преступлений (17%) и другие антиобщественные факторы [1].

Как показывают исследования А.Р. Ратинова, пассивное отношение к развитию преступных наклонностей и замыслов характерно примерно половине семей преступников, что объясняется объективными обстоятельствами (болезнь или чрезмерная занятость), с одной стороны, и субъективными (неумение или нежелание оказывать воспитательное воздействие), с другой. Такие семьи делятся на оказывающие общее отрицательное воздействие и непосредственно вовлекающие в преступную деятельность. По мнению А.Р. Ратинова, соотношение между первыми и вторыми составляет девять к одному [2]. С.Н. Ениколопов отмечает, что общее отрицательное влияние семьи проявляется в стереотипах жестокости и корысти подрастающего поколения [3].

Важное значение в формировании личности подростка отводится детско-родительским отношениям. Оптимальная родительская позиция должна отвечать трем главным требованиям: адекватности, гибкости и прогностичности. Адекватность позиции взрослого основывается на реальной оценке особенностей своего ребенка, на умении увидеть, понять и уважать его индивидуальность. Гибкость родительской позиции определяется готовностью и способностью родителя изменить стиль общения. Прогностичность предполагает ориентации родителя на «зону ближайшего развития» ребенка и на задачи завтрашнего дня.

Проблема стилей семейного воспитания, нарушений родительского отношения к детям тесно взаимосвязана с отклонениями в психическом развитии детей, с их здоровьем и исследуется с клинико-психологических позиций. В частности А.И. Захаров отмечает, что неблагоприятные типы воспитания могут способствовать развитию напряженной и неустойчивой внутренней позиции ребенка, которая приводит к появлению у него невротических реакций, возникновению отклонений и нарушений в психике, формированию неадекватного, диффузного образа «Я» [4].

Проведя теоретический анализ научной литературы по указанной проблеме, мы предприняли попытку изучить взаимосвязь детско-родительских отношений с индивидуально-психологическими особенностями (типом акцентуации характера и предпочитаемым стилем межличностных отношений) несовершеннолетних, осужденных за насильственные преступления сексуального характера (N=40, средний возраст 16,5 года). Анализ был

построен на сравнении с группой несовершеннолетних школьников, формирующихся в социально благоприятной среде (N=40, средний возраст 16,5 года). В исследовании приняли участие родители осужденных подростков (N=44) и родители школьников (N=76). Всего в исследовании приняли участие 200 человек. Для изучения индивидуально-психологических особенностей мы использовали методику «ПДО» А.Е. Личко, Н.Я. Иванова и «ДМО» Т. Лири, для изучения детско-родительских отношений использовалась методика «АСВ» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса. Однако стоит отметить, что корреляционный анализ Пирсона осуществлялся по показателям только матерей подростков, поскольку несовершеннолетние осужденные воспитываются преимущественно в неполных семьях (матерями, бабушками). Нам удалось выявить несколько, на наш взгляд, интересных взаимосвязей. Так, конформный тип акцентуации характера несовершеннолетних, осужденных за насильственные преступления сексуального характера, взаимосвязан с предпочтением детских качеств в ребенке, предпочтением женских качеств, проекцией собственных нежелательных качеств, минимальностью требований запретов к ребенку и неустойчивым стилем воспитания (при  $p \leq 0,05$ ). Предпочтение детских качеств в сыновьях проявляется в стремлении игнорировать повзросление детей и стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость. Говоря о неосознаваемом неприятии ребенка мужского пола, следует отметить, что в таком случае приходится сталкиваться со стереотипными суждениями о мужчинах вообще. В этих условиях, как отмечают Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис, по отношению к мальчику может сформироваться воспитание по типу «эмоциональное отвержение» или «потворствующая гиперпротекция», что может приводить к искажению характерологических типов [там же]. Причиной проекции собственных нежелательных качеств матерями на своих сыновей нередко бывает то, что в ребенке они как бы видят черты характера, которые чувствуют, но не признают в себе. При такой личностной проблеме родителей могут быть такие нарушения воспитания, как эмоциональное отвержение и жестокое обращение. Несмотря на это, матери осужденных подростков используют и противоположный стиль, при котором не устанавливают какие-либо рамки в поведении ребенка. Такая смена одного стиля другим, т.е. эмоциональное неприятие, с одной стороны, и вседозволение, с другой, является проявлением неустойчивого стиля семейного воспитания, который, по мнению К. Леонгарда, содействует формированию таких черт характера, как упрямство, склонность противостоять любому авторитету и является нередкой ситуацией в семьях детей и подростков с деформациями характера.

Кроме того, проявлениям делинквентного поведения подростков могут способствовать проекция собственных нежелательных качеств, гипопротекция (при  $p \leq 0,01$ ) и неустойчивый стиль воспитания (при  $p \leq 0,05$ ).

Отрицательная корреляция таких стилей воспитания и личностных проблем матерей, как минимальность санкций и фобия утраты ребенка с альтруистическим стилем межличностных отношений несовершеннолетних

осужденных (при  $p \leq 0,05$ ) означает, что стремление подростков помочь и сострадать всем может быть обусловлено меньшим предпочтением матерей обходиться без наказаний, считая их нерезультативными, и меньшими страхами ошибок воспитания, связанными с преувеличенными представлениями о хрупкости и болезненности ребенка. Отрицательная корреляция таких стилей воспитания и личностных проблем матерей, как минимальность санкций, фобия утраты ребенка (при  $p \leq 0,05$ ) и чрезмерность требований-обязанностей (при  $p \leq 0,01$ ) с доброжелательным стилем межличностных отношений несовершеннолетних осужденных означает, что стремление осужденных подростков быть открытыми окружающим может быть обусловлено меньшим предпочтением матерей обходиться без наказаний, меньшим требованием к повседневным обязанностям ребенка и меньшими страхами ошибок воспитания, связанными с преувеличенными представлениями о хрупкости и болезненности ребенка.

Изучая взаимосвязь детско-родительских отношений с индивидуально-психологическими особенностями правопослушных школьников, нам также удалось выявить некоторые корреляции. Так, психастенический тип акцентуации характера взаимосвязан с потворствующим стилем воспитания ( $p \leq 0,05$ ). Другими словами, чем больше стремление матерей к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка, тем больше акцентуация таких черт подростков, как нерешительность и тревожность за будущее. Кроме того, потворствование способствует и формированию сенситивного типа акцентуации характера школьников ( $p \leq 0,05$ ), т.е. большой впечатлительностью и чувству собственной неполноценности. Сенситивный тип акцентуации положительно взаимосвязан с такой личностной проблемой матери, как расширение сферы родительских чувств ( $p \leq 0,05$ ). Это означает, что матери, сами того не осознавая, хотят, чтобы ребенок стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком, чтобы он удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в психологических отношениях супругов. Такая установка матерей по отношению к своим сыновьям положительно взаимосвязана с истероидным типом акцентуации характера ( $p \leq 0,05$ ). Другими словами, чем больше она проявляется, тем больше подростки эгоцентричны, жаждут внимания к себе, склонны к фантазированию. Истероидный тип акцентуации характера несовершеннолетних школьников, формирующихся в социально благоприятной среде, также взаимосвязан с неустойчивым стилем воспитания (при  $p \leq 0,05$ ).

Большее проявление таких личностных проблем матерей, как расширение сферы родительских чувств и предпочтение мужских качеств в ребенке, а также маскулинность подростков ( $p \leq 0,05$ ) способствуют проявлению диссимуляции характера школьников, т.е. их нежеланию раскрывать черты своего характера

Взаимосвязь доминирующего стиля межличностных отношений школьников с такой личностной проблемой матерей, как воспитательная неуверенность (при  $p \leq 0,05$ ) означает, что при большем перераспределении власти в семье между родителем и ребенком в пользу последнего явно проявляются эгоистические и лидерские черты в общении несовершеннолетних

школьников. При этом, чем меньше данная личностная проблема матерей, тем больше проявляется подчиняемый стиль межличностного общения подростков и склонность к делинквентности (при  $p \leq 0,05$ ). Кроме того, чем меньше матери школьников стремятся игнорировать повзросление детей, стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость, тем больше подростки могут демонстрировать делинквентное поведения (при  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, мы можем предположить, что на формирование черт, свойственных несовершеннолетним, осужденным за насильственные преступления сексуального характера, влияет стиль семейного воспитания матерей, во многом зависящий от их личностных проблем, которые они пытаются решить за счет ребенка. На наш взгляд, данные проблемы во многом связаны с внутрисемейными взаимоотношениями супругов.

Проведенный теоретический анализ научной литературы и эмпирическое исследование позволили сделать некоторые выводы о роли семьи и детско-родительских отношений в формировании личности подростка. Анализ роли семьи и детско-родительских отношений в формировании личности подростка поможет решить специфическую задачу, стоящую перед психологией и криминологией, – опираясь на данные психологии и педагогики, установить, какие именно особенности семейного воспитания и детско-родительских отношений выступают факторами совершения преступлений несовершеннолетними. Решение этой задачи позволит разработать методические рекомендации родителям и специалистам, взаимодействующим с подростками и их семьями.

#### **Литература:**

1. Верин В.П. Современные проблемы изучения и организации борьбы с преступлениями в сферах семейно-бытовых и молодежно-досуговых отношений: Автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – М., 1994. – 270 с.
2. Ратинов А.Р. Личность преступника как объект психологического исследования. – М., 2000.
3. Ениколопов С.Н. Агрессивность как специфическая сторона активности и возможности ее исследования на контингенте преступников. – М., 2009.
4. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях: Методические рекомендации / Э.Г. Эйдемиллер. – М.: 1980. – 27 с.

### **ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ПОЛНОЙ СЕМЬЕ НА ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ РЕБЕНКА СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Василенко Т.Д., Абдулгалимова У.К.*

**Курский государственный медицинский университет**

Особенности формирования и функционирования эмоциональной сферы в дошкольном возрасте давно признаны психологами важной проблемой. По мнению А. Валлона, эмоции в генезисе психической жизни проявляются раньше всего: «Ребенок способен к психической жизни только благодаря эмоциям. Именно эмоции объединят ребенка с его социальным окружением, через эмоции ребенок обретает опору для своей биологии, в эмоции осуществляется симбиоз органического и психического, происходит как бы «переливание» одного в другое». А. Фрейд отмечала, что настроение матери, ее эмоциональное отношение к ребенку оказывают на него решающее влияние: «Быстрее всего развивается то, что больше всего нравится матери, и что ею оживленнее всего приветствуется» [3].

Как указывает Л.И. Божович, у детей 6-7-летнего возраста в связи с продвижением в их общем психическом развитии появляется ясно выраженное стремление к тому, чтобы занять новое, более «взрослое» положение в жизни и выполнять новую, важную не только для них самих, но и для окружающих людей деятельность [1]. Появление такого стремления подготавливается всем ходом психического развития ребенка и возникает на том уровне, когда ему становится доступным осознание себя не только как субъекта действия (что было характерным для предшествующего этапа развития), но и как субъекта в системе человеческих отношений [4]. Это становится возможным потому, что к концу дошкольного возраста на основе целого ряда психических новообразований, возникающих в процессе социализации ребенка, он объективно представляет собой уже достаточно устойчивую интегративную систему и способен в специфической для своего возраста форме осознать себя в этом качестве и дать отчет в своем отношении к окружающему. Иначе говоря, у ребенка появляется осознание своего социального Я [2].

Г.А. Ковалев (1979) полагает, что отношения между родителями и детьми могут быть открытыми (личностными) или закрытыми (ролевыми). Открытые (личностные) отношения предполагают доверительность и искренность выражения чувств и состояний, возможность самораскрытия. Закрытые (ролевые) отношения подразумевают закрытость родителей, подчеркивание зависимого положения ребенка [5].

Исследование было проведено в школе города Курска в котором приняли участие 18 родителей и 18 детей.

Исследование включает в себя два этапа проведения анализа. На первом этапе нами была проведена методика анализа детско-родительских отношений. В результате мы получили ряд значений по всем шкалам. На основании нормативных показателей нами были выделены две группы: семьи с благоприятными детско-родительскими отношениями и семьи с неблагоприятными детско-родительскими отношениями. На втором этапе был проведен сравнительный анализ отдельных типов детско-родительских отношений, а также проанализированы особенности эмоциональной сферы ребенка [2].

Экспериментальное изучение данной проблемы подтвердило гипотезу данного исследования о том, что более конструктивные стили родительского отношения к ребенку (кооперация, симбиоз) способствуют формированию эмоциональной сферы у детей дошкольного возраста.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что в группе с неблагоприятными семейными отношениями преобладают типы отношений в которых родитель, как авторитарная фигура, подавляет ребенка, фрустрирует его потребности, ставя на первый план свои собственные. В группе с благоприятными отношениями преобладает кооперативный тип отношения, когда ребенок выступает равноценным объектом взаимодействия со взрослым, когда ребенка слышат и поддерживают.

### **Литература**

1. Егорова М.С., Зырянова Н.М., Пьянкова С.Д., Чертков Ю.Д. Из жизни людей дошкольного возраста. – СПб., 2001. – 437 с.
2. Кудрина Г.Я. Диагностические методы обследования детей дошкольного возраста. – Иркутск, 1992. – 326 с.
3. Кулагина И.Ю. Возрастная психология. – М., 1999. – 352 с.
4. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Под редакцией Д. И. Фельдштейна / Вступительная статья Д.И. Фельдштейна. 2-е изд. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 352 с. – С. 213-227.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*Василенко Т.Д., Бакина Ю.А.*

**Курский государственный медицинский университет**

На сегодняшний день бронхиальная астма принадлежит к одному из самых распространенных аллергических заболеваний у детей. Детско-родительские отношения относятся к социально-психологическим факторам, которые могут оказывать пусковое влияние на развитие психосоматического заболевания у них. Об этом говорит В.А. Ананьев, который указывает, что к возникновению психосоматической патологии у детей ведут дисгармоничные, конфликтные отношения в семье, особенности воспитания, перенесенный психотравмирующий опыт [1].

Исходя из современных представлений, большое значение в возникновении психосоматического заболевания у ребенка могут играть особенности семейного совладания со стрессом. Так, Е.В. Куфтяк в своих исследованиях указала на то, что семьи «уязвимого» типа имеют неуверенных в

себе взрослых, ожидающих внешнего контроля. Они характеризуются неудовлетворенностью супружескими отношениями, готовностью к использованию копинг-стратегии «конфронтация», стремлением инфантилизировать ребенка, а также повышенной подверженностью риску при столкновении со стрессовыми ситуациями [3].

Согласно С.А. Кулакову, дисфункциональные семья пытаются сохранить привычные стереотипы и взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от внешних условий. В результате этого блокируются потребности самого «слабого» члена семьи (чаще – ребенка), и у него возникает соматическое или психосоматическое заболевание. Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые взаимоотношения между членами семьи [2].

Возникновение бронхиальной астмы у подростков связано с нарушением детско-родительских отношений, а также системы межличностного взаимодействия с другими людьми. Для подростков значимыми являются контакты со сверстниками. То есть подразумевается конкретно-личностное отношение подростка как к родителям, так и к сверстникам. Неудовлетворенность ребенка этими отношениями может поспособствовать созданию неблагоприятного эмоционального фона, возникновению стрессовых ситуаций, переживанию чувства одиночества и стремлению к уединению и замыканию в себе.

Данная статья – результат комплексного исследования, проводившегося в период с октября по декабрь 2016 года, под руководством Т.Д. Василенко, А.В. Селина на базе ОБУЗ «Курская областная детская клиническая больница» и гимназии № 44 в городе Курске. В исследовании приняли участие 24 респондента: 6 матерей, воспитывающих детей-подростков с бронхиальной астмой, и 6 их детей в возрасте от 11 до 13 лет; 6 родителей, воспитывающих условно здоровых подростков, и 6 их детей в возрасте от 12 до 13 лет. Мы поставили перед собой цель – изучить особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей подросткового возраста с бронхиальной астмой, и сравнить их с семьями, воспитывающими условно здоровых подростков.

Для достижения данной цели мы изучили, какие типы семейного воспитания, типы совладающего поведения преобладают в семьях, а также конкретно-личностные отношения и личностные характеристики ребенка.

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что в семьях, воспитывающих детей-подростков с бронхиальной астмой, будет наблюдаться отличие от семей со здоровыми детьми в стиле семейного воспитания, а именно: в преобладании гиперпротекции (Г+), потворствующей гиперпротекции (У+), которая вытекает из эмоционального симбиоза матери и ребенка; в расширении сферы родительских чувств по отношению к ребенку (РЧЧ), связанных с нарушением семейной структуры (отсутствием мужа/жены); в увеличении фобии утраты ребенка (ФУ); преобладании требований по отношению к ребенку (Т+) и требований запретов (З+), а также наличия проекции на ребенка собственных качеств (ПНК), (см. диаграмму 1).

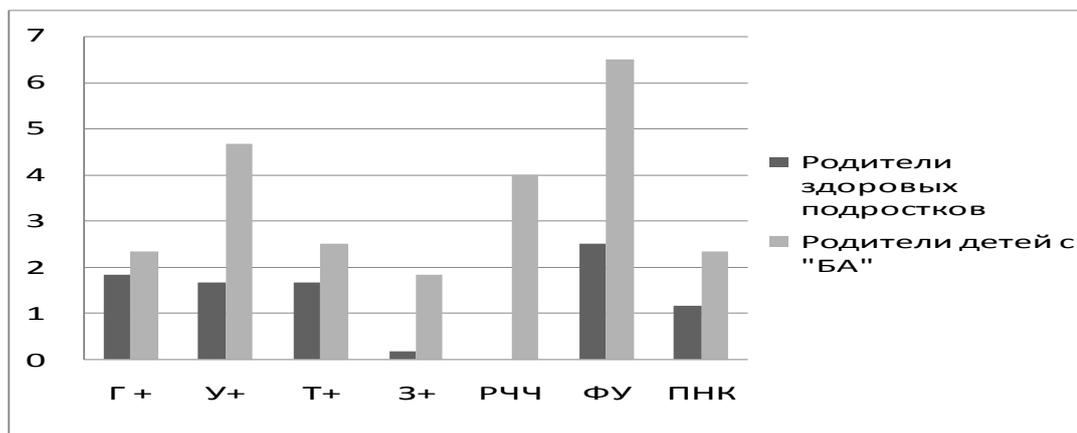


Диаграмма № 1. Различия в стилях семейного воспитания

В нашем исследовании мы также рассматривали различия в контексте эмоционального состояния родителей и детей контрольной и экспериментальной групп (см. таблицу 1).

Таблица 1. Различия в эмоциональном состоянии («ПА» – позитивный аффект, «НА» – негативный аффект)

| Переменные | p-level         | Среднее (здоровые) | Среднее (больные) | СКО (здоровые) | СКО (больные) | Медиана (здоровые) | Медиана (больные) |
|------------|-----------------|--------------------|-------------------|----------------|---------------|--------------------|-------------------|
| ПА         | 0,258975        | 34,833333          | 33,000000         | 6,177918       | 4,516636      | 36,000000          | 31,500000         |
| НА         | <b>0,024975</b> | 16,666667          | 30,166667         | 8,262364       | 7,600439      | 18,500000          | 33,000000         |

В дисфункциональных семьях будет наблюдаться негативное эмоциональное состояние, в отличие от семей со здоровыми детьми. В исследовании негативного аффекта были выявлены различия на статистически достоверном уровне. Это означает, что родители, воспитывающие детей-подростков с бронхиальной астмой, все же находятся больше в подавленном состоянии, нежели родители здоровых детей. У таких родителей в ответах преобладают характеристики: «подавленный», «тревожный», «беспокойный».

Нами также было обнаружено, что семьи, в которых дети страдают бронхиальной астмой, отличаются использованием в большей степени проблемно-ориентированных копинг-стратегий, например, «конфронтация», чем семьи, в которых дети условно здоровы.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что дети-подростки, страдающие бронхиальной астмой, в отличие от здоровых, меньше воспринимают родителей как единое целое, делая акцент на каждом из них. Здоровые же дети более адекватно осознают свою «отдельность» от родителей, не привязываясь к кому-либо конкретному.

Изучение межличностных отношений у детей-подростков с бронхиальной астмой выявило, что у них отношения со сверстниками хуже, чем у условно здоровых детей.

Таким образом, в результате проделанной нами работы были выявлены различия в типе семейного воспитания, типе совладающего поведения и

конкретно-личностных характеристиках детей между семьями, воспитывающими условно здоровых детей-подростков, и семьями, воспитывающими детей с бронхиальной астмой.

### **Литература**

1. Ананьев В.А. Человек как психосоматическая система // Валеология Человека. Ред. В.П. Петленко. – Т. 1. – СПб.: «Petros», 1996.
2. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003.
3. Куфтяк Е.В. Психология семейного совладания: дис....д-ра психол.наук. – М., 2011.

## **РОЛЬ СЕМЬИ В КОРРЕКЦИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Василенко Т.Д., Мангушев Ф.Ю., Благов И.А.*

**Курский государственный медицинский университет**

Невротические и соматоформные расстройства относятся к одним из наиболее распространенных нервно-психических расстройств [2]. Этиология данной группы расстройств связана как с нейрофизиологическими [1, 6], так и с социально обусловленными причинами [7].

Было проведено и описано множество экспериментальных работ о влиянии семьи на формирование расстройств невротического спектра [1]. Показано, что заболеваемость человека неврозом в немалой степени зависит от условий, в которых он воспитывался, от стиля воспитания. При этом воздействие родительской семьи простирается весьма далеко, проявляясь и в то время, когда индивид уже сформировал собственную семью. В значительной степени на формирование и проявление невротических расстройств с соматической симптоматикой проявляется воздействие семьи, в которой личность проживает. Тем не менее при наличии большого количества исследований, посвященных роли семьи как одного из факторов возникновения невротических расстройств, в том числе и соматоформных, остается недостаточно разработанным и актуальным вопрос о возможности включения семьи в психокоррекционные мероприятия. Во многом семейные отношения влияют на формирование способности личности к приспособлению в стрессовых ситуациях, переживанию травматического опыта, совладания с проблемной ситуацией [5].

Значимость изучения копинг-стратегий и поведенческой саморегуляции заключается в недостаточности фактов о таком системном качестве личности, которое обеспечивает целостность личности и индивидуальности, а также возможности адаптации к тем или иным изменениям в среде [3].

Более точно копинг-поведение определяется так: копинг – это «непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» [4]. Авторы подчеркивают, что копинг – это процесс, который все время

изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние.

Мы обратили внимание главным образом на следующие аспекты личности: копинг-стратегии, субъективный уровень удовлетворенности жизнью, преобладающие эмоциональные состояния личности, уровень жизнестойкости и уровень социальной фрустрированности.

В исследовании приняли участие люди с диагнозом соматоформного расстройства и здоровые. В качестве методов исследования были применены следующие: опросник «Способы совладающего поведения» (ССП, Lazarus, Folkman, 1984; Вассерман и соавт., 2009); опросник «Проактивного совладающего поведения» (копинга) (англ. Proactive Coping Inventory, сокр. PCI); шкала удовлетворенности жизнью (SWLS, Diener et al., 1985; Осин, Леонтьев, 2008); шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (ШПАНА); тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева; методика «Уровень социальной фрустрированности» (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, М.А. Березин).

### **Результаты и их обсуждение**

В результате анализа и статистической обработки мы обнаруживаем значимые различия в уровнях жизнестойкости и социальной фрустрированности, параметрах удовлетворенности жизнью, эмоциональных состояний и в преобладающих копинг-стратегиях в экспериментальной и контрольной выборках.

Статистически значимые различия получены по шкалам «Конфронтация», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности». Здесь мы подчеркиваем особенности личности соматоформного больного и особенности его жизненного пути, где зачастую встречаются стрессогенные ситуации. Лица, больные соматоформными расстройствами, действительно стараются разрешить свою «жизненную проблему» за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, а наоборот, через демонстрацию своего недуга, плохого самочувствия, получая так называемую вторичную выгоду в виде заботы, ухода, внимания и лечения.

По результатам методики «Шкала удовлетворенности жизнью» (SWLS, Diener et al., 1985; Осин, Леонтьев, 2008), в результате проведенной нами статистической обработки получены статистически значимые различия на высоком уровне  $p < 0,01$  ( $p\text{-level} = 0,001325$ ), по общему показателю «Удовлетворенность жизнью» в размере СКО=4,8 (здесь и далее:  $p\text{-level}$  – уровень статистической значимости, СКО – стандартное отклонение от нормы).

Также в ситуации соматоформного заболевания отмечаются особенности аффекта. Проведенный нами сравнительный анализ по результатам методики «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) показал статистически значимые различия на высоком уровне по данному показателю «Позитивный аффект»  $p < 0,01$  ( $p\text{-level} = 0,004575$ ) в размере СКО=6,7 и «Негативный аффект»  $p < 0,01$  ( $p\text{-level} = 0,001629$ ) в размере СКО=5,7.

Важным психологическим компонентом, отражающим адаптацию личности к окружающей среде, специфической жизненной ситуации является

жизнестойкость. В результате проведенной нами статистической обработки получены статистически значимые различия на высоком уровне  $p < 0,01$  ( $p\text{-level} = 0,000778$ ), по показателю «Общая жизнестойкость» в размере СКО=5,3. Также на статистически значимом уровне отмечены различия в параметрах «Вовлеченность» ( $p\text{-level} = 0,02645$ ), «Контроль» ( $p\text{-level} = 0,01723$ ) и «Принятие риска» ( $p\text{-level} = 0,01142$ ). Полученные результаты позволяют нам судить о том, что в ситуации заболевания соматоформным расстройством люди ощущают себя отвергнутыми, «вне» жизни. Также такие больные не считают, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. И, наконец, они не желают извлекать опыт, новые знания и умения из позитивного либо негативного опыта.

Также нами были обнаружены различия при обработке результатов методики «Уровень социальной фрустрированности». Получены статистически значимые различия на высоком уровне  $p < 0,01$  ( $p\text{-level} = 0,001942$ ), по показателю «Социальная фрустрированность» в размере СКО=3,3.

Соматоформные больные испытывают ощущение невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей. Действительно, социальную фрустрированность можно рассматривать как специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов, и тогда мы утверждаем о малоэффективной психологической защите и отсутствии должной, на субъективный взгляд больного, социальной поддержки. Также, проведя качественную обработку результатов методики «Уровень социальной фрустрированности», мы получили данные о наиболее фрустрированных сферах жизни (удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими; удовлетворенность ближайшим социальным окружением; удовлетворенность своим социальным статусом; социально-экономическим положением; своим здоровьем и работоспособностью). Стоит отметить, насколько разнятся наиболее фрустрированные социальные сферы у контрольной и экспериментальной групп. Если у контрольной группы существует недовольство своим социально-экономическим положением, то экспериментальную группу больше заботит свое здоровье и работоспособность, нежели что-то другое.

### **Выводы**

В эмпирическом исследовании особенностей копинг-стратегий у пациентов с соматоформными расстройствами и у здоровых лиц были сделаны выводы о преобладании таких копинг-стратегий, как «Поиск социальной поддержки», «Конфронтация», «Поиск инструментальной поддержки». Также указан низкий уровень удовлетворенности жизнью, преобладание негативного аффекта, сниженным уровнем жизнестойкости и выраженный уровень социальной фрустрированности у соматоформных больных. Таким образом, мы постепенно переходим к выполнению задачи нашей работы: формулирование оснований и определение мишеней психотерапевтического воздействия при работе с соматоформными больными с опорой на возможную роль семьи в терапевтической помощи.

В частности, следует обратить внимание на такие аспекты, как сниженный уровень жизнестойкости и выраженный уровень социальной фрустрированности у соматоформных больных. Жизнестойкость также позволяет судить о ресурсном состоянии больных, что крайне важно в лечении соматоформного заболевания. Активное, а не пассивное участие в выходе из ситуации болезни ускорит процесс выздоровления как минимум, сделает это выздоровление возможным в принципе. Невозможность реализации своих социальных потребностей можно считать, на наш взгляд, крайне важным аспектом, которому следует уделить особое внимание при проведении психотерапевтического воздействия. Как показывают исследования, проведенные за рубежом, во многом на способность оценивать свое состояние и актуальную ситуацию, влияют отношения со значимым в первые годы жизни лицом, которым в большинстве случаев являются родители [7]. Исходя из анализа анамнестических данных было выявлено, что в большинстве случаев отношение со значимым близким (чаще матерью) имеют напряженный характер. Практически все испытуемые с соматоформным расстройством сообщили, что не могут открыто общаться со своими близкими, что перекликается с полученными данными о высокой социальной фрустрированности. Родственники чаще не понимают, что происходит с больным, оказывают недостаточную или не корректную поддержку. Поэтому при проведении психокоррекционных мероприятий следует уделить особое внимание семейной ситуации и по возможности включать семью в этот процесс, с целью формирования адекватных стратегий совладания у больного.

#### **Литература:**

1. Бояринцев В.П. Проблемы психологии и психофизиологии активности и саморегуляции личности – М., 1988.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
3. Купрене Е.В. Современное состояние и методы копинг-стратегий в психологии / Е.В. Купрене // Среднее профессиональное образование. – 2011. – № 5. – С. 69-71.
4. Реан А.А. Психология адаптации личности. Текст / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб. : Прайм – Еврознак, 2006. – 479 с.
5. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / под ред. В.А. Ташлыкова. – СПб: МАПО. 1997. – 24 с.
6. Bourke JH, Langford RM, White PD (2015) The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *J Psychosom Res* 78: 228-236.
7. Dijke A. van, Lenstra S, Wineke J, Ford JD (2016) Cognitive-Emotional Functioning in Somatic Symptom and Related Disorders: Self- Reports Versus Observer-Rated Findings. *J Psychol Psychother* 6: 271. doi:10.4172/2161-0487.1000271.

## ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Василенко Т.Д., Селин А.В., Казначеева Е.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

В последнее время психосоматические заболевания являются достаточно актуальной темой исследования, что связано с ростом заболеваемости среди населения, в том числе и среди детей. Бронхиальная астма является одним из самых известных психосоматических заболеваний. По данным Министерства здравоохранения, в настоящее время от 5 до 10% детей болеют бронхиальной астмой. В объяснении причин данного заболевания особое место уделяется психологическим аспектам, обращается значительное внимание на роль психотравмирующих факторов в ее формировании и обострении.

Одним из факторов, ведущих к возникновению психосоматической патологии у детей, являются дисгармоничные, конфликтные отношения в семье, особенности воспитания и перенесенный психотравмирующий опыт [3].

**Целью нашего исследования** является изучение особенностей эмоциональной сферы старших дошкольников с бронхиальной астмой.

Благоприятное или отрицательное воздействие эмоций определенным образом влияет на психическое и на физическое развитие дошкольника. Развитие чувств у детей происходит как обобщение эмоций, направленных на определенный объект. Эмоции являются проявлением переживаемого чувства.

### **Материалы и методы**

Данное исследование проводилось в период с 14 ноября по 16 декабря 2016 года на базе ОБУЗ «Детская областная больница имени Кольцова».

В исследовании приняли участие 14 человек в возрасте от 5 до 6 лет. Из них 7 детей с бронхиальной астмой и 7 не имеют данного заболевания.

В качестве методов исследования были применены следующие методики: «Волшебная страна чувств» Т.Д. Зинкевич, «Плохой-хороший ребенок и я» А.М. Прихожан, «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернс, С. Кауфман, «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллер, «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда.

### **Результаты и их обсуждение**

В результате анализа методики «Нарисуй себя» были получены статистически значимые результаты по шкалам «Размер рисунка», «Размер глаз», «Выраженность грудной клетки», «Сопоставление себя с плохим/хорошим».

У детей с бронхиальной астмой, по сравнению со здоровыми детьми, на рисунках преобладают большие глаза. Это может отражать состояние испуга в момент приступа, а также воспаленные глаза как последствие приступа. Следовательно, можно говорить о наличии определенных негативных эмоций у детей, страдающих бронхиальной астмой в сравнении с детьми без данного заболевания.

Дети с бронхиальной астмой по сравнению с детьми без данного заболевания чаще рисуют себя маленького размера, что говорит о неуверенности в себе, низкой самооценке, ощущении незначительности, эмоциональной отчужденности от социума.

Также у детей, страдающих бронхиальной астмой, на рисунках значительно выражена грудная клетка по сравнению со здоровыми детьми, что может свидетельствовать о преувеличенной значимости данной части тела в связи с заболеванием, а также о «подавленном плаче», про который говорил Ф. Александер, сдержанных эмоций, переполняющих ребенка изнутри.

По шкале «Сопоставление с плохим/хорошим» было выявлено, что дети, болеющие бронхиальной астмой в большей степени, чем здоровые дети, сопоставляют себя с «плохим ребенком». Это говорит об их негативном эмоциональном отношении к самому себе, низкой самооценке.

По результатам методики «Волшебная страна чувств», которая направлена на выявление психоэмоционального состояния ребенка, были получены статистически значимые результаты по шкале «Преобладающее чувство в груди». По полученным данным мы можем сказать, что у детей с бронхиальной астмой в сравнении со здоровыми детьми преобладает чувство страха, которое может быть связано с ожиданием очередного приступа. У здоровых детей в большей мере наблюдается чувство радости. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что эмоциональный фон ребенка с бронхиальной астмой более неблагоприятный и в основном состоит из негативных эмоций.

При исследовании методикой «Семейная социограмма», направленной на изучение внутрисемейного климата, а именно – эмоциональной привязанности между членами семьи, нами был получен статистически значимый результат по шкале «Дальность расположения кругов». Мы можем понять, что дети с бронхиальной астмой по сравнению со здоровыми детьми располагают свой круг на рисунке достаточно близко по отношению к родителю, а в 14,29% круги пересекаются. Это говорит о том, что ребенок эмоционально сильно зависим и привязан к родителям, а в некоторых случаях даже идентифицирует себя со взрослым членом семьи. Полученные результаты являются следствием того, что болеющие дети нуждаются в повышенном внимании со стороны родителей, для них необходимо чувство принятия, исходящее от близких людей.

В результате исследования методикой «Цветовой тест отношений» были получены статистически значимые результаты по шкале «Семья». Болеющие дети чаще соотносили семью с желтым цветом, что по Люшеру свидетельствует о желании освобождения и надежде на счастье или его ожидание. В данной ситуации это указывает на стремление к избавлению от негативных последствий заболевания и надежду на благоприятную семейную атмосферу.

По результатам сравнения группы больных детей со здоровыми по методике «Кинетический рисунок семьи», направленной на выявление особенностей внутрисемейных отношений, был обнаружен статистически

значимый результат по шкале «Чувство неполноценности». У детей с бронхиальной астмой проявляется чувство неполноценности в наибольшей степени по сравнению с детьми без данного заболевания. Это может быть связано с наличием самого заболевания, а также его последствий.

#### **Выводы:**

На основании проведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что эмоциональная сфера детей с бронхиальной астмой отличается от эмоциональной сферы детей, не имеющих данного заболевания.

Исходя из всего вышесказанного, нами были получены следующие выводы.

В эмоциональной сфере детей с бронхиальной астмой будет наблюдаться преобладание негативных эмоций по сравнению с детьми без бронхиальной астмы, в связи с симптоматикой данного заболевания, чувством страха за свое здоровье, а также с чувством эмоционального отчуждения и сопоставления себя с «плохим ребенком».

У детей с бронхиальной астмой преобладает более тесная эмоциональная связь с родителями, чем у детей без бронхиальной астмы, что подтверждается неуверенностью ребенка в себе, необходимостью чувства безопасности, которое может обеспечить родитель.

У детей с бронхиальной астмой будут наблюдаться нарушения семейных границ, что проявляется в недостаточной дифференцированности себя от родителей, а так же повышенной потребностью во внимании и принятии со стороны семьи.

У детей с бронхиальной астмой будут преобладать неудовлетворенные потребности, о чем можно судить по невыраженным эмоциям, переполняющих ребенка, а также по чувству неполноценности, которое испытывают дети.

Дети с бронхиальной астмой, как показали результаты исследования, ожидают счастья в семейных взаимоотношениях, однако говорить о преобладании дискомфорта в семье мы не можем, так как предположение о конфликтности и враждебности в семейных отношениях подтвердить не удалось.

#### **Литература:**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – ЭКСМО-Пресс, 2002.
2. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей. – М.: Психотерапия, 2009.
3. Дусказнева Ж.Г. Влияние родительских отношений на развитие психосоматических патологий у детей, 2010.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005.
5. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Инст-та Психотерапии, 2002.
6. Филиппова Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе // вып. 3. – М., 1996.

# ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В СИТУАЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Василенко Т.Д., Селин А.В., Черникова С.И.*

Курский государственный медицинский университет

В настоящее время психосоматические расстройства являются достаточно популярной темой исследований. Стресс и психотравмирующие факторы, которые иногда возникают не только во внешней среде, но и в семейной системе, могут приводить к ослаблению иммунитета ребенка и, как следствие, – развитию заболевания.

Семья оказывает большое влияние на развитие ребенка, ведь он уже с первых дней вступает в систему отношений, которая формируется исходя из его потребностей [4].

Безусловно, качество семейных отношений отражается на состоянии здоровья ребенка, зачастую его болезнь, может быть единственным способом адаптации к неблагоприятным условиям жизни в семье. А также внутрисемейные отношения будут влиять на социальную адаптацию ребенка [1].

Если рассматривать семью как систему, то в ней можно выделить некоторые подсистемы, которые оказывают на психическое и соматическое здоровье ребенка существенное влияние. Таковыми являются:

1. Уровень диады отношений.
2. Уровень триады отношений, здесь не всегда в ее состав входят родители.
3. Уровень расширенной семейной системы [5].

На первом уровне семейной системы важное место занимает не только феномен адаптивности, но и феномен привязанности, который чаще рассматривается в системе - «мать-ребенок» [3].

«Привязанность – это набор видов поведения младенца, мотивационная система, отношения между матерью и младенцем, теоретический конструкт и субъективный опыт младенца в форме «рабочей модели»» которая разворачивается в новых социальных контактах ребенка и влияет на процесс вхождения в новые социальные среды [2].

Так, для детей с надежным типом привязанности, характерна высокая приспособляемость к стрессовым ситуациям, конструктивное реагирование на тревожащий фактор, менее выраженная ориентация на значимость других в оценке результатов своих поступков и мыслей. А для детей с ненадежным типом привязанности характерна склонность к ожиданию негативных оценок со стороны окружающих, поскольку имеют установку на восприятие мира как ненадежного и не вызывающего доверия, а, следовательно, эти дети более подвержены влиянию стрессовых факторов и не всегда способны конструктивно реагировать на возникающую тревогу.

Если же рассматривать уровень триадных отношений, то на нем важную роль играет коммуникация и идентификация ребенка со взрослым, которые так же отличаются в семьях, где дети болеют психосоматическими расстройствами и где есть здоровые [6].

Цель исследования – изучить особенности семей, имеющих детей младшего школьного возраста с психосоматическими расстройствами, на примере заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Исследование проводилось на базе областной детской клинической больницы г. Курска, в отделении № 2 (гастроэнтерология), а также в первых, вторых, третьих и четвертых классах общеобразовательной школы № 42 города Курска. Объем выборки составил 110 человек. Из них 55 детей в возрасте от 6 до 10 лет и 55 матерей. Контрольную группу составили 24 здоровых ребенка вместе с мамами, экспериментальную группу – 31 ребенок с ПСР гастроэнтерологического профиля вместе с мамами. Исследование с детьми проводилось индивидуально.

В качестве методов исследования мы выбрали следующие:

1. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис) (АСВ) для родителей детей в возрасте 3-10 лет.
2. Семейная социограмма (Эйдемиллер Э.Г., В. Юстицкис).
3. Структурированная клиническая беседа для ребенка и родителей.

В результате проведенного исследования нами были получены следующие результаты:

При исследовании особенности семейных взаимоотношений у детей младшего школьного возраста с психосоматическим расстройством гастроэнтерологического профиля и соматически здоровых детей с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса, предназначенного для матерей, были получены статистически значимые различия по шкалам «Гиперпротекция» и «Расширение сферы родительских чувств», что говорит о том, что гиперопекаемый ребенок ограничен от других источников социальных влияний, более инфантилен, в меньшей степени способен самостоятельно принимать решения, а значит, менее адаптивен и менее стрессоустойчив, что является фактором развития психосоматического расстройства. Эти данные схожи с представлением Д.Н. Исаева о возникновении психосоматического расстройства у детей.

Данные, полученные по шкале «Расширение сферы родительских чувств», показывающей нарушение воспитания вследствие дисгармоничных супружеских отношений, свидетельствуют о том, что семьи с соматически больным ребенком являются дисфункциональными.

Исследуя особенности семейных взаимоотношений ребенка с психосоматическим расстройством, мы обнаружили статистически значимые различия по критерию «Включенность членов семьи». Из результатов видим, что дети с психосоматическим расстройством чаще изображают себя только с теми членами семьи, с кем фактически проживают. Дети без психосоматического заболевания включают большее количество родственников, в том числе и дальних. Такой результат можно объяснить тем,

что здоровые дети имеют более расширенный круг влияний, а значит, больше примеров моделей поведения, из которых могут предпочесть наиболее адаптивный.

Кроме этого дети с психосоматическим расстройством часто изображают себя в пересечение с фигурой другого члена семьи либо используют наложение фигур, что свидетельствует о наличии симбиотических связей, это характеризует дисфункциональную семью.

Также мы получили статистически значимые различия между группой здоровых детей и детей с ПСР по типу идентификационного партнера по критерию  $\chi^2$  Пирсона при  $p = 0,031$ .

У соматически здоровых детей преобладает благоприятный тип идентификации. У детей с ПСР ЖКТ преобладает неблагоприятный тип идентификации, а именно идентификация, основанная на высокой стрессогенности личной истории партнера.

Таким образом, мы определили, что в группе соматически здоровых детей преобладает эмоционально-значимый тип коммуникации в отличие от детей с ПСР ЖКТ, где преобладающим типом коммуникации является формальный. И та и другая группа в качестве коммуникативного партнера выбирали маму, что подтверждает наше предположение о том, что для ребенка существенную роль играет качество самой коммуникации, а не то, с кем из членов семьи у ребенка устанавливаются близкие, доверительные отношения.

У соматически здоровых детей преобладает благоприятный тип идентификации. У детей с ПСР ЖКТ преобладает неблагоприятный тип идентификации, а именно идентификация, основанная на высокой стрессогенности личной истории партнера. Различий в выборе партнера по идентификации обнаружено не было, что подтверждает наше предположение о том, что существенную роль в образовании психосоматических расстройств у детей играет история жизни идентификационного партнера, а не то, с кем из членов семьи идентифицируется ребенок.

Проанализировав результаты, мы пришли к следующим выводам:

1. Родители детей с ПСР склонны решать личностные проблемы за счет ребенка. Среди таких проявлений мы можем отметить повышение по шкале расширение сферы родительских чувств (при  $p = 0,02$ ) Различия на уровне статистической тенденции по шкалам «Фобия утраты» и «Проекция на ребенка нежелательных качеств».

2. Дети с ПСР склонны к построению симбиотических связей с членами семьи (при  $p = 0,0003$ ) в отличии от соматически здоровых детей.

3. При сравнении функциональной триады отношений детей контрольной и экспериментальной групп мы выяснили, что для детей с ПСР характерен более узкий круг членов семьи, которые являются партнерами по общению и идентификационными партнерами детей.

4. Согласно полученным результатам в группе соматически здоровых детей преобладает благоприятный тип идентификации, в то время как в группе детей с психосоматическими расстройствами наряду с благоприятным типом большое значение имеет защитная идентификация на основе страха и стрессогенной истории идентификационного партнера.

## Литература

1. Аллан Д. Ландшафт детской души. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 272 с.
2. Барабанщиков В.А. Системная организация развитие психики // Психологический журнал. – № 1. – 2003. – С. 29-46.
3. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Академический проект. – 2003. – С. 447.
4. Смирнова С.В., Сергодеева Е.А. Нарушения семейных отношений в генезе психосоматических заболеваний у детей // Теория и практика общественного развития. 2013. № 6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-semeynyh-otnosheniy-v-geneze-psihosomaticheskikh-zabolevaniy-u-detey> (дата обращения: 11.12.2016).
5. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: КГМУ. – 2011. – 572 с.
6. Beckwith L. Adaptive and maladaptive parenting implications for intervention II Handbook of early childhood intervention / Ed. by S.J. Meisels, J.P. Shonkoff. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. – P. 53-77.

## РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Василенко Т.Д., Селина И.А., Макарова Д.В., Толоконникова И.С.*

**Курский государственный медицинский университет**

Феномен панических расстройств широко изучается в различных направлениях современной психологии и смежных дисциплин (психиатрии, психофизиологии, психофизиологии). И несмотря на это, многие аспекты, в том числе и реабилитация больных с паническими расстройствами, далеки от своего разрешения.

Большинство авторов сходятся в необходимости изучения личности больных, что объясняется присущими им специфическими чертами, негативным влиянием заболевания на качество жизни, социальную адаптацию и низкой эффективностью методов диагностики и лечения данного состояния [1]. Данные черты будут оказывать влияние на формирование межличностных отношений, в первую очередь в семье больного. Таким образом, данный фактор является одним из важнейших, которые необходимо учитывать при проведении реабилитации данной категории людей.

Несмотря на проведенный рядом исследователей клинико-психопатологический анализ панических расстройств, позволивший выделить их варианты, в специальной литературе о панических расстройствах все же еще недостаточно четко описаны их нозологические особенности, которые могли бы быть использованы в прогностических, дифференциально-диагностических и реабилитационных целях.

В общем виде паническое расстройство определяется как широко распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте [14]. Паническое расстройство

наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, при этом частота встречаемости патологии у женщин превышает таковую у мужчин в 3-4 раза. Распространенность среди населения по различным источникам варьируется от 3 до 5% [10].

**Цель исследования:** исследование атрибутивного стиля больных паническими расстройствами во взаимосвязи со спецификой их телесного опыта, личностными особенностями и взаимоотношениями в семье для разработки рекомендаций по реабилитации больных.

### **Материалы и методы**

Исследование проводилось на базах: ОБУЗ «Областная наркологическая больница» в психосоматическом отделении, ОБУЗ «Курский клинический психоневрологический диспансер», Психологический центр КГМУ в 2016 году.

В исследовании принимали участие 11 человек в возрасте от 30 до 50 лет мужского и женского пола, из которых у 4 отмечалось наличие панического расстройства, у 7 не имелось психических заболеваний в анамнезе.

Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ Statistica 8.0.

В качестве методов исследования были применены следующие: «Тест атрибутивных стилей (оптимизм/пессимизм)» Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, В.Ю. Шевяховой; методика «Шкала тревоги Д.В. Шихана»; тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова; «Томский опросник ригидности».

### **Результаты и их обсуждение**

Нами было проведено изучение атрибутивного стиля во взаимосвязи с эмоциональным состоянием, телесным опытом, параметрами рефлексивности у больных паническими расстройствами и здоровых людей, не имеющих психических заболеваний. Для статистического анализа использовался критерий U Манна-Уитни.

В результате анализа мы обнаруживаем значимые различия в характерном для групп атрибутивном стиле, уровне тревоги, параметрах рефлексивности и переживаниях телесного опыта.

Нами установлено, что в группе больных паническими расстройствами уровень тревоги значительно выше, чем в группе здоровых.

Для больных характерными являются болезненные страхи, одержимость. Люди испытывают страх, что может произойти что-то плохое с ними или их родственниками; они боятся сойти с ума или умереть.

Для больных паническими расстройствами наиболее типичным является пессимистический атрибутивный стиль.

Пессимистичный атрибутивный стиль характеризуется объяснением неблагоприятных событий (неудач) личными (внутренними), постоянными и глобальными характеристиками, а хороших событий (успехов) противоположным образом – временными, относящимися к конкретной области и вызванными внешними причинами. Данный атрибутивный стиль связан со сниженными ожиданиями, пассивностью перед лицом трудностей, низкими достижениями.

Для группы больных паническими расстройствами характерно снижение параметра «Рефлексивность».

Рефлексивность представляет собой способность человека выходить за пределы собственного «Я», осмысливать, изучать, анализировать что-либо с помощью сравнения образа своего «Я» с какими-либо событиями, личностями.

Для больных характерны высокие показатели общей ригидности - склонности, к широкому спектру фиксированных форм поведения (симптомокомплекс ригидности), преморбидной ригидности.

Больным присуща склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму и собственно ригидности. Ригидность в собственном или узком смысле - неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т.п.

Больные уже и подростковым и юношеском или школьном возрасте испытывали трудности в ситуациях каких-либо перемен, нового и т.п.

### **Выводы.**

1. Паническое расстройство является распространенным заболеванием. Оно оказывает влияние на поведение больных, их личность в целом, социальную адаптацию, а также на межличностные отношения. На настоящий момент феномен панического расстройства изучен недостаточно, что затрудняет проведение комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Важным аспектом является эмоциональное состояние больных, которое характеризуется повышенным уровнем тревоги. Тревога возникает когда еще нет реальной опасности для человека, она является высоко выраженной представляет собой расплывчатый, длительный и смутный страх по поводу будущих событий, не имеющий предметной направленности.

2. В результате исследования нами был выделен характерный для больных пессимистический атрибутивный стиль, который характеризуется объяснением неблагоприятных событий личными, постоянными характеристиками, а хороших событий противоположным образом – временными, относящимися к конкретной области и вызванными внешними причинами. Для больных в ситуации панического расстройства свойственны сниженные ожидания, пассивность перед трудными ситуациями, негативное видение жизни, недооценка роли собственных усилий. В ситуации неудачи больные склонны считать виноватыми самих себя.

3. Нами были выявлены высокие показатели в группе больных по параметрам общей и преморбидной ригидности, что свидетельствует о наличии у больных паническими расстройствами фиксированных форм поведения, невозможности при необходимости изменить свое мнение, свое отношение к стрессовым ситуациям, изменить свои переживания. Также в ситуации панического расстройства больным свойственно снижение параметра рефлексивности. Больные склоняются в пользу немедленных действий. Ими утрачивается способность планирования и контроля собственных действий.

4. Выявленные особенности телесного опыта во взаимосвязи с эмоциональным фоном, параметрами рефлексивности и характерным для больных атрибутивным стилем могут облегчить проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний, при которых они встречаются, осуществление прогностической оценки их дальнейшей динамики, составлении для них реабилитационных и коррекционных программ. Использование выделенных "факторов риска" позволит прогнозировать возникновение панических расстройств. Следует обратить внимание на повышенный уровень тревоги у данной категории людей. Полученные результаты позволяют делать выводы об адаптационном потенциале больных и об их ресурсном состоянии. Снижение уровня тревоги, коррекция атрибутивного стиля позволят повысить эффективность лечения больных паническими расстройствами и улучшить их социальную адаптацию.

5. Семья как важнейший фактор социальной адаптации занимает одно из первых мест в процессе реабилитации больных с паническими расстройствами. Именно в рамках данного социального института больные могут получить необходимую поддержку и понимание, которые недоступны им в иных общественных группах, вследствие преобладания у них избегающего поведения. Таким образом, важным аспектом реабилитации является проведение работы не только с больными, но и с родственниками.

### Литература

1. Арутюнова Е.Э. Клинические особенности панических атак и их терапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 10 с.
2. Василенко Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности: Автореф. дис. д-ра психол. наук. – СПб., 2012. – 48 с.
3. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки – М.: Эйдос Медиа, 2004. – 408 с.
4. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. Панические атаки – СПб.: «Институт медицинского маркетинга», 1997. – 304 с.
5. Газарова Е.Э. Мотив смерти в развитии нормальной телесности // Материалы конференции «Тело: между жизнью и смертью». — Москва, 2005. – 273 с.
6. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Шевяхова В.Ю. Диагностика оптимизма как атрибутивного стиля (опросник СТОУН). – М.: Смысл, 2008. – 154 с.
7. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: АСТ Москва, 2007. – С. 410-433.
9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: пер. с англ. М.В. Максимова, С.К. Чемякина, А.Ю. Сафронова. – М.: Медицина, 1995. – 697 с.

10. Полторак С.В., Фурсова М.В. Дифференциальная диагностика и комплексная терапия панических расстройств // Вестник психотерапии. — 2005. — № 13. — С. 35-44.

11. Семке В.Я., Карпов В.Я. Клиническая динамика и лечение кардиофобических состояний // Сибирский медицинский журнал. — 1996. — № 1. — С. 9-12.

12. Сторожакова Я.А. К проблеме психовегетативных кризов (приступов паники) в практике скорой медицинской помощи // Неотложные состояния в психиатрии. Сб. науч. трудов. — М., 1989. — С. 41-48.

13. Тхостов А.Ш., Ефремова О.В. Метод исследования интрацептивной семантики при ипохондрических синдромах // Актуальные проблемы пограничной психиатрии: тезисы докл. Всерос. конф. — М. — Витебск., 1989. — Ч. 1. — С. 110-112.

14. Юров И.Е. Панические расстройства у лиц молодого возраста. (Клинико-психол., гемодинам. и патобиохим. аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 2000. — 13 с.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

*Глушкова В.П., Беликова А.Я.*

**Курский государственный медицинский университет**

В настоящее время отечественные и зарубежные исследователи уделяют большое внимание изучению различных аспектов психологического состояния женщин в период беременности [1, 6]. Это связано, прежде всего, с тем, что в данный период провоцируются не только физиологические, но и психоэмоциональные изменения в состоянии женщины [7, 9]. Особым вектором работы медицинского психолога и специалиста по социальной работе является социально-психологическое сопровождение в ситуации преждевременных родов. Ситуация рождения недоношенного ребенка — источник серьезного стресса для его родителей и проблема крупных масштабов для общества. В России были разработаны и созданы специализированные медицинские учреждения по оказанию высокотехнологической помощи матерям, родильницам и детям (перинатальные центры).

Обозначившаяся тенденция приводит нас к необходимости изучения проблемы, связанной с исследованием особенностей проявлений нарушений в эмоционально-волевой сфере у женщин в ситуации преждевременных родов. Под проявлениями эмоционально-волевых нарушений понимаются специфические эмоционально окрашенные состояния напряженности, тревожности и депрессии [8, 10].

Исследование проводилось на базе ОБУЗ ОПЦ г. Курска в послеродовом отделении. В экспериментальную группу были включены женщины, у которых произошли преждевременные роды, в контрольную группу — женщины, родившие в срок.

Для исследования уровня депрессии, личностной и ситуативной тревожности мы использовали методику для определения уровня депрессии (В.А. Жмурова) и методика Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина. Для выявления уровня различий исследуемого признака использовали непараметрический критерий U- Манна-Уитни.

Значимые различия на высоком уровне статистической значимости найдены по параметру ситуативной тревожности. На уровне статистической значимости выступают показатели уровня депрессии ( $p\text{-level}=0,01559$ ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что показатель уровня депрессии незначительно снижен в группе женщин, родивших в срок, по сравнению с женщинами, родившими преждевременно. У обеих групп родивших женщин отмечается тенденция к средним показателям уровня депрессивности, которая, в свою очередь, наиболее присуща группе преждевременно родивших женщин. Это связано с тем, что завышенные показатели депрессивности, снижение настроения, угнетение интересов часто присущи периоду беременности и послеродовому периоду. Однако в контрольной группе тенденция приближена к показателям умеренной депрессии, которая характеризуется подавленностью, замедлением когнитивных и психомоторных процессов, пессимистичной оценкой прошлого и настоящего, критичным отношением к себе и актуальной жизненной ситуации. Легкая степень депрессии, наблюдаемая в контрольной группе испытуемых, сопровождается снижением активности и интересов, положительных эмоций и настроения.

Анализируя полученные данные можно сделать вывод, о том, что женщины, находящиеся в ситуации преждевременных родов, аффективно переживают данную травмирующую, лично значимую ситуацию, в сравнении с женщинами из контрольной группы, т.е. родившими в срок.

При исследовании личностной и ситуативной тревожности получены данные, свидетельствующие об отсутствии выраженной статистической значимости различий в показателях личностной тревоги контрольной и экспериментальных групп ( $p\text{-level}=0,46845$ ). Тенденции показателей контрольной и экспериментальных групп имеют высокие значения личностной тревожности.

Личностная тревожность представляет собой черту, определяющую тенденцию видеть угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности многие из этих ситуаций будут обладать стрессовым воздействием на женщину и вызывать у нее выраженную тревогу. Высокие показатели личностной тревожности прямо коррелируют с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Личностная тревожность может быть спровоцирована неуверенностью в себе, недовольством собой, также чувством вины, определенной спецификой гормонального уровня.

Основываясь на выявленных особенностях личностной тревожности, можно отметить, что ситуация родов лично значима для обеих групп испытуемых.

Показатели ситуативной тревожности имеют высокие значения на высоком уровне статистической значимости ( $p\text{-level}=0,00123$ ).

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Таким образом, высокие значения ситуативной тревожности позволяют оценить не только уровень актуальной тревоги женщины, но и определить, находится ли она под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на нее.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что группа женщин, находящихся в ситуации преждевременных родов, переживает стрессовое влияние этой личностно значимой ситуации, и можно уверенно сказать о высокой интенсивности этого воздействия. Из этого следует вывод, о том, что в группе женщин, родивших в срок, данное стрессогенное влияние сопутствующих факту рождения не достигает таких высоких значений и интенсивности при влиянии на личность [2, 3, 4, 5].

### Литература

1. Филиппова Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. – С. 83-108.

2. Овчарова Р.В. Психология родительства: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 368 с.

3. Блох М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. – С. 199-207.

4. Биосоциальная природа материнства и раннего детства // Батуев А.С., Безрукова О.Н., Кошавцев А.Г. и др. / Под ред. А.С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2007. – 374 с.

5. Скрицкая Т.В. Ценностные ориентации и уровень удовлетворенности жизнью как показатель личностного роста женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. № 1. – С. 76-82.

6. Филиппова Г.Г., Черткова И.Н., Сапарова И.М., Антонов М.В., Соколова О.А., Рябухина А.В., Пашкова Ю.В., Николаева Ю.А. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. – С. 64-82.

7. Русалов В.М., Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психологический журнал. – 2003. Т. 24. № 6. – С. 16-26.

8. Ковалева Ю.В., Сергиенко Е.А. Контроль поведения при различном течении беременности // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 1. – С. 70-82.

9. Васильева В.В., Авруцкая В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 3. – С. 110-119.

10. Коваленко Н.П. Психосоматические основы невынашивания беременности // Перинатальная психология и медицина (Психофизиология и патология беременности и родов; психотерапевтическая коррекция пре-, пери- и постнатального развития). Сборник научных трудов членов Российской Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины. – СПб: Изд-во ИПТП, 2004, 2005. – С. 26-30.

## **ДЕТЕКЦИЯ ГЕНОТИПОВ ВПЧ АССОЦИИРОВАННЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

*Гребельная Н.В., Арзуманян С.К., Гужова Е.А.*

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**

**Цель исследования:** выявить доминирующие ВПЧ генотипы и определить их ассоциацию с эпителиальными дисплазиями.

### **Материал для исследования.**

Обследовано 120 женщин с измененной цитологической картиной цервикального эпителия и 40 условно здоровых женщин. Определяли типирование вируса папилломы человека 21 типа методом ПЦР в режиме «реального времени» с использованием КВАНТ-21. Исследовали соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала на содержание ВПЧ низкого и высокого онкогенного риска.

Интерпретацию результатов проводили в соответствии с вирусной нагрузкой. Цитологическое исследование мазков, полученных из эндо- и экзоцервикса (мазки по Папаниколау - PAP-тест) использовали в качестве скринингового метода диагностики. Чувствительность метода – 68–86%, специфичность – 78-99% [1].

### **Результаты.**

Общая инфицированность ВПЧ всех обследованных женщин составила 42,4%. Установлено, что 69,5% женщин с CIN были инфицированы ВПЧ. Среди здоровых женщин доля инфицированных составила 25%, что достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе женщин с измененной цитологической картиной цервикального эпителия. У 3% здоровых женщин одновременно выявлено 3 типа ВПЧ и даже 7 типов вируса одновременно. При этом цитологическая картина материала из цервикального канала не изменялась. При исследовании вирусной нагрузки установлено, что 20% всех женщин были выявлены типы ВПЧ низкой онкогенности – 6, 11, 44 с количеством вируса более 3 lg копий ДНК. ВПЧ 6 типа обнаружен у 8% женщин, ВПЧ 11 типа у 3%, 44 типа 9% женщин. Достоверных отличий по частоте выявления в группах нами не установлено. Большинство случаев рака шейки матки связано с инфицированием ВПЧ 16 и 18. Вирус папилломы человека 16 типа чаще встречается при плоскоклеточном раке, а 18 типа – при железистом [2]. ВПЧ 16 типа обнаружен у 14% всех женщин, и только в 1% случаев его концентрация была ниже клинически значимой величины. В первой группе ВПЧ 16 обнаружен у 6% пациенток. При этом только в сочетании в еще одним

типом вируса. У пациенток второй группы ВПЧ 16 либо был единственным выявленным типом, либо сочетался с 66, 33 типами. ВПЧ 18 в нашем исследовании встречался в клинически значимых концентрациях в 6% случаев всех выявлений. Достоверных отличий ( $p < 0,05$ ) между группами не установлено. В группе женщин с нормальной цитологической картиной содержание копий ДНК ВПЧ 18 типа на 105 кл было достоверно ниже, а в некоторых случаях не достигало 3Lg (ВПЧ/105 кл). По нашим данным доля выявленных ВПЧ 31 была такой же, как и ВПЧ 18 в обеих группах. ВПЧ 52, 56, 66, 73 обнаруживались даже несколько чаще, но отличия были недостоверными.

#### **Выводы:**

Независимо от наличия или отсутствия клинико-морфологических изменений на шейке матки ВПЧ 16 типа занимает лидирующую позицию среди высокоонкогенных типов вируса. На втором месте по частоте встречаемости у женщин без клинико-морфологических изменений на шейке матки, больных с хроническим цервицитом и CIN I степени, находится ВПЧ 31-го типа, и в разном проценте случаев встречаются все другие определяемые типы ВПЧ ВР. Известно, что цитологические критерии, позволяющие опытному врачу-цитологу прийти к заключению о поражении цервикального эпителия ВПЧ, выявляют лишь в 30% всех случаев инфицирования [3]. Вместе с тем установлено, что присутствие вируса даже без признаков дисплазии эпителия сопровождается 300-кратным возрастанием риска развития карциномы шейки матки. ВПЧ высокого риска ассоциированы с 99,7% случаев рака шейки матки [4]. Следовательно, ВПЧ-тест имеет большую прогностическую значимость, особенно если на фоне ВПЧ-инфекции уже имеется картина дисплазии эпителия шейки матки.

#### **Литература**

1. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Серова О.Ф., Бесова Н.В., Туманова В.А., Зароченцева Н.В., Барина И.В. Возможности использования цитологического метода исследования шейки матки у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 3. – С. 83-86.
2. Куевда Д.А., Шипулина О.Ю. Генодиагностика генитальной папилломавирусной инфекции: алгоритмы использования и требования к тестам // Папилломавирусная инфекция и злокачественные новообразования. интегрированная система надзора и профилактики: материалы междунар. симпозиума. – СПб.: НИИЭМ им. Пастера, 2009. – 120 с.
3. Muñoz N, Castellsagu X, González A, Gissmann L. HPV in the etiology of human cancer // Vaccine. – 2006. – Vol. 24, Suppl. 3. – S. 3-10.
4. Нарвская О.В. Вирус папилломы человека, Эпидемиология, лабораторная диагностика и профилактика папилломавирусной инфекции // Инфекция и иммунитет. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 15-22.

# ПРОЯВЛЕНИЕ ДОВЕРИЯ К СЕБЕ У ПОДРОСТКОВ В СВЯЗИ С ВОСПРИЯТИЕМ ОТНОШЕНИЙ СО ЗНАЧИМЫМИ ВЗРОСЛЫМИ

*Данилова Ю.Ю.*

Санкт-Петербургский государственный университет

Исследование феномена доверия нашло свое отражение в трудах отечественных (В.П. Зинченко, А.Б. Купрейченко, Т.П. Скрипкина, О.В. Голубь и др.) и зарубежных исследователей (Р. Эмерсон, С. Джулард, Э. Эриксон и др.). Психологический смысл доверия, согласно идее Т.П. Скрипкиной о доверии как установке-отношению к себе и к миру, выражается в способности человека априори наделять явления и объекты окружающего мира, других людей, их возможные действия свойствами безопасности, надежности и ситуативной полезности, значимости [7]. По мнению О.В. Голубь, доверие к себе, как относительно самостоятельное внутриличностное образование, продолжает формироваться на протяжении всего детского возраста и приобретает относительную самостоятельность и целостность к концу подросткового возраста. При этом доверие к себе выступает необходимым условием позитивности отношений, в том числе взаимодействий между детьми и родителями, без чего эти отношения неизбежно становятся конфронтационными. У подростков эти отношения могут быть достаточно сложными в связи с проявлениями подросткового кризиса [1].

Целью исследования явилось изучение доверия к себе у подростков, воспитывающихся в разных условиях, а также в связи с восприятием ими отношений со значимыми взрослыми. В исследовании приняли участие 286 подростков в возрасте 14-16 лет, из них 77 воспитанников детского дома и 209 подростков, воспитывающихся в семьях. Были применены следующие методы: анкета, содержащая вопросы биографического характера, опросник доверия к себе Т.П. Скрипкиной [2], адаптированный для подростков, тест детско-родительских отношений подростков (ДРОП) О.А. Карabanовой и П.В. Трояновской [5]. Подросткам из детского дома был предложен модифицированный вариант методики ДРОП, в котором в формулировке вопросов слова мать или отец были заменены на слово воспитатель.

Исследование показало, что в целом подростки имеют высокий уровень доверия к себе в основных сферах жизнедеятельности: в семье (4,28), во взаимодействиях со сверстниками (4,26), в интеллектуальной деятельности (4,04) и в учебной сфере (3,96). Однако эти показатели существенно различаются в зависимости от семейного статуса и условий социализации подростков. Так, у воспитанников детского дома обнаружены самые низкие показатели доверия к себе в учебной (3,42) и интеллектуальной сфере (3,25) в отношениях с младшими школьниками (3,44), с родителями (3,44) и в умении провести досуг (3,58). У подростков из неполных семей самый низкий уровень доверия к себе в сфере взаимоотношений с учителями (3,51), в отношениях с маленькими детьми (3,27) и представителями противоположного пола (3,59). У подростков из полных семей выявлены самые высокие показатели доверия к себе во всех сферах. Они проявляют доверие к себе в сфере отношений с

близкими людьми: в семье (4,47) и с родителями (4,51), в интеллектуальной сфере (4,34), учебной деятельности (4,25), во взаимоотношениях с друзьями (4,38) и в умении интересно провести досуг (4,48). По большинству из указанных показателей различия между группами достоверны при  $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ . Не обнаружено достоверных различий между группами в проявлении доверия к себе в сфере взаимоотношений со сверстниками, что свидетельствует о ведущей роли и значимости этой сферы в подростковом возрасте, независимо от условий воспитания.

Изучение восприятия отношений со значимыми взрослыми выявило достоверные различия между группами подростков, воспитываемыми в разных условиях. В качестве значимых взрослых для подростков, проживающих в семьях, выступают родители. В детских домах роль значимого взрослого выполняет воспитатель. Воспитанники детского дома воспринимают воспитателя в большей мере, как контролирующего (22,36), осуществляющего мониторинг (21,28), требовательного (19,76), в меньшей мере, как принимающего (19,52) и направленного на удовлетворение их потребностей (19,52). Показатели восприятия отношений воспитателя, как конфликтного (7,96) и использующего наказания (8,08) представлены в наименьшей степени.

Подростки из неполных семей воспринимают отношения матери, как эмоционально принимающие (25,33), направленные на удовлетворение их потребностей (23,80), эмпатийные (23,36), поощряющие их автономность (23,27). В существенно меньшей мере выражены реализация наказаний матерью (6,78) и отцом (3,94), конфликтность отца (6,00), враждебное отношение к супругу со стороны матери (4,58) и отца (4,59), но также слабо выражено и доброжелательное отношение к супругу со стороны обеих родителей (6,92; 6,47).

Подростки из полных семей воспринимают отношения с обоими родителями как принимающие (25,88; 24,84), поощряющие стремление к автономности (24,49; 24,57); направленные на удовлетворение матерью потребностей подростка (24,50). Отмечается удовлетворенность отношениями с матерью (24,43). Наименее представлены в восприятии подростков враждебность по отношению родителей друг к другу (6,95; 7,61), реализация наказаний матерью (6,97) и отцом (7,49).

Дисперсионный анализ подтвердил обнаруженные различия. Он выявил, что подростками из детского дома отношения воспитателя воспринимаются как достоверно менее эмпатийные, эмоционально близкие, в меньшей степени направленные на сотрудничество, поощрение автономии и удовлетворение их потребностей. В то же время они воспринимаются как более контролирующие по сравнению с восприятием отношений родителей семейными подростками (все различия достоверны при  $p < 0,001$ ). Удовлетворенность отношениями со значимыми взрослыми у подростков из детского дома существенно ниже.

Анализ взаимосвязей доверия к себе и восприятия отношений со значимыми взрослыми показал как общие тенденции, так и специфику в группах с разным семейным статусом. Общие тенденции заключаются в том, что наибольшее количество положительных связей доверия к себе обнаружено

с эмоциональным и коммуникативным блоками восприятия отношений, отрицательных – с блоками контроля и наказаний. Специфика взаимосвязей проявилась в их разном характере и тесноте в группах подростков с разным семейным статусом. Так, в группе подростков из полных семей наибольшее количество связей обнаружено с показателями восприятия подростками отношений матери (43), существенно меньше взаимосвязей с восприятием отношений отца (22). Наибольшее количество положительных связей доверие к себе образовало с эмоциональными и коммуникативными характеристиками отношений (принятие, сотрудничество, мониторинг, удовлетворенность отношениями, поощрение автономности, эмпатия). Отрицательные связи обнаружены с восприятием отношений, как авторитарных, конфликтных, избыточно контролирующих (все связи при  $p < 0,05$ ;  $0,001$ ). У подростков из неполных семей существенно больше связей показателей доверия с восприятием отношений с отцом (36), чем с матерью (20). При этом наибольшее количество этих связей с доверием подростка к себе в интеллектуальной, учебной деятельности, в отношениях с учителями, т.е. преимущественно в области делового общения. Связи характеристик восприятия отношений с матерью относятся к проявлениям доверия к себе во всех сферах жизнедеятельности подростков. Положительно влияют на проявление доверия к себе поощрение матерью автономности, ее эмпатия и сотрудничество; отрицательно – враждебность матери по отношению к супругу, реализация наказаний, требовательность, контроль.

В группе воспитанников детского дома в целом выявлено значительно меньше корреляций – всего 10. Что может свидетельствовать об относительно небольшом влиянии воспитателя на проявления доверия подростка к себе. При этом доверие к себе в учебной деятельности и в отношениях с учителями отрицательно взаимосвязано с удовлетворенностью отношениями с воспитателем, восприятием отношений с ним, как эмпатийных, направленных на сотрудничество и принятие (все связи при  $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о том, что подросток, у которого не складывается эмоционально теплых отношений с воспитателем, более ориентирован на отношения с учителями и доверие к себе в учебной деятельности.

Таким образом, результаты исследования выявили роль условий социальной ситуации развития и восприятия отношений со значимыми взрослыми для проявления доверия к себе в подростковом возрасте. В условиях семейной депривации (детский дом и неполная семья) для подростков характерно снижение доверия к себе в значимых сферах жизнедеятельности. Установлено, что для формирования доверия к себе большое значение имеют эмоциональная близость и благоприятные отношения со значимыми взрослыми, а факторами, препятствующими проявлению доверия, являются чрезмерный контроль, требовательность, реализация наказаний.

### **Литература**

1. Голубь О.В. Доверие к себе как внутриличностное образование старших подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ростов н/Д, 2004.

2. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум. – СПб.: Речь, 2009. – 141 с.
3. Зинченко В.П. Психология доверия. – 2-е исправленное и дополненное издание. – Самара: Издательство СИОКПП, 2001. – 104 с.
4. Купрейченко А.Б. Психология доверия и недоверия. – М.: Институт психологии РАН, 2008. – 564 с.
5. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи : учеб. пособие практикум для студ. фак. психологииивыш. учеб. заведений. – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 432 с.
6. Майерс Д. Социальная психология: Интенсивный курс: Пер. с англ. / Д. Майерс. – 4-е междунар. изд. – СПб.; М.: Прайм-Еврознак; Олма-Пресс, 2004. – 510 с.
7. Скрипкина Т.П. Доверие в социально-психологическом взаимодействии. – Ростов н/Д.: Издательство РГПУ, 1997. – 356 с.
8. Эмерсон Р.У. О доверии к себе. – М.: Типография Вильде, 1900. – 16 с. – Электронный ресурс:  
[file:///C:/Users/Admin/Downloads/\[YEmerson R.\] O doverii k sebe\(BookSee.org\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/[YEmerson R.] O doverii k sebe(BookSee.org)%20(1).pdf)
9. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. – 344 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СЕМЬИ  
С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**  
*Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н.*  
**Курский государственный медицинский университет**

Семья является инстанцией, в которой ребенок получает обратную связь от других людей по отношению к собственной личности и учится воспринимать себя глазами окружающих. Родительское отношение определяется как целостная система разнообразных чувств родителей по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, проявляющихся в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера ребенка, его поступков. В зависимости от типа внутрисемейных взаимоотношений и образа семейного воспитания, семьи, имеющие детей с особыми потребностями, дифференцируются на четыре группы:

1) стиль воспитания – гиперопека. Ребенок становится центром жизнедеятельности такой семьи, поэтому коммуникативные связи с окружением деформированы. Родители вообще имеют неадекватные представления о возможностях ребенка, у матери – гипертрофированное чувство тревожности систематические супружеские конфликты. Такая семья оказывает негативное влияние на формирование личности ребенка-инвалида, оказывается в ее эгоцентризме, отсутствия собственной активности в действиях;

2) "холодные" отношения с ребенком. Внимание акцентируется на медицинской стороне проблемы, поэтому родители проявляют повышенные

требования к медицинскому обслуживанию, пытаюсь таким образом компенсировать свой психологический дискомфорт. Семья такого образа способствует формированию в личности ребенка эмоциональной неуравновешенности, высокой тревожности, нервно-психического напряжения, порождает комплекс неполноценности, незащищенность, неуверенность в себе;

3) стиль сотрудничества, конструктивные и ответственные отношения с ребенком. В семье такого образа родители осознали проблему, верят в успех, знают все сильные стороны личности ребенка, развивают его самостоятельность. Родители этой группы имеют, как правило, высокий образовательный уровень, проявляют постоянный интерес к организации социально-педагогического развития ребенка, поддерживают проявления его самостоятельности, налаживают контакты с внешним миром. При таких условиях у ребенка-инвалида развивается чувство защищенности, уверенности в себе, потребности в активном установлении межличностных отношений;

4) репрессивный стиль семейного общения или авторитарная родительская позиция; пессимизм, ограничения прав ребенка; постоянные требования соблюдения определенных правил, при отказе которых возможны и физические наказания. В такой семье у ребенка формируется аффективно-агрессивное поведение, плаксивость, повышенная возбудимость, раздражительность.

Цель исследования: рассмотреть психологические особенности семьи с ребенком-инвалидом и влияние психологического климата на взаимоотношения родителей и детей.

Неполноценный ребенок влияет на отношения между супругами. Далеко не каждый родитель воспринимает больного ребенка. Некоторые родители не выдерживают испытания. Тяжелый психологический климат семьи приводит к депрессии, психическому напряжению, недостаточности положительных эмоций, появлению конфликтов в семье, которые могут вызвать тяжелые психические травмы. Особенно тяжело приходится матери. Рождение ребенка с нарушениями в развитии – это не только проблема семьи. Одной из причин является юридическое незащищенность права человека на полноценную жизнь, квалифицированную здравоохранение, образование, которое обеспечило бы достойную жизнь. Негативные социально-экономические, политические и духовные процессы, которые углубляются и закрепляются в обществе, разрушают семью, мораль, здоровье, стремление человека и его веру в лучшее будущее. Реабилитация ребенка с недостатками в развитии и членов семьи должна происходить на фоне качественных изменений во всех сферах общества и касаться всех сторон жизнедеятельности человека.

Выводы. В работе с семьями детей-инвалидов очень важно вывести их из состояния изоляции. Этому могут помочь центры, которые охватывали различные направления работы со всеми членами семьи, возглавляемые квалифицированными специалистами. Семьи ребенка-инвалида не должны оставаться один на один со своей бедой. Большое значение в профилактической и коррекционной работе с данными семьями имеют центры, в которых проводились бы семинары, встречи с квалифицированными специалистами для

получения новых знаний по уходу за ребенком-инвалидом. Обратить внимание на лечение и воспитание, налаживание взаимоотношений, укрепление физического и психического здоровья родителей и детей, обмена опытом о достижениях, внедрение новинок и обдумывании предложений по внесению изменений в законодательство о повышении пенсий и денежной помощи, разработки программ и создания условий для самореализации каждого члена семьи с учетом возраста и пола.

### **Литература**

1. Кисляк Л.А. Проблемы адаптации семьи к воспитанию ребенка с особыми потребностями // Актуальные проблемы обучения и воспитания людей с особыми потребностями: Сб. научных трудов. – М.: Университет "Украина", 2015. – С. 395.
2. Лунгул И.В., Максименко С.Д. Посттравматические стрессовые ситуации в семьях с детьми-инвалидами // Актуальные проблемы психологии. Том X. Часть 5. – М.: Главник, 2012. – С. 608-609.
3. Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Влияние окружения на развитие личности и успеваемости в процессе обучения // Психология здоровья и болезни. – Курск, 2015. – С. 65-67.
4. Радченко Н.И. Адаптационные возможности родителей детей с особыми потребностями и специфика их психокоррекции // Актуальные проблемы психологии. Том X. Часть 8. – М., 2014. – С. 509-516.
5. Савина Е.А., Чаров О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии, 2012. – № 6. – С. 15-23.

## **ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ СЕМЬИ КАК РЕСУРС РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Есенкова Н.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет**

В настоящее время серьезные изменения общественно-политической жизни, обострение социально-экономических проблем негативно сказались на состоянии большинства российских семей. Затруднительное положение, напряжение, стресс и кризисные ситуации - естественная часть жизни семьи. В связи с этим актуализировалась потребность в изучении феномена жизнеспособности семьи, факторов ее определяющих, в целях организации развернутой системы профилактической помощи медицинскими, психологическими и социальными институтами.

Уже более четырех десятилетий жизнеспособность изучается в различных дисциплинах, включая медицину, психологию и образование.

Жизнеспособность семьи определяется как способность семьи как функциональной системы противостоять стрессорам, жизненным вызовам,

совладать с трудными жизненными ситуациями, успешно адаптироваться и эффективно функционировать [6].

Примечательно, в исследованиях как теоретического, так и эмпирического толка психологи выявили, что в неблагополучных семьях бабушки и дедушки, братья и сестры, а также внесемейные ресурсы, такие как наставничество, выполняемое тренерами и учителями, определяют позитивное развитие детей. Таким образом, очевидность множественных социальных влияний обусловила переход от узкого индивидуалистического и/или диадического фокуса в исследованиях к рассмотрению жизнеспособности семьи в рамках системного подхода [7].

Фрома Уолш объединила научные знания и терапевтические понимания и выделила ключевые элементы жизнеспособности семьи, организовала их в концептуальную структуру, состоящую из трех систем: система семейных верований, организационная система, процессы коммуникации и решения проблем [7].

Система семейных верований включают ценности, убеждения, отношения, предубеждения и склонности, разделяемые всеми членами семьи, обеспечивает осмысление трудной жизненной ситуации, спланирует членов семьи в ее преодолении [7].

Организационные модели включают совместное времяпрепровождение, повседневные бытовые дела и ритуалы [2]. Данная структура основана на трех элементах: гибкость, связность, социально-экономические ресурсы.

Коммуникационные процессы семьи включают: ясность, четкость, последовательность в общении, разъяснение неоднозначных сообщений; открытое выражение эмоций, сочувствие и юмор; совместное решение проблем, которое включает принятие решений общими силами, а порой и творческий подход к их разрешению, конструктивное урегулирование конфликтов и активную позицию по предотвращению кризисных ситуаций, четкое и гибкое распределение ответственности, подготовку к будущим невзгодам [7].

Кризисы и постоянные жизненные проблемы модулируют вышеуказанные ключевые семейные процессы, тем самым позволяют семье спланиваться в напряженные времена, предпринимать активные действия, уменьшать риск дисфункциональных отношений, таким образом обеспечивая адаптацию для всех членов семьи.

Решающими в преодолении трудных и кризисных ситуаций были признаны качественные характеристики межличностных отношений в семье: ясный, открытый эмоциональный обмен, переход от эгоцентрической направленности к концентрации на взаимной поддержке, гибкость системы ролей, которая проявляется в способности обмениваться эмоциональными ролями, такими как «поддерживающий» и «поддерживаемый», которая повышает способность членов семьи распознавать потребности других людей и реагировать на них [6].

А.А. Нестерова на основе обзора отечественной и зарубежной литературы выделяет следующие семейные ресурсы и факторы жизнеспособности семьи,

создающие устойчивую платформу для эффективного функционирования семейной системы: сплоченность семьи и «эмоциональная вовлеченность в семейные отношения»; семейная коммуникация; навыки семьи в разрешении проблем; семейные ценности; семейная идентичность и семейные ритуалы; эмоциональный отклик; границы и иерархии; семейная адаптивность и гибкость; социальная поддержка семьи; жизнестойкость/выносливость семьи; автономия [1].

Систематический обзор, как метод исследования, позволил выявлять с большой методологической точностью, что качество (стиль и некоторые аспекты воспитания) взаимоотношений между родителями и детьми способно прогнозировать последствия психического и физического здоровья в зрелом возрасте. Таким образом, характер отношений между родителями и ребенком в ранние годы имеет решающее значение для последующего функционирования ребенка [5]. Следовательно, раннее детство определяется как критический период развития жизнеспособности ребенка, где ключевой фактор – позитивное воспитание, гармоничные детско-родительские отношения.

В современном, быстро развивающемся, напряженном мире все дети должны иметь навыки в преодолении препятствий и уметь справляться с разочарованиями, будь то в школе, или на футбольном поле, или на детской площадке. Помогая своим детям развить жизнеспособность, родители тем самым делают прививку против будущих невзгод, помогая справиться с любой задачей, серьезными препятствиями.

Обобщая результаты анализа исследований в данной области, к характеристикам жизнеспособных детей относятся: легкий характер и дружелюбие; способность привлекать положительное внимание со стороны членов семьи и незнакомых людей; позитивная самооценка; чувство собственного достоинства; автономия и независимость; активный подход к решению проблем; настойчивость и концентрация; удовлетворенность при приобретении нового опыта, любопытство и исследовательский мотив; эмпатия и просоциальная ориентация; положительные социальные отношения; способность отсрочить удовлетворение потребностей, положительная обработка (и реструктуризация) негативных событий; контроль аффекта адекватное выражение чувств и требований; оптимизм и энергия; наличие увлечений и интересов; способность восстанавливаться после травмирующего опыта; спокойный и уравновешенный [8].

Большинство исследований указывает на то, что жизнеспособность можно возвращать и развивать, укрепляя «острова компетенции» детей, особенно когда сами родители устойчивы и активно способствуют данному процессу.

Основное внимание в развитии жизнеспособности детей отводится социально-эмоциональному обучению, предполагающему не только развитие навыков формирования и поддержания позитивных отношений с ровесниками, но и научение способам реагирования на их необоснованно пренебрежительное, высокомерное, а порой и агрессивное поведение посредством обсуждения, анализа способов реагирования на определенные

социальные ситуации. Любопытным представляется нейрофизиологическое обоснование важности семейного дискурса в эмоциональном развитии детей, поскольку поддерживающее, заботливое родительское воздействие создает больше нейронных связей в мозге ребенка, в частности, в височной доле, где формируются социальная и эмоциональная компетентности [3, 4].

Как видно, в развитии жизнеспособности ребенка акцент делается на использовании так называемых «эмоциональных инструментов» в овладении навыками саморегуляции и самоконтроля, совладания со стрессом, развитии социальной компетентности и эмоциональной стабильности.

### **Литература:**

1. Куфтяк Е.В. Жизнеспособность семьи: теория и практика // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 5(28) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpgj.ru> (дата обращения: 19.04.2017).

1. Нестерова А.А. Семейные ресурсы как условие жизнеспособности семьи в кризисных ситуациях // Развитие личности. 2016. № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/semeynye-resursy-kak-uslovie-zhiznesposobnosti-semi-v-krizisnyh-situatsiyah> (дата обращения: 19.04.2017).

3. Taket A.R., Nolan A. & Stagnitti K. (2014) Family strategies to support and develop resilience in early childhood, *Early Years: An International Research Journal*, 34:3, p. 289-300.

4. Diane M. Hoffman (2010) Risky investments: Parenting and the production of the 'resilient child', *Health, Risk & Society*, 12:4, p. 385-394.

5. Jenny Rose, Nicolette Roman, Kelvin Mwaba & Kulthum Ismail (2017): The relationship between parenting and internalizing behaviours of children: a systematic review, *Early Child Development and Care*.

6. Orna Cohen, Iris Slonim, Ricky Finzi & Ronit D. Leichtentritt (2002) Family Resilience: Israeli Mothers' Perspectives, *The American Journal of Family Therapy*, 30:2, p. 173-187.

7. Froma Walsh (2016): Family resilience: a developmental systems framework, *European Journal of Developmental Psychology*.

8. Toni Mayr & Michaela Ulich Social-emotional well-being and resilience of children in early childhood settings – PERIK: an empirically based observation scale for practitioners, *Early Years: An International Research Journal*, 29:1, p. 45-57.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ОТЦОВСТВУ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ МУЖЧИНЫ**

*Завгородняя И.В.*

**ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет»**

Психологическая готовность к отцовству представляет собой специфическое личностное образование, которое формируется на протяжении всей жизни мужчины под влиянием биологических, психологических и социальных факторов. Содержание и уровень психологической готовности к

отцовству определяется суммарным эффектом действия этих факторов и существует как до фактического рождения ребенка, так и после него.

В настоящее время термин «отцовство» включает несколько аспектов:

1) биологический феномен, определяющий генетическую связь родителя и ребенка;

2) социальная категория, подчеркиваемая юридическим, формальным признанием ребенка отцом, определяется принятыми в конкретном обществе системой и терминологией родства;

3) индивидуальное, психологическое чувство родителя по отношению к ребенку.

Биологическая способность быть родителем и социально требуемое отцовство не всегда совпадает с психологической готовностью мужчины к отцовству. Готовность к отцовству однозначно не связана со стажем отцовства. Наличие у мужчины детей не является свидетельством того, что он психологически готов к отцовству по всем параметрам. «Стать отцом» и «быть отцом» – не одно и то же.

Отцовство является важным условием не только развития ребенка, но и развития личности самого отца. Отцовство влияет на ценностные ориентации мужчины, его мировоззрение, Я-концепцию, самооценку, полоролевую идентификацию, требует принятия и контроля своих чувств, способствует взрослению. Как отмечает Ю.Б. Борисенко [1], осознание себя отцом приводит мужчину к пониманию необходимости жить «правильно».

Переход к отцовству является для мужчины личностным кризисом, который выступает мощным стимулом его развития. Переживание кризиса мужчиной сопровождается эмоциями страха, тревоги, депрессии, чувством неуверенности в себе [2]. Изменения в настроении, характере, личности мужчины в связи с рождением ребенка достаточно значительны. Наибольшие трудности возникают при рождении детей с «трудным темпераментом», которые отличаются беспокойством, мало спят, много кричат, трудно выстраивают режим сна и бодрствования. Появление ребенка для мужчины становится не менее важным событием, чем для женщины. В результате успешного разрешения кризиса появляется внутренняя позиция родителя как показатель принятия человеком своих родительских функций и соответствующей родительской роли в системе отношений.

Психологическая готовность к отцовству – личностное образование мужчины, обеспечивающее принятие ответственности и проявление заботы о ребенке для создания благоприятных условий его развития и эффективного выполнения отцовских функций.

Анализ психологической литературы позволяет выделить ряд факторов, влияющих на становление психологической готовности к отцовству:

1. Особенности родительской семьи мужчины и его отношений с отцом и матерью. Отец содержательно наполняет отцовскую роль, формирует ценность отцовства и отношение к матери и ребенку. Мать создает образ женщины и матери, выстраивает отношение к отцу и к ребенку.

2. Наличие личностных качеств мужчины, позволяющих ему проявлять внимание и заботу о другом человеке, не получая при этом немедленного удовольствия.

3. Возраст мужчины как отражение зрелости личности положительно влияет на развитие психологической готовности к отцовству, но не линейно. В юношеском возрасте существует опасность легкомысленного отношения к отцовству, а в период поздней взрослости появляется страх за судьбу детей.

4. Проявление уважения и привязанности к мужу со стороны жены в супружеских отношениях, стремление вовлекать мужчину в контакт с ребенком. Именно в таких условиях мужчина может проявлять себя как отец ребенка.

5. Участие мужчины как отца в общении с ребенком до рождения и наличие взаимодействия с ним в период младенчества, раннего детства и последующего развития.

Структуру психологической готовности к родительству можно представить как состоящую из следующих основных блоков.

1. Личностная готовность включает:

- общую личностную зрелость (адекватная возрастно-половая идентичность; способность к принятию решений и ответственности; внутренний локус контроля; отсутствие зависимостей; возможность преодолевать трудности, связанные с рождением и воспитанием ребенка; стремление защищать и заботиться о другом человеке);

- личностные качества, необходимые для эффективного отцовства (эмпатия; отзывчивость; способность к сотрудничеству; творческие способности; уверенность в себе; требовательность, справедливость, терпеливость).

2. Мотивационная готовность проявляется в зрелости мотивации рождения ребенка, при которой ребенок не становится средством достижения других, не связанных с отцовством целей, направленности на защиту и заботу о ребенке, наличии высокой ценности ребенка и отцовства по сравнению с другими жизненными ценностями.

3. Когнитивная готовность представлена знаниями о психофизиологических особенностях развития и воспитания ребенка, его основных потребностях; пониманием функций отца и специфики содержания отцовства; наличием адекватной модели отцовской и материнской ролей, семьи в целом; проявлением познавательного интереса к сфере детско-родительских отношений.

4. Операциональная готовность представлена имеющимися навыками воспитания и обучения, адекватным возрастным особенностям ребенка; владение операциями вербального и невербального общения с ребенком, ухода за ним; проявлением адекватного стиля отцовского отношения и взаимодействия с ребенком.

Формирование, а также коррекция, операционального и когнитивного блоков психологической готовности к отцовству происходит легче и быстрее по сравнению с мотивационным и личностным блоками. Их содержание и

степень сформированности зависят от длительного онтогенеза отцовской сферы личности мужчины, основывающегося на личном опыте детско-родительских отношений.

Психологическая готовность к отцовству проявляется в любящем, принимающем стиле воспитания. У таких отцов развита способность к сопереживанию, для них характерно опекать, заботиться о ребенке. Отцовство при наличии психологической готовности к нему проявляется в первые годы жизни малыша. Отец в этом случае ощущает необходимость в том, чтобы учить, передавать то, чем он владеет сам, стремится сделать ребенка своим продолжателем, раскрыть его способности и индивидуальные качества.

Как показало проведенное нами исследование, в котором приняли участие 107 девушек и 95 юношей в возрасте от 19 до 21 года, средний возраст желаемого родительства для юношей находится в диапазоне 25-30 лет и составляет 27,5 года, в то время как для девушек – в диапазоне 21-25 лет и соответствует 25,2 года. При этом девушки обладают более позитивными ожиданиями изменений в собственной жизни после рождения ребенка. Они представляют свою жизнь более открытой, яркой, разнообразной и насыщенной. Юноши в связи с рождением ребенка более склонны ожидать, что их жизнь станет унылой, замкнутой, однообразной и обедненной. При этом, ребенок как для юношей, так и для девушек, это прежде всего, ответственность, забота, радость, любовь, счастье, новая жизнь, полноценный член семьи, смысл в жизни, будущее, но в то же ограничение свободы, проблемы и затраты.

Сиблинговая позиция юноши в семье выступает фактором его психологической готовности к отцовству, что проявляется в представлении о ребенке, об ожидаемых в связи с его рождением жизненных изменениях, о желаемом количестве детей. В проведенном нами исследовании было установлено, что рождение ребенка для «единственных» юношей означает появление обязанностей, возможность испытать гордость, но и необходимость делить любовь. Рождение ребенка для них способствует переосмыслению жизни, взрослению. Они склонны видеть в ребенке самостоятельную личность, но родительство в их понимании увеличивает зависимость. По сравнению с юношами других сиблинговых позиций, для «единственных» рождение ребенка является существенным ограничителем свободы, поскольку уменьшается количество времени для «себя». Однако «единственные» юноши обладают более позитивными ожиданиями того, как изменится их жизнь после рождения ребенка в сравнении с представителями других сиблинговых позиций.

«Старшие» юноши склонны испытывать ощущение успеха при появлении ребенка. Для них это беззащитное существо, означающее новый этап в жизни. Однако они считают, что ребенок предполагает большие затраты и может увеличивать конфликты.

Для «младших» юношей появление ребенка означает необходимость воспитания, поскольку это человек, которому можно передать свой опыт, ребенок для них – это сочетание страха и веры. Рождение ребенка ощущается «младшими» юношами как конец молодости и подчеркивает необходимость

остепенения. При этом они считают, что их жизнь после рождения ребенка станет более интересной.

«Старшие» юноши хотят и ожидают, что у них будет большее количество детей в сравнении с ожиданиями и желаниями юношей с другими sibлинговыми позициями. В то же время меньшее количество детей хотелось бы иметь «единственным» юношам, что отражается и в их ожиданиях. Ожидаемое и желаемое количество детей для юношей находится в диапазоне 1-3 ребенка. «Единственные» юноши хотели бы иметь 1-2 детей, а «старшие» и «младшие» – 2-3 детей. В целом юноши хотели бы иметь большее количество детей, чем девушки.

В целом психологическая готовность к отцовству является многокомпонентным личностным образованием, отражающим общую зрелость мужчины. В противном случае, т.е. при психологической неготовности к отцовству у мужчины наблюдаются следующие особенности:

1. Страх кардинальных жизненных перемен, приводящий к ощущению потери свободы в отношениях с женщиной и зависимости.

2. Стремление сохранить личностное пространство и свободу или ощущение их нехватки в реальной жизни.

3. Ролевой конфликт, при котором роль отца несовместима с ролью профессионала и/или ролью самостоятельного мужчины.

4. Сложности во взаимоотношениях со своими родителями или одним из них, трудности собственного детства, которые препятствуют принятию и выполнению отцовской роли.

5. Выраженный эгоцентризм, стремление к получению удовольствия, несвязанного с отцовством, нежелание о ком-либо заботиться.

6. Неумение испытывать радость и удовольствие от контакта с ребенком.

#### **Литература:**

1. Борисенко Ю.В. Психология отцовства / Ю.В. Борисенко. – Москва-Обнинск : «ИГ-СОЦИН», 2007. – 220 с.
2. Кочубей Б.И. Мужчина и ребенок / Б.И. Кочубей. – М. : Знание, 1990. – 79 с.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУПРУГОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

*Зеленая К.В., Петросян Т.Р., Смирнова С.Н.*

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет  
имени В.И. Вернадского»**

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме психологического составляющего бесплодия и экстракорпорального оплодотворения. Рассмотрены причины возникновения бесплодия, процесс выполнения

процедуры ЭКО и сопутствующие их психологические проблемы, с которыми сталкиваются семейные пары.

Бесплодие – актуальная проблема нашего времени, с которой в среднем сталкивается каждая 4-я молодая пара. Помимо физиологической существенную роль несет психологическая проблема невозможности зачатия ребенка. Бесплодие приводит к сильным психоэмоциональным расстройствам в жизни мужчин и женщин. Вследствие физиологических нарушений формируются психологические проблемы, приводящие к личностным расстройствам и супружеской дисгармонии. На помощь пришли новейшие технологии, позволившие проводить экстракорпоральное оплодотворение, что представляет собой вспомогательную репродуктивную технологию, применяемую в случае бесплодия. Процедура проводится путем извлечения яйцеклетки из организма женщины и искусственного оплодотворения в условиях *in vitro*. Полученный эмбрион развивается в течение 2-5 дней в пробирке, находясь в питательной среде, а затем переносится в женский организм для дальнейшего развития [10]. Бесплодие оказывает большое влияние на семейную пару, являясь причиной возникновения психологических проблем. И несмотря на большую значимость и инновационность в сфере репродуктивного здоровья, процедура ЭКО также оказывает большое воздействие на психологическую составляющую здоровья супружеской пары, что относится к негативным аспектам данной разработки. Супружеская пара испытывает множество отрицательных эмоций, которые могут негативно повлиять на межличностные отношения, что впоследствии становится причиной развода. Однако существует решение данной проблемы, которое еще предстоит развить совместно с применением метода ЭКО, как способа избавиться от бесплодия.

Американское сообщество репродуктологов свидетельствует о том, что бесплодие является заболеванием репродуктивной системы, которая препятствует зачатию ребенка. В большинстве случаев врачи ставят диагноз "бесплодие", когда супружеские пары испытывают неудачи в зачатии ребенка на протяжении одного года при отказе от противозачаточных средств. По статистике во всем мире число бесплодных людей варьируется в пределах от 5 до 30% в различных регионах, и показатели продолжают расти. Причиной трети случаев бесплодия являются мужчины с проблемами репродуктивной системы, еще треть проблем вызвана женщинами с патологиями половой системы, и треть проблем приходится за счет несовместимости супружеской пары, причем 20% случаев не имеют конкретного объяснения. Согласно данным исследований в различных регионах Российской Федерации, бесплодие составляет 8-18% от общего числа людей репродуктивного возраста и имеет тенденцию к росту этих показателей [1, 2]. В программе ВОЗ от 1997 г. по обследованию и лечению супружеских пар, страдающих бесплодием, различают 21 фактор женского бесплодия и 19 факторов бесплодия мужчины.

Обобщая причины бездетных браков, выделяют эндокринное, трубно-перитонеальное и маточное бесплодие, а в случае исключения этих факторов причины бесплодия остаются неясными. Самым практичным методом по

борьбе с бесплодием в наше время является экстракорпоральное оплодотворение, эффективность которого варьируется в пределах от 20 до 40% [3, 9]. Процедура ЭКО состоит из нескольких этапов:

- 1) стимуляция овуляции с назначением гормональных препаратов;
- 2) пункция фолликулов с последующим забором ооцитов, при отсутствии возможности получить яйцеклетки у женщины по причинам менопаузы или овариэктомии, используют донорские яйцеклетки;

- 3) оплодотворение ооцитов семенной жидкостью мужа или донора;

- 4) культивация эмбриона в питательной среде в пробирке;

- 5) биопсия трофобластической оболочки с последующей предимплантационной диагностикой на 5-6 день. Биопсия не повреждает эмбрион и не ведет к снижению способности к имплантации. По итогам исследования определяется предрасположенность к развитию аномалий или патологий эмбриона;

- 6) после проведения исследований клеток эмбриона, его переносят в матку женщины. Процедура переноса оплодотворенной яйцеклетки производится без анестезии на гинекологическом кресле с использованием эластичного катетера в течение нескольких минут [8]. Исходя из приказа N 67 Минздрава РФ от 2003 года, в матку целесообразно переносить до 4 эмбрионов с целью предупреждения многоплодной беременности. Однако, исходя из медицинской практики проведения процедуры ЭКО в России, чаще переносят 2 эмбриона. При проблемах или наличии противопоказаний к вынашиванию беременности прибегают к суррогатному материнству. Основными психологическими проблемами, связанными с ЭКО, являются последствия после неудачной процедуры, безрезультативных попыток, донорства и суррогатного материнства. Долгая психологическая подготовка и множество медицинских процедур в виде абдоминальных гормональных инъекций для стимуляции роста яйцеклеток, вселяют надежду на успешное проведение ЭКО, однако в случае неудачной попытки и отторжения эмбриона, женщины испытывают тяжелейший стресс, сравнимый с выкидышем. Еще одной проблемой является донорство и удаление прижившихся после имплантации эмбрионов. Зачастую супруги воспринимают донорство как измену, а удаление эмбрионов – как аборт, что негативно влияет на семейные отношения.

Множество молодых супружеских пар стремятся завести детей, что является социальной установкой во многих культурах. Однако одна из шести пар в конечном итоге столкнется с невозможностью достижения цели [6]. Бесплодие оказывает влияние не только на физиологический аспект, но и на социальную адаптацию и эмоциональное состояние. Партнеры зачастую страдают депрессией, психическим истощением организма, им свойственно волнение, вялость, раздражительность в связи с отсутствием возможности зачать ребенка и получать удовольствие от полноценной жизни. Нередко партнерам свойственны такие состояния, как чувство вины, беспокойства, асоциальность, потеря интереса к повседневным событиям и к поддержке отношений, перепады настроения, отсутствие концентрации внимания на поставленных задачах, тяга к употреблению наркотиков и алкоголя, потеря аппетита, бессонница, а также сексуальная дисфункция [4].

Несмотря на то, что бесплодие способно изменить психологическое и физическое состояние как женщины, так и мужчины, в большинстве случаев партнеры воспринимают дисфункцию репродуктивной составляющей здоровья по-разному. Женщины являются наиболее восприимчивыми, из-за чего проблема бесплодия оказывает большее влияние на них, нежели на мужчин. Это связано с тем, что женщины берут на себя ответственность за лечение, а так же наиболее зависимы от социальной установки, касаемо продолжения рода [5]. Зачастую именно женщины, находясь в стрессовой ситуации, влияют на психологическое состояние мужчин, чья реакция на бесплодие несколько отличается от женской реакции [7].

Отсутствие ребенка в современных семьях является обыденным явлением. По разным подсчетам, около 20% бесплодных пар подают на развод. Зачастую это связано с психологическими аспектами, то есть семья не справляется с возникшим стрессом, что приводит к разрушению брака. К сожалению, современная психология уделяет мало внимания данной проблеме, несмотря на ее актуальность. Помимо медицинской помощи парам, страдающим бесплодием, следует оказывать психологическую помощь в виде бесед с лечащимися семьями, совместных походов к семейному психологу.

### Литература

1. Проблемы репродукции / Витязева И.И., Здановский В.М. // Проблемы репродукции. – 1997. – № 2. – С. 60.
2. Проблемы репродукции / Никитин А.И. // Проблемы репродукции. – 1996. – № 4. – С. 49-56.
3. Практическая гинекология (клинические лекции) / Под ред. Кулакова В.И., Прилепской В.Н. // МЕДпресс-информ. – 2002. – № 2.
4. Strategies for counseling infertile couples / Daniluck, J.C. // Journal of Counseling and Development. –1991.
5. Therapy with infertile heterosexual couples: It's not about gender A.R. – Or is it? / Shapiro, C.H. // Clinical Social Work Journal . – 2009. – 37. – 140-149.
6. Incorporating ideological context in counseling couples experiencing infertility/ Burnett J. A., Panchal K. // Journal of Humanistic Counseling, Education and Development . – 2008.
7. The experience and influence of infertility: Considerations for couple counselors / Peterson B., Gold L., & Feingold T. // The Family Journal. – 2007. – 23-37.
8. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы) / В.И. Кулакова, Б.В. Леонова // МИА. – 2000. – 264 с.
9. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / А.И. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой // Ростов-на-Дону. – 2000. – 501 с.
10. Бесплодие: проблема разрешима / Абдуллина Л.И. // Самара. –2000. – 142 с.

# ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

*Земзюлина И.Н.*

**Курский государственный медицинский университет**

*\*\*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (отделение гуманитарных и общественных наук) в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.*

В настоящее время в современном обществе проблема нарушения репродуктивного здоровья у женщин фертильного возраста стоит очень остро. С каждым годом количество семей, имеющих проблемы с зачатием, вынашиванием и рождением детей, увеличивается, ситуация бездетности становится повсеместной. В соответствии с данной социальной ситуацией в обществе, появляется научный интерес к проблеме нарушения репродуктивной функции у женщин не только с точки зрения медицины, но и с позиции клинической психологии, что ведет к комплексному рассмотрению и решению данной проблемы. Особую актуальность в последнее время приобретают исследования личностных особенностей женщин с осложненной беременностью (Блох М.Е., Филиппова Г.Г. Бохан Т.Г., Рябова М.Г., Бежина Х.В. и др.) [4, 8, 10, 12].

В отечественных и зарубежных исследованиях отражены проблемы, которые демонстрируют различные психологические состояния женщины во время беременности на разных сроках, рассматриваются факторы, прямо и косвенно влияющие на развитие осложнений беременности. На адаптацию к материнству как к особой жизненной ситуации влияют разнообразные факторы: личностные особенности, история жизни, межпоколенная передача опыта, взаимоотношения в семье, удовлетворенность взаимоотношениями женщины со своей матерью, различные социальные и семейные особенности, паттерны родительского поведения, физическое и психическое здоровье.

Согласно определению ВОЗ, привычный выкидыш – наличие в анамнезе у женщины подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель. Сидельникова В.М. пишет о том, что «невынашиванием беременности называется самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель. Привычный выкидыш – самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд. В структуре невынашивания частота привычного выкидыша составляет от 5 до 20%. Привычное невынашивание – полиэтиологичное осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы» [11].

Влияние личностных особенностей на развитие психологического состояния женщины и его связь с соматическим здоровьем показаны в работах Е.Б. Айвазяна, А.С. Батуева, В.И. Брутмана и др. [1, 3, 5].

Беременность переживается женщиной как особое жизненное событие, которое приводит к реструктурированию системы смыслов жизненного пути,

запускает процессы малой и большой смысловой динамики. Основываясь на анализе проведенных исследований Г.Г. Филипповой, В.И. Брутмана, И.Ю. Хамитовой, С.Ю. Мещеряковой, которые посвящены проблеме материнства, мы предполагаем, что переживание социального опыта невынашивания беременности есть следствие искаженной иерархии социальных ролей, результат определенных взаимоотношений женщины с собственной матерью, закрепленные паттерны родительского поведения, а также отсутствия осмысления событий разных временных периодов и нарушения интеграции жизненных событий в единый временной контекст [5, 9, 12].

Исследования психологической готовности к материнству (Г.Г. Филиппова, Е.Ч. Агнаева, Т.В. Леус, В.И. Брутман и др.) показывают, что для женщин с нарушением репродуктивного здоровья характерно наличие внутреннего конфликта, связанного с неготовностью принятия роли матери, которое проявляется в глубокой внутренней неудовлетворенности и создает ситуацию острой напряженности. Конструктивно разрешить эту ситуацию женщина не может [2, 5, 13].

В связи с этим исследование личностных детерминант переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности является достаточно актуальным. В отличие от работ, выполненных на основе констатирующего изучения личностных особенностей женщины, мы обращаемся к анализу совокупности психологических свойств личности, которые будут детерминировать социальный опыт переживания женщины, находящейся в ситуации невозможности реализации материнской функции [6, 7].

Таким образом, **проблемой** нашего исследования выступил вопрос о том, каким образом личностные детерминанты влияют на особенности переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с диагнозом «привычное невынашивание беременности».

**Объектом** исследования выступили личностные детерминанты переживания социального опыта.

**Предметом** исследования являются личностные детерминанты переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности.

**Целью** исследования выступило выявление влияния личностных детерминант на переживание социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности.

**Центральная гипотеза исследования** – у женщин с привычным невынашиванием беременности наблюдаются определенные личностные детерминанты, влияющие на особенности переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции.

**Задачи исследования:**

1. Изучить особенности эмоциональной сферы женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.
2. Изучить особенности смысловой сферы женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.

3. Изучить особенности социальных ролей, как компонентов социальной идентичности женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.

4. Сравнить особенности эмоциональной, ценностно-смысловой сферы женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.

5. Сравнить особенности социальных ролей, как компонентов социальной идентичности женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.

6. Составить психодиагностические таблицы факторов риска возникновения привычного невынашивания у женщин.

Под привычным невынашиванием беременности мы будем понимать самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд, согласно позиции В.М. Сидельниковой. Большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности.

**Методы исследования:** структурированное интервью; архивный метод: работа с амбулаторными картами испытуемых – выявление наличия диагноза «привычное невынашивание беременности», семейного положения; психодиагностические методы: тест «Смыслоразнообразие ориентации» Д.А. Леонтьева; тест «Рольевые позиции в межличностных отношениях» (Э. Берн); тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова; тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой; опросник саморефлексии телесного потенциала В.А. Ложкина, Ю.Р. Рождественского; опросник социально-психологических установок личности О.Ф. Потемкиной; тест «Личностный дифференциал» (ЛД) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинды; проективные методы: модифицированный восьмицветовой тест Люшера; тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой; рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой; тест «Кто я?» М. Куна; проективная методика исследования жизненного пути личности; «Линия жизни» в варианте, разработанном Т.Д. Василенко; методы математической обработки: все расчеты проводились с использованием статистического пакета StatSoft STATISTICA 6.0 для Windows.

В результате проведенного исследования, нами были сформулированы **выводы:**

1. Контекст жизненного пути личности, определяя социальный опыт переживания нарушения репродуктивной функции, имеет специфические особенности у женщин с привычным невынашиванием беременности. Женщина, находясь в ситуации повторяющихся выкидышей, подсознательно проектирует боязнь неудачи в будущее, формируя для себя так называемую тревожную доминанту, которая становится основополагающей в ее стремлении стать матерью.

2. Смысловые детерминанты переживания невозможности реализации материнской функции определяет особенности социального опыта нарушения

репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности. Смысловая сфера женщин с привычным невынашиванием беременности отмечает неспособность к дальновидному планированию собственной жизни, сверхконтроль, детерминируют принятие ситуации повторяющихся выкидышей как наказание за собственные промахи. Женщина, принимая свой диагноз как «наказание судьбы», ощущает собственное бессилие в сложившейся ситуации. Это в свою очередь приводит к тому, что она не видит себя в будущем в роли матери, происходит трансформация ценности материнства как таковой. Кроме того, женщины с привычным невынашиванием беременности ориентированы на процесс, меньше задумываются над достижением результата, вследствие чего, можно сделать вывод о том, что материнство для них не является конечной целью, они ориентированы на сам процесс беременности. Ими больше движет желание забеременеть, чем желание стать матерью, это определённым образом детерминирует переживание социального опыта нарушения репродуктивной функции. Можно говорить о том, что женщины с привычным невынашиванием беременности переживают не отсутствие материнской роли в своём опыте, а собственно саму ситуацию беременности с последующим выкидышем.

3. Когнитивный компонент переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции представлен системой представлений о себе, которые понижают ценность материнства в реальности женщины с привычным невынашиванием беременности. Кроме того, анализируя образ материнства, выяснили, что у женщин с привычным невынашиванием беременности присутствует внутриличностный конфликт, который препятствует усвоению материнской роли, отмечается тревога, неуверенность в себе.

4. Эмоциональный компонент переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности характеризуется тем, что повторяющийся негативный опыт беременности сказывается на оценке ситуации настоящего, которое характеризуется низким аффективным зарядом. Женщина с нарушением здоровья репродуктивной сферы озабочена своим состоянием, поэтому видит свою жизнь в негативных тонах, склонна оценивать события собственной жизни отрицательно, мало акцентируется на позитивных аспектах. Женщин с привычным невынашиванием беременности характеризует болезненная оценка своего состояния, пассивность в данный момент связана с обстоятельствами, затрудняющими реализацию себя как матери. Для них характерна вынужденная уступчивость, физиологические потребности в зоне относительного комфорта, то есть дисфункция репродуктивной функции больше доставляет психологический дискомфорт. Трудности вынуждают проявить уступчивость и временно отказаться от реализации своих намерений, в данном случае намерением выступает реализация материнской роли.

5. Временной компонент переживания беременности женщин с привычным выкидышем включает процессы рефлексии личности, оценку настоящего, прошлого, возможность анализировать личный опыт невынашивания, строить планы на будущее. В нашем исследовании, мы

выяснили, что женщины с привычным невынашиванием беременности склонны негативно оценивать ситуацию настоящего момента, рефлексивная, анализируя свой прошлый опыт, они также склонны в большей степени вспоминать негативные события. Будущее у женщин с привычным невынашиванием беременности в перспективах не представлено, они предпочитают жить в настоящем, несмотря на его низкий аффективный заряд.

6. Параметры личностной зрелости женщины с привычным невынашиванием беременности характеризуются снижением уровня рефлексивности, в сравнении с женщинами, чья беременность протекает без патологий. Женщины с привычным невынашиванием беременности больше склонны к рассуждениям о судьбе, нежели о себе, о своем будущем ребенке, действуют по наитию, что препятствует формированию новой социальной роли – роли матери. Основываясь на полученных данных, согласно которым локус контроля женщин с привычным невынашиванием беременности находится посередине между экстернальным и интернальным, мы можем сделать вывод о том, что женщина, находясь в кризисной для себя ситуации невынашивания беременности, переживая социальный опыт нарушения репродуктивной функции, склонна обвинять себя в некоторых случаях, а в некоторых случаях сетовать на судьбу. Объясняется это тем, что социальный опыт нарушения репродуктивной функции в форме привычного невынашивания оказывает фрустрирующее воздействие на женщину, на ее систему жизненных ориентаций, давление со стороны ближайшего окружения заставляет ее винить себя и свои телесные возможности в неспособности выносить и родить ребенка, в то время, как ее «внутреннее я» отказывается принимать ответственность за происходящие с ней события на себя.

7. Нами были разработаны психодиагностические таблицы, с помощью которых специалист сможет оценить особенности личности женщины, находящейся в ситуации невозможности реализации материнской функции. Таблицы включают в себя как диагностику факторов риска, участвующих в возникновении негативных переживаний женщины в ситуации привычного невынашивания беременности, так и мишени воздействия, корректируя которые психолог сможет грамотно разработать программу личной терапии с учетом индивидуального подхода к каждому клиенту.

### **Литература**

1. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. – 2002. № 3. – С. 3-13.
2. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. – 2000. № 2. – С. 16-27.
3. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А.С. Батуева. – СПб.: Изд-во СПбУ, 2007. – 374 с.
4. Блох М.Е., Добряков И.В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // Ж. акуш. и жен. болезн. – 2013. № 3.

5. Брутман В.И., Хамитова И.Ю., Филиппова Г.Г. Динамика психологического состояния женщины во время беременности и после родов // Вопросы психологии. № 4, 2003.
6. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: Изд-во КГМУ, 2011. – 572 с.
7. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности как фактор формирования готовности к материнству // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2009. № 91.
8. Куминская Е.А. Психологические особенности женщин, имеющих риск невынашивания беременности: обзор современных исследований // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2013. – № 3(11) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.perinataljourn.ru/zhurnal@perinatalpsy.ru>.
9. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2000. № 5. – С. 18-28.
10. Рябова М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. Тамбов, 2013. № 9 (125). – С. 190-198.
11. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2002. – 304 с.
12. Филиппова Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4-5. – С. 83-108.
13. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3 (5) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>.

**ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН  
С СОХРАННОЙ И НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ**

*Золотова И.А., Королькова Е.Р.*

**ФГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия**

*Ключевые слова: доминанта, психологический компонент гестационной доминанты, экстракорпоральное оплодотворение.*

Статистические данные в настоящее время говорят о неуклонном ухудшении репродуктивного здоровья населения. В связи с этим стало актуальным изучение психологических особенностей женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией. Бесплодие является актуальной

проблемой современного общества. Одним из самых перспективных методов лечения бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение, вошедшее в мировую практику с 1978 года и являющееся основой всех высокотехнологичных репродуктивных технологий, за исключением искусственной инсеминации. Как правило, пара, прибегающая к процедуре ЭКО, имеет негативный опыт, связанный с лечением от бесплодия, опыт нереализованного материнства и отцовства. Что соответственно отражается на физиологическом и психологическом уровнях, повышает внутриличностную тревогу и психоэмоциональное напряжение. Материнская доминанта формируется в сложных, неоднозначных условиях, осложняющихся ситуацией неопределенности, связанной с большой вероятностью неуспеха экстракорпорального оплодотворения. В то же время гестационная доминанта, которая возникает у женщины с момента оплодотворения, является основополагающей ее поведения в целом в перинатальном периоде, ее внутреннего состояния, залогом формирования благоприятных диадических отношений «мать – дитя».

*Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД)* – это совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности и направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка.

Цель нашей работы: выявить особенности психологического компонента гестационной доминанты у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

Гипотезы исследования:

1) женщины с сохранной репродуктивной функцией преимущественно имеют оптимальный тип ПКГД;

2) женщины с нарушенной репродуктивной функцией преимущественно имеют тревожный или депрессивный тип ПКГД.

Для реализации поставленной цели и выдвинутых гипотез был подобран комплекс методов и методик:

1. Клиническая беседа в форме полуструктурированного интервью.

2. Методика «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков), отражающая отношение к себе беременной, отношение в системе «мать-дитя», отношение к отношениям к ней окружающих, что позволяет выявить определенный тип ПКГД.

3. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» (И.А. Золотова) была предложена нами с целью изучения неосознаваемых эмоциональных особенностей формирующихся диадических отношений «мать – дитя», а также – отражения отношения самой женщины к собственной матери, как показателя онтогенеза материнской сферы.

При интерпретации рисунков учитывались следующие содержательные признаки:

- наличие на рисунке собственной матери, себя - матери и ребенка;
- образ ребенка и его возраст;
- расположение ребенка относительно себя - матери и собственной матери;

- дистанция между матерью и ребенком;
- половая и возрастная индентификация собственной матери, себя - матери и ребенка.

В исследовании участвовало 30 женщин с сохранной репродуктивной функцией в возрасте от 20 до 40 лет. Средний возраст – 27,5 лет. Срок гестации 38-40 недель; 5 женщин с нарушенной репродуктивной функцией (ЭКО). Средний возраст – 37 лет. Исследование проводилось в среднем на 3-4 день после родов на базе ГБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Ярославля.

Результаты исследования. Данные обрабатывались с помощью контент-анализа.

У 8 женщин из 30 опрошенных выявлен один преимущественно тип ПКГД: оптимальный – 3 женщины, гипогнозический – 3 женщины, эйфорический – 2 женщины. У 22 женщин не выявлен один какой-то преимущественно выраженный тип ПКГД, во всех этих случаях результаты варьируют (т.е. по всем блокам дают примерно одинаковое количество ответов и поэтому выявить один преимущественно выраженный тип не удалось).

1. Эйфорический тип ПКГД демонстрируют 7% женщин, отмечается в основном при первой беременности и у женщин до 27 лет; оптимальный тип отмечается у 10% представительниц контрольной группы женщин замужних, имеющих уже детей, и возраст этих женщин больше 26 лет; тревожный и депрессивный тип выражен у женщин, у которых эта беременность первая и поздняя (35-40 лет); гипогнозический тип отмечается у женщин, которые не планировали беременность и которые не видят себя в роли матери.

Результаты исследования методикой ТОВ. Женщинам был предложен тест, состоящий из утверждений, отражающих отношение к себе беременной, отношение в системе «мать-дитя», отношение к отношениям к ней окружающих. Были получены следующие результаты.

У женщин с сохранной репродуктивной функцией в период беременности и послеродовой период гестационная доминанта не имеет определенного типа, она варьируется между несколькими типами. В основном в каждом блоке утверждений определяется один тип ПКГД, но в общем по всем блокам мы можем только говорить о преобладании какого-то типа, но не о его преимуществе в целом у женщины. Чтобы делать конкретные выводы о выборе того или иного утверждения, необходимо учитывать запланированность беременности, семейное положение и возраст.

У женщин, которые забеременели с помощью ЭКО (на данный момент исследование не завершено и выборка составляет 5 человек), результаты следующие. Гестационная доминанта варьируется между эйфорическим и оптимальным типом. Ответы, относящиеся к тревожному типу, не встречаются; крайне редко появляются депрессивные (по отношению к себе как к беременной).

Результаты исследования методикой «Моя мама, я и мой ребенок». Женщинам предлагалось нарисовать на листе форматом А4 рисунок на тему «Моя мама, я и мой ребенок».

Интересующие нас параметры, заданные для интерпретации рисунка, мы обработали с помощью контент-анализа. При обработке были получены результаты, которые размещены в таблице.

| Параметры, заданные для интерпретации рисунка  | Выраженность параметра (%) |
|--|----------------------------|
| Отсутствие на рисунке себя - матери  | -                          |
| Отсутствие на рисунке собственной матери   | -                          |
| Отсутствие на рисунке новорожденного   | 8%                         |
| Изображение на рисунке образов себя – матери, собственной матери и новорожденного в виде символов  | 26%                        |
| Изображение новорожденного на руках у себя - матери  | 19%                        |
| Изображение новорожденного на руках собственной матери   | 4%                         |
| Большая пространственная дистанция между фигурами  | 15%                        |
| Схематичное отображение фигур, не отражающее пол и возраст   | 56%                        |
| Возраст ребенка не соответствует периоду новорожденности   | 48%                        |
| Схематичное изображение образов небольших размеров, в уголке листа, прерывистыми, нечеткими линиями  | 22%                        |
| Большое количество дополнительных предметов (их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист) | 15%                        |
| Отказ от рисования   | -                          |

У женщин с сохранной репродуктивной функцией на всех рисунках присутствуют и сама женщина и ее мать. Следовательно, можно говорить о том, что у всех опрошенных женщин имеется эмоциональная связь с собственной матерью, но выражена она в разной степени.

Отсутствие на рисунке новорожденного говорит о том, что женщина не считает рождение ребенка главной ценностью в своей жизни. Она морально и эмоционально не готова к его появлению.

На конфликт с ситуацией материнства указывают: схематичное изображение фигур и изображение себя как матери и ребенка посредством символов. Это говорит о наличии проблем в межличностных отношениях и в формировании материнской сферы в онтогенезе.

Нарушение половой и возрастной идентификации на рисунках указывает на непринятие роли матери, нарушение материнской сферы в онтогенезе.

Показательно также изображение себя как матери, собственной матери и новорожденного небольших (чаще всего почти одинаковых) размеров, в уголке листа, прерывистыми, нечеткими линиями, что отражает низкую самооценку, неуверенность в себе, тревожность. Частота встречаемости таких рисунков – 22%.

48% женщин отражают возраст ребенка, не соответствующий периоду новорожденности, что говорит о неподготовленности женщин на когнитивном уровне к появлению новорожденного; отсутствие возрастной идентификации ребенка говорит о неготовности принятия новорожденного.

Удаление на расстояние ребенка от себя как матери говорит о проявлении отрицательного отношения к ребенку. Дистанцию между собой и ребенком продемонстрировали 15% женщин.

Изображение ребенка на руках у себя – матери свидетельствует о благоприятной ситуации материнства, формировании положительного отношения к новорожденному, но его демонстрируют лишь 19% женщин.

Изображение новорожденного на руках собственной матери можно интерпретировать как бессознательное освобождение себя от «уз материнства» с помощью символического перемещения ребенка на руки собственной матери.

Идентификация себя с новорожденным, символическое перемещение на руки собственной матери можно интерпретировать как отсутствие осознания, что на них лежит ответственность не только за собственную жизнь, но теперь и за жизнь своего ребенка, следовательно, они не готовы принять новую социальную роль – «мама».

15% женщин изображают на рисунке большое количество дополнительных предметов (солнце, облака, дом, лодка и т. д.), которые больше по сравнению с фигурами людей и покрывают практически весь лист. Это свидетельствует об отвлеченности от ситуации материнства, повышенной тревожности, связанной с внешним миром.

Основная часть рисунков женщин характеризуется однообразностью и схематичностью.

На данном этапе работы мы можем сделать выводы только по изучению особенностей психологического компонента гестационной доминанты у женщин с сохранной репродуктивной функцией. Из поставленных нами задач, мы выполнили одну — определили выраженность типов ПКГД у женщин с сохранной репродуктивной функцией. Наша гипотеза о том, что женщины с сохранной репродуктивной функцией имеют оптимальный тип ПКГД не подтвердилась. Проективная методика позволяет сделать вывод о наличии проблем в сфере онтогенеза материнства и принятии роли матери.

Из данного исследования мы сделали следующие выводы:

1. Женщины с сохранной репродуктивной функцией не имеют одного преимущественно выраженного типа ПКГД.

2. У женщин с сохранной репродуктивной функцией имеются существенные различия в формировании отношения к новорожденному и к себе как к матери

3. Нарушение поло-ролевой идентификации и негативное отношение к системе «мать-дитя» зависит от внешних факторов и влияния окружения.

Необходимо отметить, что у женщин с сохранной репродуктивной функцией присутствуют нарушения в сфере онтогенеза материнства, которые

необходимо выявлять и корректировать на ранних стадиях беременности, чтобы у женщины формировался наиболее благоприятный тип ПКГД.

Следующий этап нашей работы будет направлен на выявление особенностей ПКГД у женщин с нарушенной репродуктивной функцией и на сравнение ПКГД у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

#### **Литература:**

1. Ухтомский А.А. Доминанта / А.А. Ухтомский. – М.; Л.: Наука, 1966. – 273 с.
2. Медицинская энциклопедия: справочная информация по медицине, 2016 г. [Электронный ресурс]: URL:<http://medencped.ru>
3. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющее гонормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / Под ред. Ф.А. Сыроватко //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957. – С. 320-333.

### **ВЗГЛЯДЫ ВЫДАЮЩИХСЯ ЛЮДЕЙ НА ПРОЦЕСС ВОСПИТАНИЯ**

*Казачков П.А.*

**Мурманский филиал ФГБОУ ВПО «Петербургский государственный университет путей сообщения Императора Александра I»**

**Аннотация:** приводятся отрывки из научных трудов выдающихся людей (В.М. Бехтерев, А. Сен-Симон, В.П. Кащенко, Я. Корчак, Л.А. Кассиль, Эзнепизис Арсений (схимонах Афонский), В.П. Вахтеров) о роли семьи, школы и окружающего мира в развитии его личности.

**Ключевые слова:** подражание ребенка, внушение, взаимоотношения между семьей и школой, возраст первого детства, роль школы, процесс воспитания, нравственность.

Знаменитые педагоги, ученые, писатели, общественные деятели прошлого и настоящего сфокусировали в себе – больше, чем другие люди, - вековой опыт человечества по воспитанию новых поколений, глубже своих современников продумали этот опыт и лучше воплотили в своей практике, обогатили новыми достижениями.

В статье представлены идеи в чем-то созвучные, в чем-то спорные для современного читателя, но все они нацелены на осознание способов влияния на детей.

Важным фактом из психологии детства представляется нам податливость детей внушениям и их подражательность. Прежде чем самому что-нибудь сделать, ребенок должен видеть, как это дело делают другие. Только при этом условии он может подражать им и убедиться, что он в состоянии сделать то же самое.

Это свойство всех людей, не только детей, но и взрослых. Все мы, взрослые люди, перенимаем, друг от друга и мысли, и суждения, и желания, и верования, и вкусы, и слова, и поступки. Без этого не могло бы

распространиться ни одно открытие, хотя бы это было открытие самого Ньютона, ни одна мода в покрое платья, ни один обычай, хотя бы он был самым полезным из всех обычаев, ни одно слово, как бы выразительно оно ни было, ни одно верование, ни одна привычка...

Ни в каком другом возрасте податливость внушению примеров не встречается в такой преобладающей степени, как в раннем детском и переходном возрасте. Еще Я.А. Коменский сравнивал детей с обезьянами, которые всему подражают – и дурному и хорошему. Знаменитый Н.И. Пирогов объясняет свой выбор медицинской карьеры огромным впечатлением, какое произвел на него в детстве известный московский врач... И каждый отец и мать, каждый учитель служат таким же наглядным пособием в воспитании детей, каким, например, живые растения служат при изучении ботаники.

Больше того, все мы, если только мы встречаемся с детьми, говорим с ними, если только они видят и наблюдают, – мы все служим наглядным пособием в их воспитании. В тот момент, когда мы думаем, что ребенок занят своими играми, он внимательно слушает и следит за нами, и какое-нибудь наше действие или слово окажет решающее влияние на его ум, доставит ему или радость, или горе.... Каждое наше слово, каждый наш жест, не говоря уже о поступках, раз их видит ребенок, могут служить для него примером подражания.

Если мы ведем дурную жизнь, она отражается и на наших детях. Когда одного маленького мальчика спросили, что он будет делать, когда вырастет, тот отвечал с достоинством и решительностью: « Я буду напиваться, как мой отец». В то же время лучше чтобы дети знали про слабые стороны своих родителей, чем то, чтобы они чувствовали, что есть у их родителей скрытая от них жизнь и есть показная.

Дети чутки. Они все принимают на веру, без критики, чем и можно пользоваться, прививая хорошее и воспитывая отвращение к дурному.

Наука и жизнь доказывают, что для физического, нравственного и умственного развития человека возраст первого детства играет особенно важную роль, так как правильное физическое развитие в этом возрасте обеспечивает в значительной мере и дальнейшее здоровье организма; вместе с тем в этом возрасте закладываются первые устои будущей личности; в этом же периоде развития организма впервые возникают наиболее основные черты характера, которые лишь дополняются и развиваются под влиянием дальнейших жизненных условий. Наконец, в этом же возрасте складываются те или другие склонности, которые имеют существенное значение для всего дальнейшего развития будущей личности. Ясно, что для создания будущей личности огромное значение имеет, какое направление дать этим склонностям при самом первом их появлении, в их первоначальных задатках. При этом особенно важно обставить этот возраст первого детства такими условиями, которые устраняли бы неправильное развитие нравственной сферы ребёнка.

Невнимательное отношение к возрасту первого детства отражается губительно на всей жизни человека. Многие из лиц, родившиеся при самой благоприятной наследственности и имевшие наилучшие условия для своего здоровья и нравственных влияний в позднейшем возрасте, остаются

искалеченными в физическом и нравственном смысле, так как в возрасте первого детства, которое протекая при неблагоприятных условиях для физического развития и при условиях дурного воспитания, именно и создало почву для развития ненормального или болезненного состояния.

В основе воспитания как самое первое и главное условие успеха должен лежать сердечный подход к ребенку. Чем ближе подошел воспитатель к ребенку, чем искреннее их взаимные отношения, тем надежнее фундамент воспитания. Однако, не забывая при этом про «золотую середину».

Далее несколько слов о «вечной», но тем не менее всех волнующей теме – о взаимоотношениях семьи и школы. Когда случается что-то неладное с ребятами и начинают доискиваться причин этого, одни утверждают: это школа виновата, она обо всем должна позаботиться, ей принадлежит главная роль в воспитании. А другие, напротив считают, что школа в основном все-таки учит, а воспитывать должна семья. Если говорить образно, семья и школа – это берег и море. На берегу ребенок делает свои первые шаги, получает первые уроки жизни, а потом перед ним открывается необозримое море знаний, и курс в этом море прокладывает школа. Это не значит, что он должен оторваться от берега – ведь и моряки дальнего плавания всегда возвращаются на берег, и каждый моряк знает, как он обязан берегу.

Возвращаясь к нашей действительности, можно однозначно сказать, что главная роль в воспитании ребенка принадлежит семье. А в школе происходит интенсивное формирование интеллектуальных и познавательных сил, опосредствуется вся система отношений ребенка с окружающими.

Любовь или увлечение в подростковом возрасте не является чем-то новым, испытываемым впервые. Одни любят, еще будучи детьми, другие еще будучи детьми, уже смеются над любовью.

Девочки раньше начинают преображаться и щеголять своей единственной привилегией. Она раньше созревает для любви, он – для интрижки, она – для супружества, он – для борделя, она – для материнства, он – для совокупления: «наподобие мух, – как говорил А.И. Куприн, – которые на секунду сцепились на оконной раме, а потом с глуповатым удивлением поскребли себя лапками по шее и разлетелись навеки».

Тяга женского пола к мужскому, и наоборот, свойственна человеческой природе. Юноши и девушки, с раннего возраста культивирующие в себе тягу к противоположному полу, не дожидаясь, когда придет супружество, лишают себя душевного покоя, который влияет на их будущую жизнь.

Слово «воспитание» вызывает обыкновенно в уме представление только о культуре детства; действительно, так как этот первый период жизни является для человеческого существа только подготовкой к периодам, которые должны за ним последовать, то естественно, что с ним особенно тесно связываются идеи воспитания. А между тем воспитание, особенно та часть его, которой мы сейчас занимаемся, отнюдь не ограничено детством: оно должно следовать за человеком в продолжение всего его существования, как это ни странно звучит. Действительно, если впечатления не поддерживать непрерывно, если не возобновлять их в человеке после его вступления в активную жизнь, то они скоро переходят в состояние смутных воспоминаний, а через некоторое время

даже совершенно стираются при наличии многочисленных фактов, имеющих отношение к индивидуальному положению человека, – фактов, способных поглощать все его внимание и требовать затраты всей его энергии. Мало того, если человек начнет тогда размышлять над нравственными правилами, которые ему преподавали, то может случиться, что он не поймет больше ни приличия их, ни смысла, ни пользы и даже сочтет их противоречащими фактам, которые его поражают и которые он считает необходимыми. Следовательно, для того чтобы впечатления первого воспитания сохранили свое влияние, нравственное воспитание не должно прекращаться в течение всей жизни индивидов.

### Литература

1. Бехтерев В.М. Вопросы воспитания в возрасте первого детства [Текст] / В.М. Бехтерев. – СПб.: Типография Б.М. Вольфа, 1909. – С. 5-7.
2. Изложение учения Сен-Симона [Текст] / А. Сен-Симон; перевод с фр. // Хрестоматия по истории педагогики. – М.: Учпедгиз, 1940. – Т. 2. – Ч. 1. – С. 498-499.
3. Кащенко В.П. Исключительные дети: Дети нервные, трудные и слабоодаренные. Их изучение и воспитание [Текст] / В.П. Кащенко, Г.В. Мурашев. – М.: Работник просвещения, 1926. – С. 95-103.
4. Корчак Я. Как любить ребенка [Текст] / Я. Корчак; перевод с польск. – М.: Книга, 1980. – С. 391-393, 399-409.
5. Навстречу друг другу [Текст] / Л.А. Кассиль // Увидеть будущее: сб. ст. / сост. Е.А. Таратуга. – М.: Педагогика, 1985. – С. 90-93.
6. **Паисий** (Эзнепизис Арсений; схимонах Афонский; 1924-1994). **Слова** / Блаженной памяти **старец Паисий** Святогорец ; перевод. с греч. иеромонаха Доримедонта [Сухинина]. – 2. изд., испр. и доп. – Суроти, Салоники : Монастырь св. ап. и евангелиста Иоанна Богослова – М.: Святая гора, 2005 – Т. 4: Семейная жизнь. – 2005. – 328 с.
7. Предметный метод обучения [Текст] / В.П. Вахтеров // Учителю начальной школы: сб. ст. / сост. Н.Г. Казанский [и др.] – М.: Просвещение, 1964. – С. 270-272.

### **СОХРАНЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОО, ШКОЛЫ И СЕМЬИ. ЗАЧЕМ ХВАЛИТЬ РЕБЕНКА?**

*Кернер О.А., Ахтырская Ю.В., Тунина Е.Г.,  
Журавлева Н.В.*

**ГБДОУ детский сад № 62 Приморского района Санкт-Петербурга  
ГБДОУ детский сад № 54 Приморского района Санкт-Петербурга  
ГБОУ школа № 555 Приморского района Санкт-Петербурга**

Одобрение и похвала педагога рождает у ребенка чувство гордости, собственного достоинства. Отсутствие таковых ведет к переживанию огорчений, стыда.

Частые обращения к педагогу говорят о том, что ребенок действительно хочет получить одобрение при каждом самостоятельном решении практической задачи.

Одной из основных задач педагога должно стать понимание видов воздействий на ребенка.

Можно разделить все виды воздействия педагога на две группы — сближающие и разделяющие контакты. К первым относятся одобрение, поощрение самостоятельности, похвала, просьба, юмор, совет, предложение; ко вторым — замечания, насмешки, ирония, упреки, морализирование, повышенная интонация, окрик, угроза, оскорбления, придирки.

Похвала — один из самых сильных аргументов педагога. Следует так организовать ситуацию в детском коллективе, чтобы часто, но оправданно использовать похвалу. Однако нужно тщательно соблюдать два простых принципа при использовании похвалы:

1. Похвалу нужно высказывать по конкретному поводу, а не вообще.
2. Учитывая, что похвала влияет на самооценку и Я-концепцию, хвалить нужно открыто. При удобном случае нужно хвалить ребенка заинтересованным взрослым и родителям.

Необходимо выделить особое влияние семьи на формирование личности ребенка.

Семья на начальных стадиях жизни ребенка выступает в качестве главенствующей структуры, влияющей на всю жизнедеятельность и развитие ребенка.

Большое влияние на самооценку любого человека оказывает одобрение, похвала или неодобрение любых его действий.

Функции похвалы – одобрить приемлемое в данном обществе поведение; дать понятие о хороших поступках; формировать положительную самооценку ребенка; закрепить положительный навык у ребенка.

Ребенок с положительной самооценкой будет легче шагать по жизни, сможет противостоять сложностям и превратностям судьбы. Сформированные похвалой модели положительного поведения сделают его любимым в обществе, что еще больше поможет ему быть успешным!

Похвала чрезвычайно важна для ребенка.

Однако чтобы научиться правильно хвалить своего ребенка, необходимо учиться этому.

К сожалению, в современном обществе, отчуждение детей и родителей является одной из причин отсутствия условий для похвалы.

Поведение ребенка в целом может казаться родителям плохим и недостойным похвалы, и на этом фоне поощрение малых успехов представляется родителям неуместным.

На самом деле, именно создание условий для похвалы, является самым большим трудом для родителя.

Для создания условий для похвалы, можно прибегнуть к некоторым методам:

Все делать вместе, особенно в начале, потому что ребенку всегда трудно начинать что-то делать.

Чаще повторять желательные действия, постепенно уменьшая количество подсказок и помощи.

Разделить путь к желаемому поведению (результату) на маленькие шаги.

Сначала следует просить выполнить легкое и любимое задание, за выполнение которого можно похвалить, а уже затем более сложное и новое для ребенка.

Позитивное подкрепление, очень сильное средство для формирования желательного поведения, создания условий для достижений в каком либо деле.

Термин позитивное подкрепление обозначает использование подкрепляющих (стимулирующих) результатов с целью повышения вероятности хорошего поведения в будущем.

Существует несколько типов положительных стимулов, которые можно использовать в качестве позитивного подкрепления.

Эффективная похвала – эмоциональное выражение, точное определение желательного поведения и ласка.

Объятие – это невербальный компонент, который вместе со словами усиливает положительный стимул.

Призовые очки, звездочки, стикеры и т.д. Они могут эффективно стимулировать ребенка, если в начале процесса одной похвалы недостаточно. Набрав определенное количество жетонов, ребенок может потом обменять их на какой-нибудь приз или возможность (лечь спать попозже, выбрать блюда для семейного обеда, составить расписание выходного дня с родителями и т.п.).

Таблица записи достижений – примерно то же самое, что и система очков. Нужно определить:

1. Желательное поведение (действие) ребенка.
2. Количество очков (звездочек и т.д.), которые ребенок может выиграть за определенное действие.
3. Вознаграждение (на что можно обменять очки).
4. Количество очков для получения той или иной награды.

Необходимо помнить, что к любому призу прилагаются внимание и похвала – сильные стимулы сами по себе.

Родителям стоит научиться обращать внимание на желаемое поведение и высказывать одобрение в виде позитивного утверждения, улыбки, поощрительной ласки. Часто требуется приложить сознательные усилия для того, чтобы привыкнуть обращать внимание именно на желательное поведение, а не на нежелательное.

Похвала может быть исключительно действенной. Но чтобы она повлияла на изменение поведения, необходимо применять похвалу особым образом.

1. Вознаграждение (похвала) должно быть выдано сразу после того, как произойдет желательное действие.

Поведение и подкрепление должны быть тесно связаны во времени.

2. Нужно решить, какое именно поведение или поступок подкреплять похвалой, чтобы увидеть его в будущем.

3. Можно и нужно хвалить развернуто.

Ребенок всегда должен понимать, за что именно его хвалят. Следует описать ребенку то, чего он уже достиг, даже если эти достижения незначительны. Это вселяет уверенность и желание продолжать старания.

4. Похвала должна быть ласковой физически и вербально.

Имеют значение интонация, мимика, жесты, объятия, поцелуи, улыбка, счастливые глаза родителей, в которых радость и гордость за ребенка (т.е. эмоции, которые вкладываются в похвалу).

5. Маленьких детей хвалить восторженно, чем старше ребенок, тем сдержаннее должна быть похвала (особенно это касается подростков).

6. Формируя желательное поведение, стимулируют каждое его проявление.

Желательное поведение будет проявляться чаще и быстрее сформируется привычка, если поощрять ребенка за каждое или почти за каждое правильное действие.

7. Похвала не только за результат, но и за процесс.

Хвалить нужно за старания, за усилия, которые ребенок прикладывает. Если эти усилия ничем не подкрепляются, ребенок быстро сдастся.

8. Предложение позаниматься «вместе» – хорошее предопределяющее условие

Родитель разделяет задание с ребенком, а не приказывает ему сделать что-то.

Следует демонстрировать ребенку свою любовь и поддержку, радость от общения с ним – это все создает у него ощущение безопасности и связи с родителями. Это необходимо для нормального развития и создает базу для хорошего поведения и возможности похвалы.

Похвала бывает разная. И в каждой семье есть свои особенности, традиции.

Кто-то в конце дня подводит итоги и еще раз хвалит ребенка, у кого-то есть свои семейные ласковые словечки. Главное в похвале то, что дети получают от родителей обратную связь на свои поступки. Это мотивирует их двигаться дальше и достигать большего, развиваться и самоактуализироваться, выходить на более высокие потребности, а значит, расти счастливее.

### Литература

1. Литвиненко С. Ребенок и среда: проблемы взаимодействия / С. Литвиненко, В. Ямницкий // Гуманитарный вестник: научно-теоретический журнал. – 2003. – Выпуск 3. – С. 215-220.

2. Немов Р.С. Психология: [словарь-справочник: в 2 ч.] Ч. 2 / Р.С. Немов. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 685 с.

3. Зачем, за что и как хвалить ребенка. Неожиданные результаты воспитания похвалой / Карло Ротелла, Алан Каздин – М.: «Эксмо», 2013.

4. Идеальные родители за 60 минут. Экспресс-курс от мировых экспертов по воспитанию / Э. Мазлиш – М.: «Эксмо», 2013.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ НА ПРИМЕРЕ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

*Коньшина Ю.Е.*

**ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»**

Психологическая помощь семье – важнейшая область деятельности социального работника. Профилактика правонарушений, работа с проблемами социальной дезадаптации, выявление психологических ресурсов личности и многие другие области социальной работы напрямую связаны с семейной ситуацией. Социальные работники-психологи должны знать современные теоретические взгляды на семью и на роль семейных факторов в возникновении социальной дезадаптации. Основной целью данной статьи является представление теоретических основ семейной психотерапии и практических принципов психологической коррекции взаимоотношений в семье.

При работе с семьей психологи традиционно использовали общие принципы консультирования и психотерапии. Однако этих знаний при работе с семьей не всегда бывает достаточно. Семья развивается и функционирует по своим законам, которые специалисту необходимо знать и учитывать. В настоящее время вместе с расширением и интенсификацией развития служб семьи в Республике Башкортостан продолжается процесс совершенствования психологической помощи семье. Все больше привлекаются знания из системной семейной психотерапии, давно и успешно зарекомендовавшей себя как эффективный метод работы с семьями в западных странах.

Все большее число клинических наблюдений приводит к выводу, что семейная терапия должна быть ориентирована на семью в целом. Этот вывод сначала опирался на наблюдения, показавшие, как члены семьи реагируют на индивидуальное лечение одного из членов семьи, обозначенного как "шизофреник". Но дальнейшие исследования показали, что и семьи с малолетними правонарушителями реагируют на индивидуальное лечение этого члена семьи таким же образом. В обоих случаях оказалось, что другие члены семьи мешали индивидуальному лечению "больного" члена семьи, пытались включиться в лечение или саботировали его, как будто семья была заинтересована, чтобы он оставался "больным". Во-вторых, госпитализированный или заключенный пациент часто чувствовал себя хуже или регрессировал после посещения членами семьи, как будто семейное взаимодействие имело прямое влияние на его симптомы. В-третьих, другим членам семьи становилось хуже, когда пациенту становилось лучше, как будто болезнь одного из членов семьи была необходима для функционирования этой семьи. Эти наблюдения заставили многих исследователей, ориентированных на индивидуальное лечение, переоценить и подвергнуть сомнению некоторые предпосылки.

Семья – это естественная социальная система с определенными свойствами: набором правил, ролей, структурой власти, формами общения и путями разрешения проблем. Семейная терапия – это комплекс

психологических методов и приемов, направленных на психологическую коррекцию индивидуума в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений. Представители системной семейной терапии рассматривают семью как целостную систему. Понятие организации является ключевым для теории систем [2, 42].

Поскольку семья представляет собой набор элементов, находящихся в постоянных взаимоотношениях друг с другом, то можно сделать заключение, что семья «организована» вокруг этих взаимоотношений. Более того, можно сказать, что элементы системы взаимодействуют друг с другом предсказуемым, «организованным» образом. Организация, или структура, семьи складывается из совокупности семейных ролей, подсистем, внешних и внутренних границ, семейной иерархии.

В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и альтернативная. Под патологизирующими семейными ролями понимают такие, которые в силу своей структуры и содержания оказывают психотравмирующее воздействие на членов семьи.

Семейные подсистемы – это союзы внутри целостной семейной системы, которые выполняют определенные функции и преследуют цель сохранить как самих себя, так и систему в целом. Базис семьи – супружеская подсистема. Любые сбои в этой подсистеме отражаются на всей семье. Супружеская подсистема учит ребенка природе близких взаимоотношений и демонстрирует модель отношений между мужчиной и женщиной.

Родительская подсистема – это подсистема, которая занимается воспитанием детей и выполняет функции физического ухода, психологического сопровождения и контроля. Родительская подсистема может включать в себя не только родителей, но также и прародителей или старших братьев и сестер. Через взаимодействие с родительской подсистемой ребенок учится общаться со старшими (с «властью»), пока у него самого не разовьется способность к принятию решений и ответственности.

Подсистема сиблингов (братьев и сестер) представляет собой первую в жизни ребенка группу сверстников. Участие в этой подсистеме развивает навыки переговоров, сотрудничества и соревнования. Все подсистемы в целом способствуют развитию у ребенка навыков межличностного взаимодействия, которые станут особенно значимыми, когда ребенок выйдет в более широкий мир, за пределы семьи.

Границы очерчивают периметр системы, они также соединяют воедино элементы системы, защищают их от внешних стрессов и контролируют поступление информации извне и вовне. Границы между подсистемами – это описание пространственно-временной эмоциональной территории взаимоотношений. В нормальных семьях они ясно очерчены и проницаемы. Проницаемость границ делает возможным общение с внешней средой и с другими подсистемами. В случае жестких границ коммуникация между подсистемами резко ограничена, не происходит обмена информацией. При размытых границах не создаются условия для дифференциации подсистем, для выполнения различных ролей членами семьи. В этом случае стрессы,

переживаемые в одних подсистемах, легко иррадиируют на другие. Установление или слом границ – одна из центральных задач психологического вмешательства.

Одним из важных в семейной терапии является вопрос иерархии. Термин «иерархия» относится к организации семьи по параметру власти принятия решения. Власть принимать решения может быть связана в семье с полом, возрастом, уровнем образования и т.д. Некоторые терапевтические школы считают, что большинство проблем в семье связано с тем, что иерархические границы либо чрезмерно размыты, либо чрезмерно жесткие. Зачастую восстановление адекватной иерархии в семье (когда оба родителя объединены и несут ответственность) и четкое разделение уровней (подсистем) оказываются важным шагом на пути к решению проблемы.

Весь репертуар поведений и стилей отношений семьи отражает и способствует сохранению концептуальных рамок – «системы представлений», внутри которых семья существует. Система представлений – это способ семьи отражать и интерпретировать свой мир. Представления семьи о себе самой можно сравнить с линзами, сквозь которые семья воспринимает все происходящее. Система представлений семьи складывается из традиций, мифов, семейных преданий, ожиданий и предрассудков. Иногда система представлений выражается в том или ином семейном лозунге: «Отец всегда прав»; «Как только детям исполняется тринадцать, с ними хлопот не оберешься» и т.п. Система представлений семьи формируется и передается из поколения в поколение. Но она может и пересматриваться семьей в соответствии с изменившимися обстоятельствами.

Согласно системному подходу, единицей анализа в семье выступают не отдельные члены, а взаимоотношения между ними. Существуют различные классификации стилей взаимоотношений. Например, по параметру поведения выделяют: комплементарные взаимоотношения (строятся по принципу взаимодополнения); симметричные отношения (существуют у двух людей, обменивающихся однотипными реакциями: так, обмен оскорблениями либо комплиментами может расцениваться как симметричный); реципрокные отношения (у каждого партнера существуют области, в которых он считается экспертом). Каждый из описанных типов взаимодействия несет в себе как возможности гармонии, так и возможности дисфункций [1, 87].

Показаниями к семейной терапии является ситуация, когда семья не справляется с выполнением основных функций. Психологическая работа с семьей начинается с диагностического периода. При работе с семьей у психолога - социального работника обязательно должен присутствовать образ целостной семьи, даже если семья пришла на встречу в неполном составе.

К методам семейного обследования относят наблюдение, круговой опрос, метод составления семейного древа и т.д. Из психологических методов можно рекомендовать следующие методы обследования семьи: цветовой тест отношений (ЦТО), анализ семейных взаимоотношений (АСВ), методика «Сенсорные предпочтения в семье» [1, 88]. Для того чтобы овладеть практическими навыками работы с семьей, психологу или психотерапевту

необходимо пройти курс специального обучения под супервизией опытного семейного терапевта.

В процессе семейной системной терапии выделяют несколько этапов:

1. Присоединение психолога или психотерапевта к семье. Задача психотерапевта на этом этапе – объединение с семьей. На первых сессиях не следует анализировать мотивацию поведения участников, пользоваться оценочными суждениями, чтобы не блокировать личностный рост членов семьи.

2. Постановка целей. Задача психотерапевта – выявление правил и системы убеждений семьи, с помощью которых происходит регуляция семейных отношений.

3. Реконструкция семейных отношений. Работа семейного терапевта на этом этапе способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем.

4. Завершение психотерапии. Цель – отсоединение. О завершении психотерапии свидетельствует достижение сформулированных целей [3, 40].

Итак, мы рассмотрели теоретические основы системной семейной психотерапии, давно и успешно зарекомендовавшей себя как эффективный метод работы с семьями в западных странах.

Социальные работники призваны способствовать совершенствованию индивидуально-психологического подхода в работе по профилактике социальной дезадаптации.

Социальные работники-психологи, подготовку которых Башкирский государственный медицинский университет начал с 2007 г., должны знать основные принципы и методы психологической работы с семьей, что, с нашей точки зрения, позволит им расширить свои знания и представления о возможностях и способах психологической работы с личностью через семью и с помощью семьи.

### **Литература**

1. Александрова О.Н. Психология социальной работы / О.Н. Александрова, О.Н. Боголюбова и др.; под общей редакцией М.А. Гулиной – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.

2. Браун Дж., Кристежен Д. Теория и практика семейной психотерапии / Дж. Браун, Д.Кристежен. – СПб.: Питер, 2000.

3. Коньшина Ю.Е. Психологические основы социальной работы / Ю.Е. Коньшина – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», 2010. – 138 с.

# СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

*Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю.*

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

**Введение.** Современные подходы к оценке результатов лечения учитывают не только терапевтической динамику, но и социальное восстановление после проведенного лечения и реабилитации. Это имеет особое значение для больных ишемической болезнью сердца (ИБС), чей типологический личностный склад предполагает высокую работоспособность и мотивированность трудовой деятельности, особую значимость ее в системе жизненных ценностей [2; 4]. В то же время возвращение или не возвращение больных ИБС к трудовой деятельности определяется рядом объективных клинических и социально-психологических факторов, среди которых факторы семейного окружения играют важную роль. Изучение семейных факторов продолжения трудовой деятельности больных ИБС имеет значение для понимания механизмов адаптации личности к болезни, определения основных направлений психокоррекционной и социо-реабилитационной работы с больными. В связи с этим из совокупности исследованных ранее психологических и социальных факторов трудового прогноза при операциях на сосудах сердца [1; 3] выделены факторы, относящиеся к семейной сфере как наиболее значимой в системе отношений личности, и потенциально важные для продолжения трудовой деятельности после перенесенной операции.

**Цель исследования** – определение и сравнительный анализ прогностически благоприятных и неблагоприятных семейных факторов трудового прогноза в группах больных ИБС, перенесших разные виды механической реваскуляризации миокарда.

**Материал.** Исследование проведено в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург). Всего исследовано 111 больных ИБС: 48 чел., перенесших ангиопластику и стентирование коронарных артерий (СКА), 63 чел. – операцию коронарного шунтирования (КШ). Распределение изученных больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Демографические характеристики изученных больных ИБС

| Демографические характеристики | Больные ИБС – СКА (n=48) |      | Больные ИБС – КШ (n=63) |      | Всего (n=111) |      |
|--------------------------------|--------------------------|------|-------------------------|------|---------------|------|
|                                | Чел.                     | %    | Чел.                    | %    | Чел.          | %    |
| Пол: Мужчины                   | 39                       | 81,3 | 55                      | 87,3 | 94            | 84,7 |
| Женщины                        | 9                        | 18,8 | 8                       | 12,7 | 17            | 15,3 |
| Средний возраст (лет)          | 56,83±1,30               |      | 57,68±1,18              |      | 57,32±0,87    |      |

Среди изученных больных ИБС преобладали мужчины старшего трудоспособного возраста; группы больных (СКА и КШ) сопоставимы по демографическим характеристикам: статистически значимых различий по полу и возрасту выявлено не было. Анализ социальных факторов показал, что в обеих группах (СКА и КШ) преобладали лица со средним и законченным высшим образованием, проживающие в собственной семье и имеющие детей.

В анализ были включены 12 медико-биологических показателей (длительность ИБС, наличие и класс стенокардии, процент поражения коронарных артерий, наличие гипертонической болезни и ее клинические характеристики, наличие осложнений в анамнезе – инфаркта миокарда и нарушений мозгового кровообращения и др.). Статистически значимых различий по этим показателям между группами не выявлено, хотя, по оценке врача-кардиолога, больные, составившие группу КШ, характеризовались в целом большей тяжестью патологического процесса по сравнению с группой СКА.

В исследовании приняли участие лица трудоспособного возраста, до начала подготовки к оперативному вмешательству сохранявшие трудоспособность и фактически работающие. Программа включала выделение в каждой группе больных ИБС лиц, вернувшихся к работе в отдаленном послеоперационном периоде (через три месяца после КШ или СКА), и сопоставление этих лиц по психологическим характеристикам с неработающими больными. При этом данные пациентов, утративших трудоспособность по медицинским показаниям, в сопоставлении не использовались (исключались).

**Методы.** Для решения задач исследования использовался клинико-психологический метод, реализованный с помощью авторского структурированного интервью, касающегося таких значимых сфер функционирования личности, как семья, трудовая деятельность, взаимоотношения с окружающими, основные привычки и увлечения, а также отношения пациентов к болезни и предстоящему хирургическому лечению. Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью критерия  $\chi^2$ . Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 20.0 и Excel XP.

**Результаты.** На первом этапе исследования в группах СКА и КШ изучены и сопоставлены общие характеристики семейного статуса и семейных отношений. Выявлено, что среди всех изученных больных преобладают пациенты, проживающие в своей семье (83%); одиноки – 7,2%, являются вдовцами (вдовами) – 7,2%; в семье родственников проживают 2,7% больных ИБС. Отсутствие детей выявлено лишь у 6,3% пациентов. В основном в семьях обследованных был рожден один ребенок (49,5%). Причем пациенты, перенесшие операцию СКА, на уровне тенденции к статистической значимости ( $0,05 < p < 0,1$ ) чаще имели одного ребенка (60,4%) по сравнению с больными из группы КШ (41,3%). Двоих детей воспитывают 31,5% больных ИБС, а более, чем два ребенка, имеют 12,6% испытуемых. Более половины пациентов группы

СКА (52,2%) имеют внуков; в группе больных КШ, чей средний возраст оказался несколько выше (таблица 1), соответствующий процент составил 62,7%.

По данным клинико-психологического исследования, в обеих группах больных ИБС выявлено преобладание хороших и теплых семейных отношений. Изучение возрастного соотношения супругов показало, что в группе больных КШ супруг(а) чаще оказывается моложе пациента, чем в группе СКА ( $p < 0,05$ ), что имело отношение к принятию решения об операции с целью восстановления трудового статуса и активного социального функционирования.

На следующем этапе исследования в каждой из исследованных групп (СКА и КШ) были сопоставлены характеристики семьи в подгруппах больных с благоприятным и неблагоприятным трудовым прогнозом. В группе СКА из всей совокупности изученных характеристик прогностическим значением обладает мотив возобновления трудовой деятельности с целью поддержать экономическое положение семьи, который встретился у 36,4% больных, реально приступивших к работе через 3 месяца после СКА, и у 66,4% – не приступивших ( $0,05 < p < 0,1$ ). Таким образом, исключительно экономический мотив для поддержания семьи оказывается недостаточным для возвращения к труду после операции.

Сопоставление характеристик больных ИБС, работающих и неработающих после операции КШ, показало, что благоприятным прогностическим значением в отношении продолжения трудовой деятельности обладает меньший возраст супруги(а) по сравнению с возрастом пациента, который встретился у 83,9% пациентов, приступивших к трудовой деятельности через 3 месяца после операции, и у 62,5% – не приступивших ( $0,05 < p < 0,1$ ). В соответствии с этим выявлено благоприятное прогностическое значение мотива принятия решения об операции «сохранение и оптимизация сексуальной активности», который встретился у 54,3% пациентов, вернувшихся к трудовой деятельности после операции и у 32,1% – не вернувшихся ( $0,05 < p < 0,1$ ).

Прогностическим фактором продолжения трудовой деятельности для больных ИБС обеих групп оказался возраст младшего ребенка: чем меньше возраст, тем вероятнее возвращения пациента к трудовой деятельности после восстановительного лечения и реабилитации (через 3 месяца после операции). Учитывая зрелый возраст самих больных (таблица 1), можно сделать предположение, что одним из мотивов продолжения трудовой деятельности после операции СКА или КШ является необходимость оказания материальной помощи взрослым, но недостаточно самостоятельным детям.

Таким образом, при исследовании 111 больных ИБС в период подготовки к стентированию и шунтированию коронарных сосудов выделены семейные факторы благоприятного и неблагоприятного трудового прогноза (прогноза возвращения к прежней трудовой деятельности при отсутствии медицинских противопоказаний). Полученные данные могут быть использованы при психологическом сопровождении больных в период подготовки к высокотехнологичным операциям на сосудах сердца, а также в реабилитационном периоде после операции.

## Литература

1. Великанов А.А., Демченко Е.А. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические факторы в прогнозе социально-трудовой реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2012. – Серия 12. – Вып. 3. – С. 3-19.
2. Винокур В.А. Психологические факторы развития психосоматических заболеваний // Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А.А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – Гл. 6. – С. 176-204.
3. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические и социальные факторы трудового прогноза при операциях на сосудах сердца // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 3. – С. 55-66.
4. Friedman M., Rosenman R. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings // J. Amer. Med. Assoc. – 1959. – V. 165. – № 12. – P. 1286-1296.

## ОСОБЕННОСТИ САМООЩУЩЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОБСТВЕННОЙ СЕМЬЕ

*Лобурец В.А., Николаевская А.О.*

**Курский государственный медицинский университет**

В последние годы наибольшую актуальность приобретает психосоматический подход в определении причин возникновения и течения заболеваний у детей, которая в свою очередь обусловлена продолжающимся среди детского и подросткового населения ростом психосоматических заболеваний. По данным разных авторов от 20% до 60% детей обращаются за помощью к педиатрам с такими аллергическими заболеваниями, как бронхиальная астма, атопический дерматит и крапивница [8].

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся их гиперреактивностью, которое проявляется повторными эпизодами одышки, затруднения дыхания, чувства сдавления в груди и кашля, возникающими преимущественно ночью или ранним утром [2].

В специальной литературе последних лет подчеркивается влияние на развитие и формирование личности ребенка хронически протекающих психосоматических заболеваний. Исследователями отмечено, что для больных в отличие от здоровых детей характерны изменения на поведенческом, эмоциональном и личностном уровне, а также нарушение адаптации к социальной среде [3, 5, 7].

Среди многочисленных факторов, ведущих к возникновению бронхиальной астмы у детей, наиболее значимый вес имеют дисгармоничные, конфликтные отношения в семье, особенности воспитания, перенесенный психотравмирующий опыт, а также завышенные требования к возможностям ребенка со стороны родителей [1, 2, 4, 6].

Большое значение имеет фон неблагоприятных семейных отношений, который приводит к нарушению устойчивости ребенка к психотравмирующим событиям, дестабилизирует его эмоциональное состояние [9]. Любые негативные изменения в личной жизни родителей повышают риск заболевания у ребенка, и, зачастую, именно его болезнь является признаком семейной дисгармонии. Частой причиной психосоматических заболеваний у ребенка также являются конфликты в семье, неправильное воспитание, завышенные требования к возможностям ребенка со стороны родителей [3, 4].

В настоящее время проблема помощи детям, страдающим психосоматическими заболеваниями, остается не решенной, поскольку она разрабатывалась в основном в рамках медицины. В психологической науке накоплен достаточно большой опыт в области помощи детям с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, но проблема помощи детям с хроническими психосоматическими заболеваниями (в данном случае, бронхиальной астмой) остается открытой.

В основу настоящей работы легли результаты эмпирического исследования, в котором приняли участие на добровольной основе 40 детей в возрасте от 7 до 11 лет. Основную группу составили 20 детей, страдающих бронхиальной астмой, находившиеся на стационарном лечении в ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Курска ввиду декомпенсации состояния. В контрольную группу вошли 20 детей, не имеющих данной патологии.

При проведении исследования использовались следующие психодиагностические методы: «Фильм-тест», Р. Жиль (в адаптации И.Н. Гильяшевой и Н.Д. Игнатъевой), методика «Рисунок семьи», методика «Цветовой тест отношений», А.М. Эткинд. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 7.0.

В таблице 1 отражены результаты сравнения группы детей, страдающих бронхиальной астмой и здоровых детей по трем шкалам «Фильм-теста» Рене Жилия, направленных на изучение отношения ребенка к матери, к отцу и к родительской паре, по критерию U Манна-Уитни и описательной статистике.

Таблица 1

Результаты сравнения группы детей, страдающих бронхиальной астмой и здоровых детей по трем шкалам «Фильм-теста» Рене Жилия

| Переменные                    | p-level              | Среднее (больные) | Среднее (здоровые) | СКО (больные) | СКО (здоровые) |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|---------------|----------------|
| Отношение к матери            | <u>0,011330</u><br>* | 9,000000          | 7,300000           | 1,333333      | 1,251666       |
| Отношение к отцу              | 0,820596             | 4,400000          | 4,100000           | 3,134042      | 1,728840       |
| Отношение к родительской паре | <u>0,045155</u><br>* | 2,700000          | 4,100000           | 1,159502      | 1,595131       |

Как видно из табл. 1, статистически значимые различия были обнаружены по шкалам «Отношение к матери» и «Отношение к родительской паре». Так, дети с бронхиальной астмой более привязаны к матери, чем

здоровые дети, они стремятся к контакту с ней, испытывают негативные переживания при расставании, при этом отдалены, дистанцированы от отца. В целом дети, страдающие бронхиальной астмой, более негативно относятся к своей семье в целом, в отличие от здоровых детей.

В таблице 2 представлен результат частотного анализа с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона особенностей семейных отношений, полученных с помощью методики «Рисунок семьи».

Таблица 2

Результат частотного анализа данных, полученных с помощью методики  
«Рисунок семьи»

|                           | Благополучие отношений  |                   | Контакты в семье       |               | Субъективное ощущение себя |                       |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------|
|                           | Благополучные           | Неблагополучные   | Нормальные             | Дистантные    | Близость                   | Отчужденность         |
| Основная группа (n=20)    | 50%                     | 50%               | 50%                    | 50%           | 40%                        | 60%                   |
| Контрольная группа (n=20) | 80%                     | 20%               | 60%                    | 40%           | 90%                        | 10%                   |
| p-level                   | p=,15960                |                   | p=,65310               |               | p=,01908                   |                       |
|                           | Потребность во внимании |                   | Эмоциональные контакты |               | Конфликтность              |                       |
|                           | Удовлетворенная         | Неудовлетворенная | Достаточные            | Недостаточные | Неконфликтные отношения    | Конфликтные отношения |
| Основная группа (n=20)    | 20%                     | 80%               | 20%                    | 80%           | 90%                        | 10%                   |
| Контрольная группа (n=20) | 70%                     | 30%               | 80%                    | 20%           | 100%                       | 0                     |
| p-level                   | p=,02462*               |                   | p=,00729**             |               | p=,30490                   |                       |

Статистически значимые различия были получены по шкалам «Субъективное ощущение себя», «Потребность во внимании», «Эмоциональные контакты». Дети, страдающие бронхиальной астмой, в большинстве случаев чувствуют себя отчужденными от семьи, в отличие от здоровых детей, ощущающих свою близость с родными. Дети с бронхиальной астмой не чувствуют себя частью семьи как целого, воспринимают себя отдельными от неё.

У детей с бронхиальной астмой в анамнезе чаще, чем у здоровых, наблюдается наличие неудовлетворенной потребности во внимании. Это может говорить о том, что по субъективной оценке ребенка родители не обращают внимания на него, его потребности и желания.

Эмоциональные контакты в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, являются субъективно недостаточными для ребенка. Это говорит о том, что у ребенка снижена эмоциональная связь с родителями и эмоциональный отклик от них.

В результате проведенного исследования было установлено, что у большинства детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдаются негативные особенности семейных отношений. Такие дети статистически значимо чаще ощущают себя отчужденными от семьи, испытывают чувство одиночества ( $p=,01908$ ). При выполнении методики «Рисунок семьи» это проявляется в изображении себя в отдалении от родителей. Здоровые дети, изображали себя и родителей рядом, часто держащимися за руки, что расценивалось, как проявление близости с родными.

Болеющим детям была свойственна неудовлетворенная потребность во внимании со стороны родителей ( $p=,02462$ ). На рисунке это выражалось в изображении себя первым, тщательной прорисовке деталей (прически, пуговиц, карманов и т.д.), что свидетельствует о недостаточном внимании родителей по отношению к ним и стремлением обратить его на себя.

Во взаимоотношениях в триаде мать-отец-ребенок у детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдается недостаточность эмоциональной связи с родителями, отклика от них, что вызывает у них неприятные переживания ( $p=,00729$ ). На рисунке это изображалось в виде рук с «непрорисованными» кистями, отдаление, использование часто только одного темного цвета для рисования.

Было установлено, что детям с бронхиальной астмой свойственна большая привязанность к одному из членов семьи, в частности к матери, чем здоровым детям. Это проявляется в постоянном желании контакта с матерью. Дети испытывают отрицательные эмоции при расставании с ней.

Подытоживая вышеизложенное, хочется отметить, что работа, направленная на изучение психологических механизмов возникновения психосоматических заболеваний у детей, а также на разработку психологических методов помощи болеющим детям и их семьям будет способствовать развитию комплексного подхода к лечению психосоматических заболеваний.

### Литература

1. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: Автореф. докт. диссер. – СПб.: МАПО, 1998. – 394 с.
2. Внутренние болезни в 2-х томах: учебник / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, 2010. – 1264 с.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2008. – 960 с.
6. Кулаков С.А. Психосоматика. – СПб.: Речь, 2010. – 288 с.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во Московского университета, 1987. – 168 с.

8. Самсонова Е.И. Психокоррекция психоэмоциональных расстройств в системе лечебно-профилактических мероприятий у детей с респираторными аллергическими заболеваниями: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2007. – 24 с.

9. Смирнова С.В., Сергодеева В.А. Нарушение семейных отношений в генезе психосоматических заболеваний у детей / С.В. Смирнова, В.А. Сергодеева // Теория и практика общественного развития. 2007. № 6. – С. 67-69.

10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ И КОММУНИКАТИВНОЙ СФЕР МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС**

*Маремпольская Т.Ю.*

**ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский  
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»**

В современном мире с каждым годом неумолимо растет число детей с врожденными аномалиями развития, наследственными заболеваниями с поражением ЦНС, сообщение об отклонениях или болезни у ребенка вызывает у матерей острые эмоциональные реакции.

Эмоциональная и личностная сфера матери остается малоизученной проблемой в наше время. Для больного ребенка очень важны отношения с матерью. В зависимости от того, как мать реагирует на заболевание ребенка, как она о нем заботится, какое у нее актуальное эмоциональное состояние, у ребенка с детства формируется отношение к своему заболеванию, или внутренняя картина болезни.

Изучение индивидуально-личностных особенностей матерей, имеющих детей с хроническими заболеваниями ЦНС наследственного и ненаследственного генеза, взаимоотношения их с ребенком является крайне важным, т.к. это знание позволит разработать и оказывать грамотную психологическую помощь матерям, имеющим ребенка с аномалиями развития, так как от здорового психологического состояния матери, грамотного родительского поведения зависит дальнейшее психическое и физическое развитие, компенсация нарушения и социальная адаптация больного ребенка.

В данной работе были проведены оценка и описание стиля межличностного взаимодействия матерей с хронически больным ребенком, характера отношения к ребенку, особенностей их эмоционально-личностных и коммуникативных сфер.

В дальнейшем полученные данные могут быть использованы для определения направленности и адекватности применения комплекса психологической коррекции данной группы детей и членов их семей для обеспечения социальной адаптации и интеграции их в обществе.

Целью исследования является изучение особенностей эмоционально-личностных и коммуникативных сфер матерей, имеющих детей с

наследственными заболеваниями ЦНС и генетически неотягощенными оными, их социально-психологического отношения к больному ребенку с учетом возраста матерей и наличия в семье здорового ребенка.

Исследование проводилось на клинической базе кафедры – в Обособленном структурном подразделении «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, в отделениях врожденных и наследственных заболеваний детей с нарушениями ЦНС (наследственные заболевания) и психоневрологии (ненаследственные заболевания).

В исследование приняли участие родители – 160 матерей, имеющих детей с хроническими (наследственными) и ненаследственные заболевания ЦНС. Они были разделены на 2 группы: матери детей с наследственными заболеваниями и матери детей с ненаследственными заболеваниями ЦНС, учитывался возраст матерей (моложе 30 лет, старше 30 лет) и наличие в семье здорового ребенка.

#### Результаты исследования

Исследование эмоционально-личностной и коммуникативной сферы группы матерей детей с наследственными заболеваниями выявило у них низкий уровень экстраверсии. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характер эмоциональных реакций экспериментальных групп по опроснику «методика диагностики темперамента» Г.Ю. Айзенка

| Группа испытуемых                        | Шкалы        |                      |             |
|--|--------------|----------------------|-------------|
|  | Экстраверсия | Эмоц. неустойчивость | Искренность |
| 1 гр.: матери детей с наслед. забол. ЦНС | 10,4         | 14,7                 | 1,6         |
| 2 гр.: матери детей с ненасл. забол ЦНС  | 12,8         | 14,4                 | 2,4         |

Из таблицы 1 видно, что по шкале «экстраверсия» группа матерей, имеющих детей с ненаследственными заболеваниями ЦНС набрала большее количество баллов по сравнению с группой матерей, имеющих детей с наследственными заболеваниями, что свидетельствует о выраженности такой черты личности, как экстраверсии в группе.

И напротив, в группе матерей, имеющих детей с наследственными заболеваниями ЦНС, такая черта личности, как экстраверсия, менее выражена, данные различия подтверждаются статистически  $U_{эмп} = 456,5$   $p < 0,01$  (см. таблицу 2).

Таблица 2 – Степень достоверности (по U-критерию Манна-Уитни) полученных результатов по опроснику «методика диагностики темперамента» Г.Ю. Айзенка

| Значения | Шкалы |
|----------|-------|
|----------|-------|

|             |              |                         |                  |
|-------------|--------------|-------------------------|------------------|
|             | Экстраверсия | Эмоц.<br>неустойчивость | Искренность      |
| U эмп       | 456,5        | 739,5                   | 564              |
| p           | p < 0,01     | p > 0,05                | 0,01 < p < 0,05  |
| зона        | значимости   | не значимости           | неопределенности |
| усл. обозн. | ***          |                         | **               |

Низкий уровень экстраверсии, у группы матерей, имеющих детей с наследственными заболеваниями ЦНС, говорит о таком поведенческом типе реагирования, как погруженность в свой внутренний мир, и нежелании вступать в контакт с окружающими, низком стремлении к взаимодействию с людьми и направленности на субъективное переживание. При взаимоотношениях они выбирают стиль «невмешательство в дела других людей», что говорит об их отстраненности от окружающих их людей, нежелании вмешиваться в чужие проблемы. Матери этой группы обладают умеренным уровнем невербальной компетентности, что говорит о том, что они чувствительны к проблемам окружающих и могут прочитывать контекст межличностных отношений. В контактах с людьми они предпочитают занимать позицию «взрослого», что предполагает общение с партнером на равных, без ситуации доминирования или подчинения.

Преобладающим типом темперамента у этой группы матерей является меланхолический тип. Такие люди характеризуются как замкнутые, боязливые, тревожные, ранимые, чувствительные даже к слабым раздражителям, что видно из таблицы 3.

Таблица 3 – Соотношение темпераментов родителей экспериментальных групп по опроснику «методика диагностики темперамента» Г.Ю. Айзенка (%)

| Группы испытуемых                        | Типы темперамента |           |            |           |
|--|-------------------|-----------|------------|-----------|
|  | Холерик           | Сангвиник | Меланхолик | Флегматик |
| 1 гр.: матери детей с насл. забол. ЦНС   | 35                | 0         | 60         | 5         |
| 2 гр.: матери детей с ненасл. забол. ЦНС | 35                | 37,5      | 17,5       | 10        |

Группа матерей, имеющих детей с ненаследственными заболеваниями демонстрирует высокий уровень такой личностной черты, как экстраверсия, наличие большего количества социально желательных ответов и более высокие показатели общей устремленности к взаимодействию, что говорит об их устремленности к контактам с людьми, открытости к общению и желании создать о себе социально желательный образ.

При этом у них высокий уровень невербальной компетентности, что видно из таблиц 4, 5.

Таблица 4 – Оценка уровня перцептивно-невербальной компетентности у экспериментальных групп по результатам методики «определение уровня перцептивно-невербальной компетентности» (Г.Я. Розен)

| Группы испытуемых                                       | Уровень перцептивно-невербальной компетентности (кол-во баллов) |
|---|---|
| 1 группа: матери детей с наследствен. заболеваниями ЦНС | 6,2   |
| 2 группа: матери детей с ненаследств. заболеваниями ЦНС | 7,9   |

Таблица 5 – Степень достоверности (по U-критерию Манна-Уитни) сравнения полученных результатов экспериментальных групп по методике «определение уровня перцептивно-невербальной компетентности» (Г.Я. Розен)

| Значения    | Уровень невербальной компетентности |
|-------------|-------------------------------------|
| U эмп       | 277                                 |
| p           | $p < 0,01$                          |
| зона        | значимости                          |
| усл. обозн. | ***                                 |

Данные результаты свидетельствуют о поглощенности этой группы матерей делами других людей, невнимании к своим собственным проблемам, но несмотря на это, умении прочитывать контекст межличностных отношений. Преобладающим типом темперамента у этой группы матерей является сангвинический тип. Люди данного типа характеризуются как эмоциональные, умеющие быстро приспосабливаться к новым условиям, общительные, но не отличающиеся постоянством в общении и привязанности.

Группа матерей, имеющих детей с наследственным заболеванием ЦНС, во взаимоотношениях с ребенком, характеризуется высоким уровнем принятия своего ребенка таким, какой он есть, высокой симбиотической связью и отсутствием эмоциональной дистанции между матерью и ребенком, что говорит о том, что такие родители считают себя с ребенком единым целым, они постоянно ощущают тревогу за ребенка, стремятся самостоятельно удовлетворять потребности ребенка во всем, говорят, что ему необходимо, ограничивая тем самым его свободу. Такие родители не считают себя авторитетными в воспитании детей, они не сильно удовлетворены отношениями с ребенком, а неудачи ребенка записывают на счет ребенка, считая, что они происходят по его вине. В воспитании стараются придерживаться консервативных принципов, воспитывая ребенка по своему образу и подобию, для жизни, в которой живут они сами, как будто их ребенок не принадлежит к другому поколению, считают, что уважение к людям

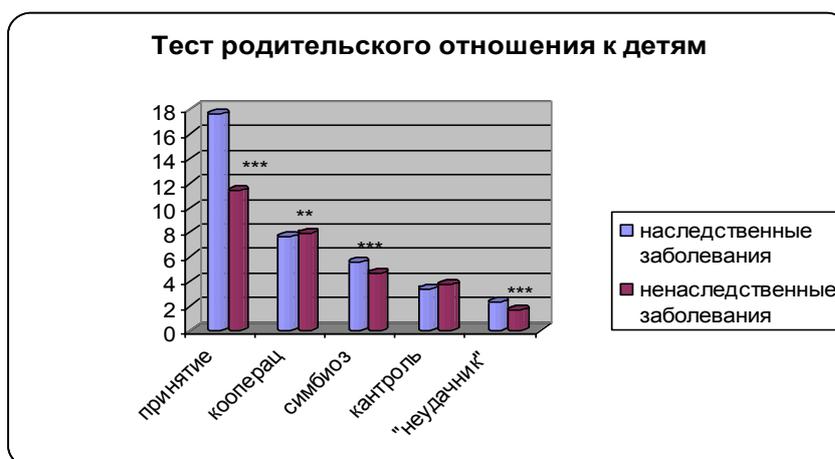
старшего возраста – лучшие качества, забывая о самостоятельности, уверенности в себе и творческих способностях.

Группа матерей, имеющих детей с ненаследственными заболеваниями ЦНС, характеризуется меньшим уровнем принятия своего ребенка таким, какой он есть, большей эмоциональной дистанцией с ребенком. Во взаимоотношениях у них не так сильно выражена симбиотическая связь с ребенком, и такие родители способны отпускать ребенка от себя для самостоятельного освоения пространства, они более строгие в воспитании ребенка и накладывают на него большее количество требований; считают себя авторитетными родителями, удовлетворены отношениями с ребенком, а неудачи ребенка считают случайными и верят, что у него все получится (см. таблицу 6, гистограмму 1).

Таблица 6 – Способы родительских отношений с ребенком у экспериментальных групп по результатам методики «исследование родительского отношения к детям»

| Групп. испыт.                            | Шкалы    |            |         |          |             |
|--|----------|------------|---------|----------|-------------|
|  | Принятие | Кооперация | Симбиоз | Контроль | "Неудачник" |
| 1 гр.: матери детей с насл. забол. ЦНС   | 17,6     | 7,6        | 5,5     | 3,4      | 2,3         |
| 2 гр.: матери детей с ненасл. забол. ЦНС | 11,4     | 7,9        | 4,7     | 3,7      | 1,6         |

Гистограмма 1. Способы родительских отношений с ребенком у экспериментальных групп по результатам методики «исследование родительского отношения к детям» (А.Я. Варга, В.В. Столин).



## Выводы.

1. Хроническое заболевания ЦНС детей наследственного и ненаследственного генеза приводит к значительным изменениям

эмоционально-личностной и социально-коммуникативной сфер матерей, а именно таких характеристик как: уровень экстраверсии-интроверсии, индивидуальный тип реагирования, способы взаимодействия с людьми, общую устремленность к общению с окружающими и уровень невербальной компетентности.

2. Природа заболевания диктует отношение матери к больному ребенку и влияет на такие характеристики, как: принятие собственного ребенка таким, какой он есть, степень симбиотической связи, уровень эмоциональной дистанции между матерью и ребенком, отношение к проблемам ребенка, строгость требований, предъявляемых ребенку, удовлетворенность отношениями с ним и общий стиль воспитания ребенка.

3. Возрастные различия в группе матерей детей с наследственными заболеваниями ЦНС оказывают влияние на уровень невербальной компетентности и характеристики темперамента. Во взаимоотношениях с ребенком разница в возрасте у матерей нашла свое отражение в принятии своего ребенка, силе симбиотической связи, строгости в воспитании ребенка и стиле воспитания.

4. Наличие же в семьях здоровых детей у группы матерей, имеющих детей с заболеваниями ЦНС генетического характера, значимо для уровня экстраверсии, развития общей устремленности к взаимодействию и уровня невербальной компетентности. В отношениях же с больным ребенком наиболее значимыми стали такие показатели, как: эмоциональная близость, последовательность и удовлетворенность отношениями с ребенком, а также выбор определенного стиля воспитания детей.

5. Возрастные различия в группе матерей, имеющих детей с ненаследственными заболеваниями, оказали влияние на особенности индивидуального типа реагирования испытуемых. Во взаимоотношениях с ребенком этот фактор значим для степени принятия своего ребенка и стиля воспитания.

6. Наличие же у семей (без генетического носительства заболевания) здоровых детей сказывается на характеристиках темперамента матерей, индивидуальном стиле реагирования, экстраверсии-интроверсии и развитии устремленности к взаимодействию с людьми. Во взаимоотношениях с ребенком этот фактор значим для уровня требований, предъявляемых к больному ребенку, и для выбора стиля воспитания.

## Литература

1. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2011.
2. Варга А.Я. Современный ребенок. Энциклопедия взаимопонимания. – М.: Прагматика культуры, 2006.
3. Выготский Л.С. Проблема возраста // Собр. соч.: В 6 т. – Т. 4 // М.: Педагогика, 1984. – С. 324.
4. Горячева Т.Г., Солнцева И.А. Личностные особенности матери ребенка с отклонениями в развитии и их влияние на детско-родительские отношения // Материалы II Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи»; в 3 частях. – Ч. 1 / под ред. Шабельникова В.К., Лидерса А.Г. – М., 2005. – С. 285-298.
5. Гусалова М. Н., Стуре Т.К., Обухова Л.Ф. Феномен эгоцентризма у подростков-инвалидов // Вопросы психологии. 2001. № 3. – С. 40-49.
6. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 3. – С. 28-36.
7. Hammen C. Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers. New York, NY: Springer; 1991.
8. Patterson J. M. A family system perspective for working with youth with disability. *Pediatrician* 1997. – С. 129-140.
9. Вельтищев Ю.Е., Темин П.А. Наследственные болезни нервной системы. – М.: Медицина, 1998. – С. 496.
10. Николаева Е.А. Наследственные нарушения обмена аминокислот и органических кислот, сопровождающиеся судорожным синдромом. – В сб. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей / Под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой. – М.: «Медицина», 1999. – С. 414-485.
11. Троицкая Л.А. Динамика психического развития детей с фенилкетонурией под воздействием медико-психологической коррекции: Дисс. кан. псих. наук. – М., 1993. – С. 160.
12. Вельтищев Ю.Е., Казанцева Л.З., Семячкина А.Н. Наследственные болезни обмена веществ: Наследственная патология человека / под ред. Ю.Е. Вельтищева, Н.П. Бочкова. – М., 1992. Т. 1. – С. 41-101.
13. Практическая психодиагностика. Методики и тесты // ред.-сост. Райгород-Прибрам К. Языки мозга. – М., 1975. – С. 89-95.

## НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

*Миланич Ю.М.*

**Санкт-Петербургский государственный университет**

Проблема психологического благополучия семьи ребенка с нарушением развития приобретает все большую актуальность. Социальные преобразования, тенденции гуманизации специального образования, опыт западноевропейских стран сделали широко востребованной идею перехода от помощи,

центрированной на ребенке, к семейно-ориентированному вмешательству, когда объектом помощи становятся не только дети, но и их родственники.

Особые потребности ребенка с нарушенным развитием определяют высокий риск нервно-психического напряжения, снижать который родственник и вся семья в целом могут как конструктивным, так и неконструктивным способом. Следствием второго пути являются различные дисфункции: дисгармония детско-родительских и супружеских отношений, психологическое неблагополучие родителей и здоровых сиблингов, нарушение внесемейных отношений в виде изоляции от социума, оценки его как враждебного, опасного, противоборства с ним и др. Это определяет необходимость психологической (психотерапевтической) помощи, которая должна осуществляться на отделениях патологии новорожденных, в службах раннего вмешательства, коррекционных и инклюзивных образовательных учреждениях, реабилитационных центрах, медико-психолого-педагогических консультациях.

Цель данного сообщения – представить различные подходы психологической помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития.

В наиболее общем виде цель психологической помощи «особой» семье может быть определена как устранение или смягчение симптомов психологического неблагополучия ее членов, нарушений внутрисемейных и внесемейных отношений для создания оптимальных условий для развития как самого ребенка-инвалида, так и его ближайших родственников (родителей, братьев, сестер). Конкретные задачи формулируются по-разному в различных направлениях психологической помощи. Во многом это связано с особым ответом на вопрос, что считать нормой, индивидуальным своеобразием, а что – нарушением семьи, какие особенности ее членов следует корректировать, а какие – признать как сильные стороны, требующие развития.

Психоаналитическая концепция стала теоретической основой работ по психотерапии матерей детей с умственной отсталостью и аутизмом [14, 15]. Их объединяет понимание переживаний женщин, узнавших о тяжелом нарушении ребенка, как проявлений «нарциссической раны» от потери долгожданного здорового ребенка. Родитель проходит несколько стадий горевания: отрицание, гнев, чувство вины, депрессию, принятие или адаптацию. Психоаналитик помогает пройти эти стадии до финальной, которая соотносится с освобождением «Я» от фиксации на потерянном объекте. Мишенью воздействия здесь становятся те стороны психики, которые мешают успешному прохождению стадий: внутрличностные и супружеские конфликты матери, происходящие из собственного детского опыта отношений с родителями и сиблингами; неосознаваемые защитные механизмы, которые способствуют фиксации горя и не позволяют точно вербализовать истинные мотивы поведения и чувства к ребенку и близким.

В поведенческом подходе психологической помощи семьям, воспитывающим детей с нарушением развития, можно выделить несколько векторов: 1) собственно психотерапевтическое направление, предполагающее обучение приемам релаксации в стрессовых ситуациях взаимодействия с

ребенком, навыкам эмоционально- и проблемно-фокусированного совладания [11]; 2) тренинг родительских умений, нацеленный на обучение родителей приемам модификации неадаптивного поведения и формирования необходимых навыков у детей [5, 13]. В подходе в большей степени делается акцент на изменениях на поведенческом уровне, в то время как без внимания остаются внутренние причины неблагополучия взрослых.

В ряде работ отмечается значительный потенциал когнитивно-поведенческого подхода в лице рационально-эмоционально поведенческой терапии (РЭПТ) в содействии родителям «особых» детей в совладании со стрессом. Специалисты РЭПТ исходят из следующих положений. Само по себе нарушение развития и высокие требования к родителю в ежедневных усилиях по удовлетворению обычных и особых потребностей ребенка, играют важную роль в возникновении психологического неблагополучия (деструктивных эмоций и способов поведения), но не являются их причиной. Психологическая проблема уходит корнями в иррациональные взгляды, которые, как правило, представляют собой абсолютистские, нереалистические требования долженствования, правила или ожидания по отношению к себе, другим людям и окружающему миру. В случае оспаривания таких установок с помощью логических, эмпирических и прагматических опровержений психотерапевтом, деструктивные следствия в эмоциях и поведении клиента могут корректироваться [7, 8, 10, 12]. Мишенями терапии в работе с родителями детей с особыми потребностями признаются иррациональные убеждения, формирующие отрицание или минимизацию тяжести состояния больного, страх за него и перед будущим, гнев в межличностном взаимодействии и чувство вины. К задачам относят формирование альтернативных переживаний и способов поведения: принятия ребенка и его диагноза, активную озабоченность, рациональную ассертивность и самопринятие.

С точки зрения представителей системного подхода, рождение детей с нарушениями развития дает начало кардинальным изменениям семейных функций [3, 4, 16]. Цель данного подхода психотерапии состоит в идентификации проблемы и перестройке структуры дисфункциональной семьи таким образом, чтобы она стала более гибкой и способной к альтернативным взаимодействиям родственников друг с другом и социумом. В работе с «особой» семьей цель достигается через решение следующих задач: 1) обеспечение для детей с нарушениями развития и здоровых сиблингов соответствующих возрасту условий для формирования автономии и общения вне семьи; 2) создание эффективной иерархической семейной структуры, в которой превосходство по авторитету и власти имеют родители, находясь в коалиции, а между супружеской и родительской подсистемами установлены четкие границы; 3) создание структуры семьи, в которой каждый ребенок, независимо от наличия нарушения, имеет равные права с братьями и сестрами, а детская подсистема отделена от супружеской и родительской; 4) формирование центрации на чувствах, связанных с заботой друг о друге и поддержкой, вместо отношений власти, контроля, соперничества; 5) помощь в осознании внутренних и поиске внешних ресурсов развития и совладания с трудностями.

Психологическим проблемам родственников детей с нарушениями развития отвечают положения концепции личности как системы отношений и вытекающая из нее личностно-ориентированная психотерапия В.Н. Мясищева. Основную мишень психотерапевтических воздействий можно определить как систему отношений членов семьи, нарушения которых проявляют себя в их психологическом неблагополучии и проблемном внутрисемейном и внесемейном взаимодействии: родителя и ребенка с дизонтогенезом, родителя и здорового сиблинга, матери и отца, ребенка с дизонтогенезом и здорового сиблинга, семьи и ближайшего окружения, семьи и общества (учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты и пр.). При этом воздействия психолога должны затрагивать три сферы отношений: когнитивную, эмоциональную и поведенческую [1, 2].

Анализ существующих психотерапевтических подходов в работе с семьей ребенка с нарушением развития позволяет заключить, что, являясь концептуальными источниками, предопределяя категориальный аппарат, задачи и методы работы, они, в конечном счете, дополняют друг друга, так как концентрируются на разных аспектах и проблемах внутриличностных и межличностных отношений членов семьи. Многоаспектность внутриличностных и межличностных отношений, их трехчленная структура (наличие когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов) определяет широкий круг задач психологической помощи. Их решение требует привлечения методов и техник из различных подходов.

#### **Литература:**

1. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008. 239 с.
2. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
3. Селигман М., Дарлинг Р.Б. Обычные семьи, особые дети. – М.: Теревинф, 2009. – 368 с.
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
5. Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professional / edited by Catherine Maurice. USA: PRO-ED. An International Publisher. 1996. – 400 p.
6. Buarque V., de Carvaiho L.M., Parry S.R. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers // J. pediatr. (Rio J). 2006. Vol. 82. N 4. – P. 295-301.
7. Ellis A., Bernard M.E. (Eds.) Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders. – New York: Springer. – 2006. – 474 p.
8. Greaves D. The Effect of Rational-Emotive Parent Education on the Stress of Mothers of Young Children with Down Syndrome // Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 1997. Vol. 15. № 4. – P. 249-267.

9. Jotzo M., Poets C.F. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention // *Pediatrics*. 2005. Vol. 115. – P. 915-919.
10. Joyce M.R. A Developmental, Rational-Emotive Behavioral Approach for Working with Parents. In: A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.), *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. - New York: Springer. 2006. – P. 177-211.
11. Linares-Gonzales L. A Supportive Training Program for Parents of Autistic Children. Carlos Albizu University. Miami, Florida, 2006. – 110 p.
12. McInerney J.F. McInerney B.C.M. Working with the Parents and Teachers of Exceptional Children // *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders* / edited by A. Ellis, M.E. Bernard. New York: Springer. 2006. – P. 369-384.
13. Sanders M. R., Markie-Dadds C., Turner K.M.T. Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P - Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence. Australia: The University of Queensland, 2003. – 24 p.
14. Simpson D. Psychoanalytic perspectives on emotional problems facing parents of children with learning disabilities // *Psychoanalytic Theory for Social Work Practice: Thinking Under Fire* / edited by M. Bower. London, New York, 2005. – P. 106-114.
15. Solnit A. J., Stark M. H. Mourning and the birth of a defective child // *Psychoanalytic Study of the Child*. New Haven, 1961. Vol. 16. – P. 523-537.
16. Turnbull A.P., Turnbull H.R. Family issues // *Handbook of Developmental Disabilities* / edited by S. L. Odom et al. London, New York, 2007. – P. 529-590.

## **ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СУПРУГОВ НА ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ**

*Миронова Е.А.*

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Семья является важнейшей социальной средой формирования личности и основным институтом психологической поддержки и воспитания, отвечающим не только за социальное воспроизводство, но и за воссоздание определенного образа жизни, образа мыслей и отношений.

В последние годы, как отмечают многие советские социологи и демографы, в развитии института семьи в нашей стране и за рубежом наблюдается ряд негативных явлений: все больше людей предпочитает не вступать в брак, увеличивается число одиноких мужчин и женщин, увеличивается количество альтернативных форм устройства собственной жизни, растет количество разводов, снижается уровень рождаемости, становится больше «неполных» семей, нарастает количество «повторных» браков, интенсифицируются сексуальные отношения вне института брака

и т.п. [6].

В связи с быстро меняющимися социально-политическими условиями общественной жизни и демографическим кризисом изучение факторов стабильности семьи и удовлетворенности браком, а также проведение исследований семьи становится приоритетным направлением, так как семья играет огромную роль в жизни как отдельной личности, так и всего общества [2]. Все это требует более глубокого понимания процессов, происходящих в современной семье, с целью использования этих знаний как для оптимизации межличностных отношений семьи при оказании консультативной помощи, так и при подготовке молодежи к браку.

В данной работе мы исследовали взаимосвязь удовлетворенности браком и самооценки супругов.

Анализ литературных источников показал, что вопросы, имеющие отношение к качеству брака, удовлетворенности супругов семейными отношениями, само понятие качества брака, исследованы недостаточно [10].

В классификации факторов, влияющих на качество семейно-брачных отношений, удовлетворенность браком супругов, в недостаточной степени уделено внимание таким показателям как темперамент супругов, типы отношения к окружающим, самооценка, взаимооценка, уровень интеллектуального развития и пр.

В то же время известно, что низкая самооценка сопровождается сильным чувством тревоги и неуверенностью в себе, отсутствием адекватных представлений о достоинствах и недостатках (как своих, так и чужих) [8]. Человек с низкой самооценкой возлагает большие надежды на других, требует излишнего внимания, но вместе с тем он полон страха, он готовится к разочарованиям и не доверяет людям. Все это, безусловно, будет сказываться на отношениях между супругами и их удовлетворенности браком. В связи с этим нам представляется важным изучение взаимосвязи удовлетворенности браком с самооценкой супругов в молодой семье.

Для решения данной задачи нами были использованы следующие методы: опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова и Г.П. Бутенко), методика исследования самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев), математические методы статистической обработки полученных данных.

*Объект* исследования – студенческая семья.

*Предмет* исследования – характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и самооценкой супругов.

В исследовании приняли участие 17 семейных пар, 34 человека, 17 мужчин и 17 женщин, стаж совместной жизни которых менее 4 лет. Возраст испытуемых от 18 до 23 лет, образование – неполное высшее.

Исследование проходило в несколько этапов.

На первом этапе мы оценивали удовлетворенность браком наших респондентов. Результаты исследования выявили высокий уровень удовлетворенности браком у большинства респондентов.

При этом показатели удовлетворенности браком у мужчин оказались

несколько выше, чем у женщин (на нашей выборке испытуемых).

На втором этапе мы исследовали уровень самооотношения мужчин и женщин.

Сравнительный анализ по U-критерию Манна – Уитни выявил значимые различия в самооотношении мужчин и женщин по шкалам: самоуверенность и самопривязанность. Мужчин отличает большая самоуверенность и самопривязанность. Мужчины отличаются большей самоуверенностью. Они отчетливее переживают собственное «Я» как внутренний стержень, интегрирующий и организующий их личность и жизнедеятельность, считают, что их судьба находится в их собственных руках; чувствуют обоснованность и последовательность своих внутренних побуждений и целей. У мужчин преобладает отношение к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому и надежному человеку, которому есть за что себя уважать. Мужчин отличает большая самопривязанность, которая характеризуется удовлетворенностью собой, ригидностью «Я-концепции», консервативной самодостаточностью, нежеланием меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Женщины, напротив, больше склонны к внутренней конфликтности, сомнениям, несогласию с собой, тревожно-депрессивным состояниям, сопровождаемым переживанием чувства вины. Также для женщин характерна неудовлетворенность собой, своими возможностями, самообвинение; они стремятся к постоянным изменениям, к соответствию своему идеалу.

На третьем этапе исследовался характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и шкалами самооотношения. Для этого мы использовали корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена).

Были получены следующие результаты: существует статистически значимая прямо пропорциональная корреляционная связь между удовлетворенностью браком и отраженным самооотношением у женщин (коэффициент корреляции Спирмена  $r=0,63$ , при  $p<0,01$ ). Следовательно, удовлетворенность браком у женщин находится в прямой зависимости от их представлений о способности вызвать у других людей уважение, симпатию, одобрение, а также ощущение ценности собственной личности и предполагаемую ценность собственного «Я» для других. Чем ниже жена оценивает свое собственное «Я» по отношению к социально-нормативным критериям моральности, успеха, целеустремленности, социального одобрения и т.п., тем меньше она удовлетворена браком.

На четвертом этапе для дальнейшего рассмотрения проблемы взаимосвязи удовлетворенности браком и самооценки супругов мы объединили 7 шкал методики исследования самооотношения в 3 большие группы (самоуважение, аутосимпатия и внутренняя неустроенность). После чего вновь был проведен корреляционный анализ.

По результатам математической обработки были получены следующие данные:

1. Существует статистически значимая прямо пропорциональная корреляционная связь между удовлетворенностью браком и самоуважением у

женщин. То есть чем ниже жена оценивает свое собственное «Я» по отношению к социально-нормативным критериям моральности, успеха, целеустремленности, социального одобрения и т.д., тем меньше она удовлетворена браком.

2. Существует статистически значимая обратно пропорциональная корреляционная взаимосвязь между удовлетворенностью браком партнеров и внутренней неустроенностью. Чем сильнее у партнеров выражено негативное самоотношение, тем меньше они удовлетворены браком.

Однофакторный дисперсионный анализ ANOVA показал, что существует линейная связь между удовлетворенностью браком и самоуважением (т.е. с ростом самоуважения удовлетворенность браком возрастает).

Обнаруженные статистически значимые взаимосвязи между удовлетворенностью браком и шкалами самоотношения позволяют нам сделать вывод о взаимосвязи удовлетворенности браком и самооценки супругов в молодой семье.

В будущем мы планируем более глубокое изучение данной темы.

### **Литература:**

1. Андреева Т.В. Особенности и тенденции развития современной семьи / Т.В. Андреева // Ананьевские чтения, 2002. – СПб.: Изд-во СПб университета, 2002. – 463 с.
2. Андреева Т.В. Семейная психология: учебное пособие / Т.В. Андреева. – СПб.: Речь, 2004. – 244 с.
3. Социология семьи: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2007. – 640 с.
4. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия: Курс лекций. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
5. Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ / С.И. Голод – СПб: ТОО ТК «Петрополис», 1998. – 272 с.
6. Голод С.И. Социолого-демографический анализ состояния и эволюции семьи / С.И. Голод // Социс. – 2008. № 1. – С. 40-49.
7. Мюллер-Лиэр Ф. Формы брака, семьи и родства. Перевод с немецкого / Ф. Мюллер-Лиэр.; Пер.: Степанов И. – М.: П.Г. Дауге, 1913. – 94 с.
8. Пастухова М.В. Теоретические аспекты психологического изучения самооценки личности / М.В. Пастухова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук – 2010. Т. 12, № 5 (2). – С. 460-462.
9. Сатир В. Вы и ваша семья / В. Сатир. – М.: Апрель-пресс, 2013. – 288 с.
10. Сысенко В.А. Устойчивость брака: проблемы, факторы, условия / В.А. Сысенко. – М.: Мысль, 1981. – 199 с.

## **ПРИНЦИПЫ СОТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬЕ**

*Мулатова Н.А., Черненко Е.В.*

**ГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»**

В современной педагогической науке разработаны принципы воспитания детей, т.е. общие положения, отражающие рекомендации к организации и содержанию процесса формирования личности ребенка. К этим принципам относятся обязательность, комплексность и равнозначность. Обязательность – принципы воспитания не носят рекомендательный характер, а требуют полного практического воплощения. Если же они систематически нарушаются, это подрывает саму основу педагогики. Комплексность – основные принципы воспитания требуют одновременного фронтального применения в процессе формирования личности. Равнозначность – все принципы воспитания детей являются фундаментальными положениями, т.е. их невозможно отложить «на потом», разделить на главные и второстепенные.

Необходимо отметить, что вышеназванные принципы воспитания традиционно раскрывались и в многовековой традиции российской педагогики, и эти достижения не должны быть утрачены в современном обществе.

К сожалению, традиционный для России взгляд относительно взаимодействия трех основных компонентов педагогического процесса, а именно воспитания, обучения и образования в наши дни не принимается во внимание. Современные концепции школьного и вузовского образования, сосредоточиваясь главным образом на внешней деятельности, практически пренебрегают внутренним развитием обучающихся. В результате личность ребенка рассматривается не как самостоятельная ценность, а как придаток экономики, общего развития научно-технического процесса, недаром в современной педагогической науке появился даже термин «человеческий материал».

Однако еще К.Д. Ушинский, Н.И. Пирогов и многие другие основоположники российской педагогической науки высказывали мысли о том, что в воспитании ребенка приоритетной является ориентация на «человека внутреннего». Указывая на необходимость бережного отношения к душе ребенка, они обращали внимание на нравственное и духовное развитие личности самого педагога, коим в первую очередь являются отец и мать. В статье «Вопросы жизни» Н.И. Пирогов обращает внимание на воспитание «внутреннего человека», которое невозможно реализовать, если личность не видит и не осознает цели своего существования. Отсутствие четкого понимания той жизненной задачи, которая стоит перед подрастающим поколением на жизненном пути, не позволяет выстраивать иерархию ценностей, лишает реального осознания жизненных приоритетов, возможности вести подлинно человеческий образ жизни.

Сегодня, когда упор повсеместно делается на формирование толерантности, в корне подрывающей основы нашей ментальности (в современном обществе уничтожается понятие о грехе как о зле, совершаемом

человеком, подменяясь принципом реализации права, что по сути рождает равнодушие по отношению к этому самому человеку), важно обратиться к традиционным для русского общества ценностям семейного воспитания. В каждой семье родители сами для себя должны решить, какими принципами они руководствуются в воспитании своих детей.

Развитие педагогики как науки ранее базировалось на нравственной культуре, народных традициях. Образ жизни родителей во все времена влиял на формирование личности ребёнка. Дети играли, подражая жизни взрослых. С глубокой древности огромное значение придавалось материнству. Душа маленького человека обогащалась, слушая потешки и прибаутки, пословицы и поговорки, песни и сказки, которые ненавязчиво доносили до сознания ребенка информацию об окружающем мире. Закономерности и принципы воспитания на начальном этапе своего становления отражались в специальных заповедях, неуклонно, комплексно и равнозначно проводимых в жизнь.

С принятием христианства в России вопросами воспитания подрастающего поколения всегда интересовались и лица, пребывавшие в духовном сани, для кого состояние души человеческой являлось предметом трепетной заботы и главным делом всей жизни. Примерно в то же время, когда была опубликована статья Н.И. Пирогова, появилось и произведение святителя Феофана Затворника (Вышинского) «Путь ко спасению», составленное на основе курса лекций по нравственному богословию и аскетике, прочитанному им в Петербургской духовной академии. Многие принципы сотериологического воспитания актуальны и в наши дни, ибо именно традиционные для российской культуры ценности способны дать подрастающему человеку четкое понимания той жизненной задачи, которая стоит перед ним на жизненном пути, поможет выстроить иерархию жизненных приоритетов.

Обратим внимание на совершенно справедливое положение о том, что начинать отец и мать должны с себя, ведь добрые задатки в детях могут быть «разорены неверием, небрежностью, нечестием и недоброй жизнью родителей» [2, с. 151-153]. «Есть некоторый особенный путь общения душ через сердце. Один дух влияет на другой чувством. ...родители сердцем своим обращены в младенца. Отец и мать исчезают в дитяти и, как говорят, не чают души» [1, с. 50-51].

Обязательность, комплексность и равнозначность красной нитью проходят через принципы семейного воспитания в традиционной для России православной культуре. Взаимосвязь телесного и духовного воспитания для нее очевидна.

Так, рассуждая о потребностях тела, Феофан Затворник (Вышинский) особенное внимание уделяет питанию, предостерегая родителей: необходимо «так питать дитя, чтобы, развивая жизнь тела, доставляя ему крепость и здоровье, не разжечь в душе плотоугодия. ... сластолюбие и неумеренность в пище – два вида чревоугодия, эти губительные для тела и души склонности» [1, с. 55-56]. Приучать ребенка к определенному режиму питания необходимо с раннего возраста, при этом рекомендуется придерживаться следующих

принципов: «1) избрать здоровую и годную пищу, 2) подчинить употребление её известным правилам, в коих бы определялось время, количество и способ питания и 3) потом от установленного таким способом порядка без нужды не отступать. Этим приучается дитя не всегда требовать пищу, как захочется есть, а ждать определенного часа; здесь же первые опыты упражнения отказа себе в своих желаниях. Где кормят дитя всякий раз, как оно заплачет, и потом всякий раз, как запросит есть, там до того расслабляют его, что после уже оно не иначе, как с болезнью может отказываться от пищи. Вместе с сим оно привыкает к своенравию оттого, что успеваает выпрашивать или выплакивать все желаемое. ... Это должно строго соблюдать во все время воспитания ... до тех пор, пока воспитываемый ... возьмет сам себя в руки» [1, с. 56-57].

Второй важный момент в «отправлении тела» – движение. Оно рассматривается как источник воли, и здесь на практике применяется принцип комплексного воспитания души и тела: «Мерное, благоразумное развитие этого отправления, сообщая телу возбужденность и живость, приучает к трудам и образует степенность. Напротив, развитие, оставленное на произвол, в одних развивает непомерную резвость и рассеянность, в других – вялость, безжизненность, лень. Первое укрепляет и обращает в закон своенравие и непокорность, в связи с коим находится задорность, гневливость, неупорядоченность в желаниях, последнее погружает в плоть и предаёт чувственным наслаждениям. Итак, должно иметь в виду, чтобы, укрепляя силы тела, ... ради плоти не погубить духа» [1, с. 57-58].

Следующим принципом сотериологического воспитания, актуальным и в наши дни, является правило приучить ребёнка безболезненно переносить всякого рода внешние влияния: воды, воздуха, перемен температуры, болей и прочего. Сюда относятся и медицинские советы касательно сна, купания, одежды, времени и места прогулок: «главное – содержать тело не так, чтобы оно принимало одни только приятные впечатления, а напротив, более содержать под впечатлениями обеспокоивающими. Теми разнеживается тело, а этими укрепляется» [1, с. 60]. «Кто приобрел такой навык, тот счастливейший человек, способный на самые трудные дела, во всякое время и на всяком месте. Душа в таком человеке является полною владычицей тела» [1, с. 59]. Как видим, и здесь последовательно проводятся в жизнь обязательность, комплексность и равнозначность воспитания полезных навыков.

Вслед за первыми начатками употребления чувств пробуждаются воображение и память. «Помнить надобно, что душа является в мир голою силою; возрастает, богатеет во внутреннем содержании, и разнообразится в деятельности она уже после. Первый материал, первую пищу свою она получает извне, от чувств, чрез воображение». Известно, что дети стараются все разузнать беспорядочно, бесцельно, а Феофан Затворник (Вышинский) рекомендует «приучать дитя то испытывать, что считается для него необходимым; от всего же другого удерживаться и отстраняться». При этом необходимо «соблюдать постепенность, – не перебегать с предмета на предмет, или от одной черты к другой, а, пересматривая одно за другим, о том заботиться, чтобы вообразить после предмет, как должно. Такой род занятий

избавит дитя от настроения развлекаться даже среди дозволенного, приучит владеть чувствами, а чрез них и воображением» [1, с. 67-68].

Одновременно Феофан Затворник (Вышинский) предостерегает: «Дитя еще не говорит и не ходит, только приучилось сидеть и брать игрушки, но уже серчает, завидует, присволяет себе, особится и прочее, вообще являет действие страстей» [1, с. 67-68]. Развитие дурных наклонностей («страстей») следует предупреждать, а если какая из них проявилась, надо отдать все силы, чтобы ее побороть: «Всячески на них должно вооружаться вначале и преследовать потом во все время воспитания, чтобы дитя умело и привыкало владеть ими; ибо их возмутительные набеги не прекратятся до конца жизни» [1, с. 69].

Вместе с развитием речи развивается ум, потому с этого момента необходимо уделять внимание нравственным вопросам, объясняя, что хорошо, а что худо, что добро и что зло: «Пусть же родители, когда говорят, называют вещи всегда собственными их именами. Например, что значит настоящая жизнь, чем она кончится, от кого все получается, что такое удовольствия, какое достоинство имеют те и другие обычаи и прочее. Пусть говорят с детьми и толкуют им или прямо, или, всего лучше, посредством рассказов: хорошо ли, например, наряжаться, счастье ли это, когда получишь похвалу, и прочее. Или пусть спрашивают детей, как они думают о том и другом, и поправляют их ошибки. В непродолжительном времени простым средством можно передать здравые начала для суждений о вещах, кои потом не изгладятся надолго, если не на всю жизнь.

...Но главное, в них должно образовать настроение к совестливости и сознательности. Сознательность есть дело чрезвычайной важности в жизни; но как легко ее образовать, так легко и заглушить в детях не считая ничего мало важным в деле столь важном» [1, с. 75-79].

От установленного порядка нельзя отступать, иначе очень легко потерять плоды прежних трудов. «Человек становится вполне человеком, когда приходит к самопознанию и разумной самостоятельности, когда становится полным владыкою и распорядителем своих мыслей и дел, держится каких-либо мыслей не потому, что другие ему передали их, а потому, что он сам находит их верными» [1, с. 85].

### **Литература:**

6. Затворник Ф. Путь ко спасению / Ф. Затворник. – М.: Изд-во: «Сибирская Благовонница», 2012. – 496 с.

7. Мулатова Н.А. Воспитание внутреннего человека: взгляд Феофана Затворника на воспитание // Проблемы непрерывного профессионального образования в России: состояние и перспективы: материалы докладов Всероссийской научно-практической конференции. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, каф. педагогики. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. – С. 150-168.

8. Пирогов Н.И. Вопросы жизни. Дневник старого врача. – Иваново, 2008, pdf.

9. Черненко В.М., Безвербная Н.А., Мкртычева К.Б. Социология семьи // Социология. – Ростов н/Д., 2011. – С. 210-237.

# ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ НА РАННЕМ СРОКЕ ПО ЖЕЛАНИЮ БЕРЕМЕННОЙ

*Николаевская А.О., Заплатина Я.С.*

**Курский государственный медицинский университет**

Более 30 лет назад Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала аборт значимой проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах. По оценкам ВОЗ, ежегодно 42 млн беременностей заканчиваются искусственным абортом. В 2012 г. Росстат зарегистрировал 1,06 млн абортов или 29,3 на 1000 женщин репродуктивного возраста.

По мнению Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлиной [2], беременность женщины представляет особый телесный опыт, который располагается между крайними точками континуума «здоровье и болезнь». По мнению авторов, наиболее стрессовой является первая беременность, поскольку она обозначает «окончание независимого первично целостного существования, и психическое равновесие матери становится связанным с запросами беспомощного и зависимого существа». В литературе, посвященной изучению клинко-психологических особенностей женщин с постабортным синдромом, сам факт незапланированной беременности является одним из перечня причин, способствующих принятию женщиной решения о совершении медицинского аборта [8, 10].

М.А. Кочнева [7] указывает на то, что у 30-70% беременных встречаются психические расстройства пограничного уровня, причем более чем в половине случаев они проявляются депрессивной симптоматикой.

Тяжесть полученной психологической травмы после искусственного аборта объясняет высокую вероятность возникновения психических расстройств [3, 6].

М.А. Качан [5] в своей работе подчеркивает, что искусственный аборт повышает риск развития психических нарушений в результате разрушения психосоматической и духовной взаимосвязи матери и внутриутробного ребенка, формированием интраперсонального конфликта, вызывающего характерные нарушения материнской сферы и семейных взаимоотношений.

В медицинской психологии существует термин «постабортный синдром», предложенный V. Rue (1981). Автор определяет постабортный синдром, как посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными психоэмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и психологическую травму [1, 9].

Согласно медицинскому определению, разработанному Американской ассоциацией психиатров, постабортный синдром – это разновидность посттравматического стрессового расстройства, которое является следствием психической травмы, вызванной событием, находящимся вне пределов обычного человеческого опыта. Его проявления в виде специфических эмоциональных симптомов, возникают у женщины в связи с перенесенной

психологической травмой (ситуацией медицинского аборта) [12, 13]. Представляется интересным, что, автор программы по реабилитации женщин с постабортным синдромом (программа HEART-Healing the Effects of Abortion Related Trauma) Ш. Адкинс высказал предположение, что данное расстройство развивается и у мужчин ввиду психологических и духовно-нравственных проблем, которые вызваны абортом.

В специальной литературе выделяется четыре основных компонента в структуре постабортного синдрома: прямое или косвенное участие в умерщвлении плода, что воспринимается как тяжелая психотравма; неконтролируемое многократное и сопровождающееся страданиями переживание воспоминаний об аборте; повторяющиеся попытки избегания эмоциональной боли или отрицания воспоминаний о прерывании беременности как психотравмирующем событии; возникновение симптомов, связанных с абортом и не имевших место до него, включая чувство вины за сохранение собственной жизни [11].

Изучение последствий медицинского аборта остается актуальной проблемой охраны репродуктивного и психического здоровья женщин.

Несмотря на большое количество опубликованных работ, посвященных проблеме постабортного синдрома, остается нерешенным вопрос влияния личностных и психосоциальных факторов на течение и развитие психических нарушений после медицинского аборта. Вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования и определяет его цель и задачи.

Целью настоящего исследования являлось изучение степени тяжести и особенностей депрессивного синдрома у женщин, перенесших медицинский аборт на раннем сроке беременности, на основе изучения их личностных особенностей и специфики социального функционирования.

Нами было проведено эмпирическое исследование, в котором участвовали на добровольной основе 62 респондента после медикаментозного прерывания беременности по желанию женщины в возрасте от 19 до 28 лет. Все обследованные были первобеременными. Срок беременности на момент медикаментозного аборта составлял 4-5 недель. Клинико-психопатологическое обследование таких женщин происходило на 3-и сутки после аборта. Все участники исследования выявлялись в ОБУЗ «Областной Перинатальный Центр» г. Курска. В основную группу вошли 38 женщин с депрессивным синдромом различной степени тяжести, в контрольную – 24 женщины без выявленных нарушений в эмоциональной сфере.

Основными методами исследования выступили клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический метод. При проведении работы использовались следующие психодиагностические методики: специально разработанная анкета для сбора анамнеза и определения социального статуса испытуемых, тест межличностных отношений Лири, Фрайбургский личностный опросник FPI, шкала оценки уровня депрессии Бека. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 7.0.

В результате исследования нами было установлено, что у 38 (61,30%) женщин после медикаментозного аборта были фиксированы нарушения аффективной сферы в виде проявлений депрессивного синдрома различной степени тяжести. В соответствии со шкалой выраженности депрессии Бека у 17 женщин (44,70%) был выявлен умеренный депрессивный эпизод, у 12 (31,60%) легкий депрессивный эпизод, у 9 (23,70%) – выраженный депрессивный синдром.

Выраженная депрессивная реакция статистически значимо чаще ( $p$ -level 0,003) встречалась у женщин, которые имели экстравертированные черты личности, лидерские установки. Умеренная и легкая депрессивная реакция статистически значимо чаще ( $p$ -level 0,002) наблюдалась у женщин с интравертированными чертами личности и преобладанием конформных установок.

Была установлена связь между особенностями личности, типом социального взаимодействия и развитием депрессивной реакции у женщин, перенесших медикаментозный аборт. Показано, что женщины, беременность которых не была запланированной, оказывались не готовыми к материнству, что приводило к дисгармонии их эмоциональных переживаний. Нарушения в аффективной сфере в виде развития депрессивного синдрома лежали у таких женщин в основе формирования у них постабортного синдрома. Особенности депрессивной реакции в случае развития постабортного синдрома проявлялись в следующем: у женщины возникало «ощущение пустоты внутри», «чувство вины перед не родившимся ребенком, родными людьми, которые советовали не делать аборт», «чувство вины, навязанное обществом», «особое восприятие ужасных картинок санбюллетеней и душераздирающих душу слов на них», «кошмарные сновидения, в которых участвует неродившийся ребенок», осуждение супругом и родителями.

Подытоживая вышеизложенное, хочется отметить, что работа, направленная на охрану репродуктивного здоровья женщин, будет способствовать сохранению установившейся в последние годы в Российской Федерации тенденции к увеличению рождаемости, снижению числа аборт, а также профилактике психических расстройств.

#### **Литература:**

1. Артемов А.Н., Снегирева Е.В., Ковалева А.В. Постабортный синдром и техники доабортного психологического консультирования // Молодой ученый. – 2016. – № 9. – С. 371-374.
2. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности как фактор формирования готовности к материнству [Текст] / И.Н. Земзюлина // Университетская наука: взгляд в будущее. Сборник трудов 72-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. – Курск: КГМУ, 2007. – С. 88-91.

3. Додонов А.Н. Влияние медицинского аборта на психическое здоровье и качество жизни женщин / А.Н. Додонов, В.Б. Трубин // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, № 3. – С. 404-407.

4. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: Автореф... дис. канд. псих. наук. – Курск, КГУ, 2009. – 24 с.

5. Качан М.А. Психические расстройства у женщин после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках (клиника и терапия): Автореф... дис. канд. мед. наук. – Москва, 2011. – 20 с.

6. Кочетков Я.А. К проблеме психических нарушений после аборта (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2009. – № 9. – С. 24-29.

7. Кочнева, М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М.А. Кочнева // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 3. – С. 13-16.

8. Куценко О.С. Отношение матери беременной женщины как фактор, влияющий на решение о рождении ребенка // Известия Российского государственного пед. ун-та им. Герцена А.И. – 2010. – № 136. – С. 163-174.

9. Перегуда Д.В., Николаевская А.О. Влияние особенностей личности и типов отношения к окружающим на степень развития депрессивной реакции у женщин с постабортным синдромом / Д.В. Перегуда, А.О. Николаевская // Материалы X Юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков / под ред. В.А. Лазаренко, И.Э. Есауленко, Р.Ш. Хасанова. 2016. – С. 146-148.

10. Петрова Н.Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. – 2016. – № 3. – С. 120-124.

11. Полякова Е.Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома / Е.Я. Полякова // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. 2009. Т. 3. № 1. – С. 121–135.

12. Петрова Н.Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. – 2006. – № 3. – С. 120-124.

13. Полякова Е.Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома // Вестник НГУ. Серия: Психология. – 2009. – № 1. – С. 121-134.

## **ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ**

*Носкова О.В., Гужова Е.А. Арзуманян С.К.*

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**

В последние годы в отечественной литературе все чаще обсуждается вопрос необходимости укрепления института семьи. Общее снижение рождаемости, увеличение количества разводов и неполных семей, уменьшение количества детей в семьях, приводит к неуклонному процессу изменения

поведенческих норм в сфере брака и семьи. Поведенческие факторы риска, обуславливающие формирование репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими как фертильность, так и репродуктивное здоровье, что объясняет необходимость разработки методов и организации работы по формированию у будущих матерей ответственного отношения к своему здоровью, в т.ч. и репродуктивному, созданию стереотипов здорового образа жизни, активной профилактики нарушений репродуктивного здоровья девушек, обусловленных негативным влиянием поведенческих факторов риска.

При описании современного состояния брачно-семейных отношений, И.В. Малимонов отмечает: «в настоящее время как в Европе и США, так и в России классическая патриархальная семья постепенно уходит в прошлое, сменяясь современными неформальными и альтернативными вариантами (сожительство, гостевые браки, групповые браки и др.)» [1, с. 1235]. Ю.Р. Вишневецкий и В.Т. Шапко проанализировав традиционный и современный типы семьи, выделили следующие характеристики современного типа семьи: отсутствие главенства супругов с признанием их равенства, смазанность функций супругов, малодетность семей, преимущественно потребительски-бытовая общность супругов, при распределении степени значимости функций в семье, последние выглядят следующим образом - сексуальная, социально-психологическая, культурная [2, с. 175]. Все это приводит к изменению поведенческих стереотипов и формированию безответственного поведения в отношении своего здоровья. Сохранение репродуктивного здоровья молодежи является одной из ведущих задач современного общества. Формирование здорового образа жизни должно выражаться в закреплении в молодежной среде комплекса оптимальных навыков, умений и жизненных стереотипов, исключающих пагубные привычки. Недостаточное обучение молодежи здоровому образу жизни объясняет актуальность проблемы безответственного полового поведения. За последние 20 лет частота беременности у подростков возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к неуклонному росту. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0-4,5% от общего количества родов [4]. Удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5%. Важно отметить, что происходит значительное «омоложение» воспалительных процессов органов малого таза у молодежи. Так, по данным Г.М. Савельевой, из всех больных с сальпингитом 70% – девушки моложе 25 лет, 75% – нерожавшие, при этом даже после однократного эпизода воспалительного заболевания, частота бесплодия составляет от 5 до 18% [3]. *Функциональная незрелость и неадекватность адаптационных механизмов в юном возрасте детерминируют сложности вынашивания беременности и большое количество осложнений для матери и будущего ребенка.* Так называемый юношеский максимализм в этом возрасте, стремление к взрослости, крайняя нетерпимость по отношению к любому мнению, не совпадающему со своим, детерминирует высокий удельный вес табакокурения, употребление алкоголя и других психоактивных

веществ, употребление которых, в свою очередь, позволяет избавиться от ответственности и тревожности за счет создания вымышленного, иллюзорного мира. Судьба последующих поколений, а именно интеллектуальное, репродуктивное, экономическое, нравственное, политическое развитие нашего общества, напрямую зависит от здоровья молодого поколения. Становится понятна необходимость изучения поведенческих стереотипов молодежи, для разработки программы полового воспитания подростков, которая сделает отношение к своему здоровью ответственным, а значит, позволит избежать возникновения нежелательных беременностей, инфекций, передающихся половым путем, т.е. сформирует осознанное материнство.

Цель исследования: изучение течения и исходов беременностей у юных женщин с целью разработки программы по формированию у подростков стереотипа безопасного сексуального поведения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ, изучены истории родов 76 юных женщин, которые разделены на 2 группы, по 38 человек в каждой, находившихся на стационарном лечении в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО за период 2015-2017 гг. 1-я группа – юные беременные в возрасте 14-15 лет, вторая группа – беременные в возрасте 16-18 лет. Всем обследуемым предлагалась разработанная нами анкета, содержащая 15 вопросов, характеризующих состояние их здоровья, отношение к сексу, контрацепции, браку, деторождению, алкоголю и психотропным веществам.

Результаты и их обсуждение. Полный состав семьи имели 28% опрошиваемых. Менструальный календарь вели лишь 19% обследуемых. Проведенное исследование показало, что у подростков сексуальный дебют был в возрасте 13-16 лет, связанный с сексуальной неграмотностью подростков, плохой информированность в вопросах, связанных с анатомо-физиологическими особенностями этого возраста – гиперсексуальность, юношеский максимализм. Пробовали алкоголь и начинали курить более 85% подростков, не употребляли ничего лишь 15% опрошиваемых. Основными причинами употребления алкоголя в этом возрасте было стремление подчеркнуть свою взрослость, отстоять свою независимость, любопытство, желание не быть исключенными из коллектива сверстников. Положительное отношение к гражданскому браку отмечено у 29%, ко всем видам брака 48%, отрицание какого либо брака 5%, и стремление к формированию свободных отношений по типу «открытого брака» – 27%. При анализе критериев мотивации к вступлению в брак 38% опрошиваемых отметили наличие беременности, 37% желание быть самостоятельными от родительской семьи, 25% – любовь. Положительное отношение к деторождению высказали 90% обследуемых, из них 26% желало иметь двоих детей, 10% не хотели иметь детей. Имело место поздняя постановка на диспансерный учет по беременности, только 18 юных беременных (23,6%) встали на учете в ж/к до 12 недель, 35 (46%) женщин встали на учет по беременности после 20 недель и 23 (30%) после 30 недель. В структуре осложнений беременности в первой группе юных пациенток преобладает анемия (62%), угроза прерывания беременности

(50%), гестоз (25%), фетоплацентарная недостаточность (12,5%). Во второй группе анемия встречалась у 60%, фетоплацентарная недостаточность 38,3%, угроза прерывания беременности 35%, гестоз 35%, гестационный пиелонефрит 14,7%. Высокая частота инфекционной заболеваемости среди беременных подростков связана с отсутствием сексуальной культуры и беспорядочной половой жизнью. В 24,5% случаев наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, кроме того, беременность часто протекает на фоне ИППП, в 25% случаев у каждой четвертой беременной женщины, что объясняется высокой сексуальной активностью и низким уровнем ответственности в этом возрасте. Роды у юных беременных завершились через естественные родовые пути в первой группе в 67,5% и в 86,6% случаев во второй группе. Родоразрешение путем операции кесарево сечение произведено в 22,5% случаев в первой группе и в 11,7% второй группы, преждевременными родами закончилась беременность у 12,5% – первой группы и 3,5% второй возрастной группы. Клинически узкий таз был диагностирован в первой группе в 0,7%, во второй группе этой патологии не было. В 70% роды протекали с осложнениями, разрывы шейки матки в сравнении со второй группой отмечались чаще (25 и 5% соответственно), задержка частей плаценты – 25% и 16,7%, эпизиотомия выполнена в первой группе в 25% и 34,3% второй группы, кюретаж полости матки проводился в 25% в первой и 16% второй групп. Анемия и субинволюция матки диагностированы в 1-й группе в 35% и в 28,6% случаев второй группы. Программа, направленная на формирование ответственного репродуктивного поведения, включала в себя проведение бесед и демонстрация фильмов, по следующим тематикам: здоровый образ жизни; влияние табакокурения, психоактивных препаратов на репродуктивное здоровье, особенности анатомии и физиологии репродуктивной системы в разные возрастные периоды; психосексуальное развитие человека; особенности полоролевого поведения подростков; особенности контрацепции и планирования семьи в подростковом возрасте; инфекции, передаваемые половым путем; физиологические особенности во время беременности.

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлено, что репродуктивное поведение современных подростков характеризуется снижением возраста сексуального дебюта, низкой сексуальной культурой, что способствует росту числа беременностей среди несовершеннолетних. Юный возраст достоверно увеличивает риск осложнений течения беременности и родов. Таким образом, понятна необходимость разработки программы по формированию ответственного репродуктивного поведения с учетом поведенческих стереотипов, в зависимости от разных возрастных групп.

#### **Литература:**

1. Малимонов И.В. Изменения института семьи в современном обществе // Научный альманах, 2015. № 7(9). – С. 1235-1238.
2. Вишневский Ю.Р., Шапко В.Т. Социология молодежи. – Екатеринбург: изд-во Уральского гос. тех. университета, 1997. – 211 с.

3. Савельева И.С. Подростки, сохранение репродуктивного здоровья: Информация о 15 Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов / И.С. Савельева, Ю.Б. Белохвостова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. – № 1. – С. 108-111.

4. Коколина В.Ф. Детская гинекология: Руководство для врачей / В.Ф. Коколина. М., 2001. – 368 с.

## **ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Петропольская С.А., Завгородняя И.В.*

**ФБГОУ ВО «Воронежский государственный университет»**

Проблема увеличения частоты репродуктивных проблем среди женщин фертильного возраста чрезвычайно актуальна в условиях сложившейся демографической ситуации в России. Несмотря на современные достижения в медицине, наблюдается рост различных расстройств репродуктивной сферы. По данным различных источников, частота невынашивания беременности составляет 10-27% от всех выявленных беременностей, фактически прерывается каждая 5-я беременность. При этом в статистике не учтена достаточно большая доля очень ранних самопроизвольных прерываний беременности, оставшихся незамеченными женщинами, так как они прервались до того, как беременность была обнаружена.

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки от зачатия до 37 недель (259 дней) [6].

Длительное время причины такой патологии рассматривались исключительно в рамках медицинского подхода. В то же время, несмотря на длительную историю изучения проблемы невынашивания, этиологические причины, патогенетические механизмы данного явления до конца не известны. При исключении физиологических аспектов, сопровождающих невынашивание беременности, самопроизвольное прерывание беременности считается неясной этиологии (идиопатическим) [4].

Зачастую невынашивание беременности рассматривается в медицинском аспекте, однако его устранение далеко не всегда решает проблему невынашивания. В этом случае следует обратить внимание на роль психологических факторов. С психоаналитической точки зрения самопроизвольное прерывание беременности объяснить только физиологическими факторами нельзя, поскольку, при благоприятной психологической обстановке, их влияние оказывается минимальным.

Значительные физиологические (нейроэндокринные, гемодинамические, органические) и психические изменения во время беременности приводят к ее трактовке как «промежуточного» состояния между здоровьем и болезнью. От женщины в этот период требуется проявление выраженных адаптационных ресурсов, которые способствуют нормальному развитию беременности. Следовательно, невынашивание беременности является нарушением

адаптационного процесса, которое протекает на психическом и физическом уровнях. Связующим звеном данных уровней выступает психологическое состояние беременной женщины.

Особенностью психологических состояний является то, что они возникают как результат интегрированного отражения воздействующих внутренних и внешних факторов, но не предполагают отчётливого осознания их конкретного содержания. Применительно к невынашиванию беременности это подчеркивает значимость неосознаваемых внутриличностных конфликтов женщины, получающих отреагирование на соматическом уровне. Согласно Г.Г. Филипповой [8], невынашивание беременности – это неосознаваемый отказ от материнства.

На ранних стадиях беременности дисгармоничное психологическое состояние женщины приводит к повышению уровня кортизола и тироксина и снижению прогестерона и эстриола, влияющих на эндометрий и трофобласт, что нарушает процесс имплантации. Впоследствии негативное психологическое состояние беременной вызывает плацентарные дисфункции и искажения фетоплацентарного кровотока, которые способны блокировать нормально развитие внутриутробного ребенка и приводить к выкидышу или замершей беременности.

Психологическое состояние женщины в период беременности обусловлено различными факторами, неблагоприятное воздействие которых способно провоцировать невынашивание беременности. В качестве таких факторов можно выделить следующие:

1. Индивидуально-психологические и личностные особенности женщин с невынашиванием беременности проявляются в неадекватной самооценке, недостаточном принятии себя, высоком уровне личностной тревожности, нарушении базового доверия к миру, личностной незрелости, инфантильности, нарушениях полоролевой и половозрастной идентичности, гиперответственности, ригидности, авторитарности [5].

2. Нарушения материнского онтогенеза, проявляющееся в негативном восприятии женщиной самого процесса беременности и образа материнства, низком уровне психологической готовности к материнству, неконструктивной репродуктивной мотивации и неадекватной ценности материнства [7].

3. Наличие невынашивания беременности в анамнезе женщины. Пережитый негативный опыт, в том числе и повторные выкидыши способствуют усилению неуверенности, страха, депрессии и психосоматических ощущений женщины, что способствует напряженному психологическому состоянию, оказывающему влияние на увеличение риска следующего самопроизвольного выкидыша вследствие нейроэндокринных изменений и усиленного сокращения матки. С каждым последующим случаем такого прерывания беременности, вероятность повторного выкидыша возрастает на 15%. Формируются психологические проблемы, осложняющие психологическую готовность к следующей беременности: повышенная тревожная акцентуация на телесных проявлениях, постоянное «прислушивание» к физиологическим симптомам значительно усиливают

тревожность, страх при появлении беременности, связанные с привычным ожиданием неудачи, настроенностью на «борьбу с проблемой», в результате чего представления о текущей беременности и предстоящем материнстве уходят на второй план и женщина оказывается не готовой к этому новому этапу жизни.

При восстановлении репродуктивной функции психологические состояния и готовность к принятию материнской роли женщин с невынашиванием беременности, отличаются от особенностей нормально беременных женщин. Отмечается деформация смысловых аспектов и идентичности, выражающихся в низких показателях целеполагания и негативном осмыслении прошлого опыта.

4. Семейная ситуация и отношения внутри пары. Оптимальные условия для беременности – это гармоничные отношения супругов, когда желание иметь ребенка выражено у обоих партнеров. Невынашивание беременности может выступать, зачастую мало осознаваемым отражением дисгармоничности семейной системы. Если партнер воспринимается женщиной как неподходящий для отцовской роли, не обеспечивающий безопасность для рождения и развития ребенка, то в этом случае возникает выраженный внутрисемейный конфликт, разрешением которого становится самопроизвольное прерывание беременности. Восприятие семейной ситуации как угрозы беременной женщины способно стать психологической причиной невынашивания. Кроме того, возникновение репродуктивных проблем представляет собой серьезное испытание для супружеской пары, приводящее к различным негативным последствиям: нарушениям адаптации, социальной изоляции, отрицательным эмоциональным реакциям, нарушениям в сексуальной сфере.

Невынашивание беременности является психической травмой и может оказывать отрицательное влияние на многие стороны жизни женщины и ее партнера. Семейные пары, столкнувшиеся с самопроизвольным прерыванием беременности, переживают горе и проходят определенные стадии, связанные с реакцией на утрату – отрицание, гнев, социальную изоляцию, чувство вины, депрессию и только потом реорганизацию и излечение [4].

Исследования показывают, что уровень сплоченности в семьях с невынашиванием беременности значительно ниже, чем в семьях с детьми. На фоне переживания перинатальной утраты могут разрушаться семейные узы. При этом большая часть браков распадается по инициативе мужа. По данным различных источников, уровень удовлетворенности браком у мужчин, состоящих в браке с репродуктивными проблемами на 30% ниже, чем у мужчин, имеющих в браке детей [2]. Напряжение межличностных отношений в паре отражается на возникновении нервно-психического напряжения у женщины, которое негативно влияет на протекание беременности.

Тем не менее есть супружеские пары, которых возникшая проблема объединяет, сплачивает, стимулирует уделять больше внимания друг другу, поддерживать и ценить взаимную поддержку. Такой вариант проживания парой

проблемы невынашивания позволяет легче преодолевать сложности и приходиться к гармоничному разрешению ситуации [3].

5. Негативный опыт взаимодействия с медицинским персоналом у женщины или пары по репродуктивным вопросам. Нарушение правил деонтологии (врачебной этики) нередко приводит к развитию ятрогении у пациентов.

Ятрогения — ухудшение физического или эмоционального состояния человека, невольно спровоцированное медицинским работником. В более узком смысле ятрогией следует считать изменения психики человека под влиянием неправильного мнения, ошибочного высказывания врача.

Давно известно и признано большое влияние слова врача не только на психику больного человека, но и во многих случаях на его физическое состояние. Восприимчивость, внушаемость и уязвимость женщины во время беременности, а особенно в ситуации самопроизвольно прервавшейся беременности, приводит к тому, что деонтология в гинекологии и акушерстве приобретает особое значение. Слово врача, в силу сложившегося восприятия медицинского работника в обществе, может оказывать как мощное лечебное воздействие, так и наносить вред. Нередки случаи необоснованных тяжелых переживаний у женщин, панических реакций и усиления тревожности, в результате поспешных высказываний своих предположений лечащим врачом. Такие ситуации могут оказать серьезное воздействие и на физиологические нейроэндокринные реакции беременной женщины, усугубив риск невынашивания беременности. [1]

В то же время достаточное внимание, своевременное и правильное выполнение мероприятий лечебного и профилактического характера создают у женщины уверенность в благополучном исходе заболевания и являются хорошей профилактической мерой.

Это подчеркивает значимость создания комфортных взаимоотношений женщины и/или супружеской пары с врачом и медицинским персоналом. Выбор врача является важной психологической составляющей терапевтического процесса при невынашивании беременности.

Сочетание выделенных факторов определяет состояние женщины и влияет на вынашивание беременности. В индивидуальных проявлениях может проследиваться доминирование одного из факторов по сравнению с другими, что служит основой для проведения психотерапевтической работы.

Таким образом, проблема невынашивания не теряет своей актуальности, несмотря на значительные достижения современной науки. Рассмотрение и классификация факторов формирования психологического состояния женщины с невынашиванием беременности с разных сторон – личностной, семейной и медицинской – позволяет осуществить комплексный подход к данной проблеме.

#### **Литература:**

1. Венцовский Б.М. Акушерство: учебник / Б.М. Венцовский. – К. : ВСИ Медицина, 2010. – 448 с.
2. Гарданова Ж.Р. Особенности психологической защиты у мужчин с нарушением фертильности // Психология XXI века: материалы 6

Международной научно-практической конференции молодых ученых. – СПб., 2010. Т. 2. – С. 236-239.

3. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб. : Питер, 2010. – 234 с.

4. Кельмансон И.А. Перинатология и перинатальная психология : учебн. Пособие / И.А. Кельмансон. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 343 с.

5. Рябова М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции / М.Г. Рябова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2013. – № 9 (125). – С. 190-198.

6. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М. : Триада-Х, 2005. – 304 с.

7. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика // Медицинская психология в России. – 2011. – № 6. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 15.04.2017)

8. Филиппова Г.Г. Психологические особенности беременных женщин с невынашиванием в анамнезе / Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология родительства. – 2010. – № 4. – С. 96-100.

## **ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**

*Погосов А.В., Богушевская Ю.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

В настоящее время нервная анорексия является достаточно распространенным расстройством в молодежной среде. Стойкое стремление избавиться от «лишнего» веса различными способами приводит к значительным соматическим нарушениям, проявляющимся эндокринными изменениями, патологией репродуктивной сферы [1, 2]. Не подозревая об истинных причинах соматического неблагополучия девочек-подростков, их родители обращаются за помощью к таким специалистам, как гастроэнтерологи, эндокринологи, гинекологи; больные анорексией попадают в поле зрения врача-психиатра на более поздних этапах развития.

В отечественной психиатрии научный интерес исследователей к проблеме расстройств пищевого поведения отмечен с 80-х годов прошлого столетия [3]. Многие работы посвящены изучению этиологии, патогенеза, клинических проявлений нервной анорексии, описаны терапевтические подходы. В настоящее время остаётся открытым вопрос о причинах распространения этого заболевания среди молодежи, не изучены факторы, способствующие его формированию. Недостаточное внимание уделяется социально-психологическим условиям, способствующим закреплению патологических форм пищевого поведения девочек-подростков. Мы считаем, что особенности воспитания и отношений с родителями играют важную роль в развитии нервной анорексии. Их диагностика на донозологическом уровне поможет раскрыть психологические условия для формирования отдельных

клинических симптомов анорексии и предотвратить более тяжелые последствия на следующих этапах развития заболевания [4].

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей семейных взаимоотношений и воспитания у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

Материал и методы исследования. В 2015-2016 гг. нами обследованы 45 девочек, учащихся 9-10 классов одного из муниципальных образовательных учреждений г. Курска. На первом этапе с использованием специально разработанной анкеты, включающей диагностические критерии нервной анорексии, проведено скрининговое анонимное исследование, в ходе которого были выявлены 20 испытуемых, обнаруживающих отдельные клинические проявления нервной анорексии. На втором этапе клинико-психопатологическим методом с использованием критериев МКБ-10 диагноз нервная анорексия был установлен 15 подросткам. Он соответствовал инициальному этапу развития заболевания [2]. В контрольную группу вошли 15 здоровых девушек, не страдающих психическими и соматическими заболеваниями в возрасте от 14 до 17 лет. На третьем этапе изучались особенности стилей воспитания (клинико-психопатологический метод), детско-родительских отношений в семьях заболевших нервной анорексией девочек. Для выявления особенностей детско-родительских отношений в семьях подростков использовали методику О.А. Карабановой и П.В. Трояновской. В качестве методов статистической обработки в исследовании использован U-критерий Манна-Уитни, предназначенные для оценки различий между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака.

Клинико-психопатологическим методом обнаруживаются очевидные семейные проблемы взаимоотношений, которым не уделяется особого внимания. Девочки отмечают непонимание со стороны мамы, подчеркивают деспотичность, холодность. Отсутствие общих интересов и совместной деятельности с ребенком, свидетельствует об эмоциональной отгороженности от него, формальном холодном отношении в семьях. В свою очередь, у родителей существуют искаженные представления о детях, неблагоприятные отношения супругов между собой, отсутствие доброжелательных отношений между ними. Выявленные результаты поднимают целый пласт социально-психологических проблем в семьях, которые могут способствовать развитию различных психосоматических заболеваний у детей, в частности – нервной анорексии. Так, обнаруженные в ходе исследования сведения о разводе родителей, неполном составе семьи у девочек с начальными проявлениями анорексии, являются закономерным результатом взаимоотношений супругов и особенностей воспитания детей.

В структуре детско-родительских отношений наблюдаются заниженный уровень эмпатии, высокая эмоциональная дистанция между родителем и ребенком, желание подростка свести к минимуму взаимодействие с близкими. Недостаточный уровень сотрудничества обусловлен отсутствием общих увлечений, интересов в семье, большими временными затратами подростков на посещение спортивных секций. В связи с эмоциональной отдаленностью

ребёнка от семьи обнаружен заниженный уровень совместного принятия решений. У них также искажен и образ ребенка, обусловленный неадекватным отражением потребностей и мотивов, их представления об индивидуально-личностных особенностях не соответствуют действительности. Зафиксирован высокий уровень авторитарности матери, неудовлетворенность ребенком степенью исполнения родителями материально-бытовых и духовных потребностей. Больные нервной анорексией девушки ожидают поддержки от родителей в их стремлении к похуданию. Интересными представляются обнаруженные в ходе исследования сведения о составе семьи подростков: 55% обследованных воспитываются в неполных семьях. В полных же семьях больных анорексией подростков отмечаются низкие значения показателей доброжелательности между родителями, низкий уровень качества отношений родителя и подростка.

Результаты, полученные методикой О.А. Карабановой и П.В. Трояновской, обнаруживают статистически значимые различия по шкалам «эмпатия», «эмоциональная дистанция», «сотрудничество», «принятие решений», «авторитарность», «удовлетворение потребностей ребенка», «неадекватность образа ребёнка», «общая удовлетворенность отношениями». Результаты этого опросника были сопоставлены с данными клинических наблюдений, расспроса и беседы с обследуемыми подростками. С точки зрения представителей экспериментальной группы, в семьях существует недопонимание родителями подростков, большая эмоциональная дистанция между ними, минимальное стремление выполнять любую совместную деятельность с родителями. Девушки с удовольствием большую часть свободного времени проводят в спортивном зале, иногда «придумывают» повод для избегания длительного проведения времени с родителями. У больных нервной анорексией принятие любых решений происходит под влиянием взрослого, отмечается высокий уровень авторитарности в их семьях, такие дети не удовлетворены степенью исполнения их потребностей родителями. Зафиксировано искажение образа ребенка у родителей, низкие значения показателей доброжелательности между ними, а также низкий уровень качества взаимоотношений в тех семьях, где подростки страдают нервной анорексией. Большинство подростков экспериментальной группы отмечают, что родители не интересуются происходящими делами, успехами в учебе, большой эмоциональный интерес для них представляют другие «более актуальные» проблемы. В общении они чаще высказывают недовольство бытовыми мелочами, их взаимоотношения в семьях сводятся к указаниям выполнять какие-либо обязанности, чаще бытового характера. Взаимоотношения между супругами у девочек из полных семей нельзя назвать благополучными, дети отмечают частые ссоры родителей, отсутствие стремления проводить время вместе с ними.

Отдельные клинические проявления нервной анорексии при наличии социально-психологических условий ее формирования позволят своевременно обратить внимание на ранние проявления. Полученные результаты необходимо учитывать для практических рекомендаций специалистам, работающим в

образовательных организациях – педагогов, социальных педагогов, психологов, клинических психологов.

### **Литература:**

1. Социально-психологические факторы развития нервной анорексии Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Плохих А.С. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2015. № 3. – С. 32-36.
2. Клинические и психологические особенности инициального этапа нервной анорексии / А.В. Погосов, И.В. Данелия // Психическое здоровье, 2015. № 6. – С. 18-23.
3. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства (учебное пособие). Изд. 2-е, доп. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – 212 с.
4. Особенности доманифестного периода нервной анорексии. Сулейманов Р.А. Дисс. ... канд. мед. наук. – 2005. – С. 165.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ**

*Погосов А.В., Щербанева Т.А.*

**Курский государственный медицинский университет Минздрава**

В последние годы в специальной литературе отмечается рост работ, посвященных исследованиям психологических компонентов беременности, таких как эмоционально-мотивационная и ценностно-смысловая сфера, смысло-жизненная ориентация, Я-концепция беременных женщин, а также самосознание будущих матерей (Шмурак Ю.А., 2000; Бескова Д.А., 2004; Тхостов А.Ш., 2007; Василенко Т.Д., 2011). В этой связи особую роль исследователи отводят моделям пренатальной общности телесности матери и ребенка.

Так, в своей интегративной модели С. Фанти (1995) выделяет «ступень воплощения», которая включает в себя два критических и два стабильных периода. Первым критическим периодом он обозначает «кризис инобытия» (0-13 недель беременности), связанный с оплодотворением, зачатием. Стабильный период – «период совместимости» (8-16 недель беременности), который включает стадию принятия эмбрионом совместности. Второй критический период – «кризис фетальности» (15-22 недели беременности). Второй стабильный период – «стадия освоения» (20-28 недель беременности), когда происходит отождествление, максимальное приближение тела плода к стенкам матки, уподобление его тела границам пространства. На этой стадии устанавливается регулярность движений и их соответствие материнским посланиям, устанавливается диалог.

Необходимо отметить, что угроза невынашивания беременности была и остается актуальной проблемой современного акушерства. Невынашивание беременности – мультифакторная патология, в возникновении которой имеют

значение инфекционные, метаболические, эндокринные, иммунологические факторы. Ряд исследователей подчеркивают значение социальных, психологических и эмоциональных факторов в возникновении угрозы невынашивания. Нельзя не отметить важность влияния обозначенной патологии на телесность беременных. Женщины с нормально протекающей беременностью демонстрируют большую способность к обучению новым поведенческим стратегиям и адекватному их применению. Что касается беременных с угрозой невынашивания, у них может проявляться эйфорический, тревожный, депрессивный тип отношения к своей беременности, что неблагоприятно сказывается на телесных переживаниях (Василенко Т.Д., Денисова О.В., 2010).

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей внутренних переживаний эмоционального аспекта телесности у беременных женщин с угрозой невынашивания на позднем сроке.

В качестве основных методов исследования использовались клинико-психологический, а также статистический метод. Ведущим психодиагностическим инструментом выступила методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», представляющая собой вариант методики «Классификация ощущений» А.Ш. Тхостова, О.В. Ефремовой. Статистические технологии подразумевали использование U-критерия Манна-Уитни, позволяющего выявить наличие различий между двумя несвязанными группами.

В настоящую работу вошли результаты обследования на добровольной основе 38 беременных женщин. Основную группу (ОГ) составили 19 беременных, которые находились на стационарном лечении по поводу угрозы невынашивания. Контрольную группу (КГ) – 19 беременных без патологии, которые наблюдались в условиях центра планирования семьи ОБУЗ «Областной Перинатальный Центр» г. Курска.

По результатам проведенного исследования были обнаружены различия на достоверном статистическом уровне ( $p=0,014779$ ) в области «знакомые ощущения» у беременных с угрозой невынашивания. Что касается показателя «частые ощущения», то по нему также были установлены статистически значимые различия ( $p=0,063759$ ) у респондентов основной группы. Как видно, у беременных женщин с угрозой невынашивания наблюдается изменение телесных ощущений, сфера которых наиболее выражена. Указанный факт демонстрирует осмысленность внутренних телесных ощущений, которые женщины с беременностью без патологий обладают в меньшей степени, чем беременные женщины с угрозой невынашивания.

### **Литература:**

1. Бескова Д.А. Пространство телесности: человек в мире и мир в человеке // Психология и психотехника. – 2009. – № 4. – С. 8-17.
2. Бескова Д.А., Тхостов А.Ш. Телесность как пространственная структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: МЦИ, 2004. – С. 133-148.

3. Брутман В.И., Радионова М.С. (электронный ресурс) // Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности «Вопросы психологии». – 2007. – № 6. – С. 38-47.
4. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. Изд-во Курского гос. мед. ун-та, 2011. – 575 с.
5. Василенко Т.Д., Денисова О.В. Особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 1. – С. 34-38.
6. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. 6-е изд. СПб.: Речь, 2010. – 656 с.
7. Джемс У. Психология // Психология самосознания / Под ред. Д.Я. Райгородского – Самара, 2000. – 672 с.
8. Зинченко В.П., Леви Т.С. Психология телесности между душой и телом. М.: Аст, 2007. – 732 с.
9. Лаврова О.В. Концепция телесности в интегративной психотерапии // Журнал практического психолога. – 2006. – № 4. – С.12.
10. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: Мир, 2004. – С. 288-309.
11. Ложкин Г.В., Рождественский А.Ю. Феномен телесности в Я-структуре старшеклассников и содержании их жизненных проектов // Психологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 54-57.
12. Переверзева С.И., Крейдлин Г.Е. Телесность и особенности семиотического диалогического поведения (электронный ресурс) <http://www.dialog-21.ru/digests/dialog2008/materials/html/66.htm>, Москва, РГГУ, 2013.
13. Психосоматика. Телесность и культура / Под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проспект, 2009. – 300 с.
14. Тхостов А.Ш. Психология телесности. Москва: Смысл, 2007. – 287 с.
15. Шмурак Ю. Возможности психоанализа в психотерапии беременных // «Вестник Психоанализа». – 2000. – № 1. – С. 32-34.

## **ПСИХОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Пономарева И.В.*

**ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»**

Сегодня ценность семьи как социального института признана не только на общественном, научном, но и на государственном уровне. О важной роли семьи на современном этапе развития человечества, в воспитании новых поколений, обеспечении стабильности общества и его прогресса свидетельствует широко развернувшаяся государственная политика в отношении семьи. Установлены правовые основы государственной поддержки семьи в Российской Федерации, определены ее приоритеты как важного направления государственной социальной политики. Государственная поддержка в Российской Федерации направлена на улучшение благосостояния российской семьи, создание условий для наиболее полной реализации потребностей современной семьи и обеспечение ее безопасности. Однако как социальные, так и экономические меры государственной поддержки семьи зачастую оказываются неэффективными. Спектр проблем, требующих решения достаточно широк, здесь и всевозрастающее количество разводов, социальное сиротство, насилие в семье, финансовое неблагополучие, нарушения семейного воспитания и здорового образа жизни, деформация семейных ценностей. Современные семьи все чаще оказываются в трудных жизненных ситуациях, проявляя бессилие и беспомощность в них. Исследование таких семей и особенностей их функционирования представляется необходимым, потому как масштаб и сложность вызовов, стоящих перед современной российской семьей, невозможно решить лишь путем увеличения ресурсов, в частности за счет экономических и социальных мер государственной поддержки. Полипарадигмальная психологическая наука располагает необходимой методологией для изучения современной семьи и способна дать ответ на большие вызовы современной эпохи.

Социальное развитие семьи как позитивное изменение показателей качества жизни семьи и самочувствия ее членов – одна из актуальных, но в то же время трудноразрешимых задач современного общества. На решении данной проблемы сосредоточены усилия, как государства, так и научного сообщества. Психологическое научное сообщество интенсивно изучает семью в рамках системного подхода, рассматривая ее как саморегулирующуюся систему, детально описывая ее функционирование и особенности. Однако, несмотря на меры государственной поддержки, имеющиеся научные представления о семье, повседневные наблюдения демонстрируют как многие российские семьи проявляют беспомощность в трудных жизненных ситуациях.

Таким образом, своевременно провести исследование, раскрывающее механизмы детерминации беспомощности в семье, особенности совладания семейной системы с трудными жизненными ситуациями. Личностная беспомощность как системная характеристика может задавать качественные

особенности структуры семейной системы, определяя реализацию ее функций в сложных жизненных обстоятельствах, в частности ведущего механизма защитной активности семьи - семейного совладания [1, 2].

Перспективой данных тезисов выступает системное исследование психологии семьи с личностной беспомощностью, в результате которого будет описана структурно-функциональная модель семьи.

#### **Литература:**

1. Пономарева, И.В. Личностная беспомощность подростков из семей с нарушениями взаимоотношений [Текст] / И.В. Пономарева. – Челябинск: ООО Печатный двор. – 2014. – 152 с.

2. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъектности [Текст] / Д.А. Циринг. – М.: Академия. – 2010. – 410 с.

### **ПРОБЛЕМА СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ**

*Русина Н.А., Михнюк А.А.*

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский  
университет»**

Угроза невынашивания беременности (УНБ) – одна из актуальных проблем медицины и психологии. Каждая 5-я беременность ежегодно (по данным ВОЗ 15-20%) прерывается самопроизвольным выкидышем (170 тыс.) или преждевременными родами (63,5 тыс.). Психологические факторы возникновения выкидышей как самостоятельные в медицинских классификациях стоят на последнем месте. Но и эти классификации указывают, что психологические факторы усугубляют действие других причин. Сама угроза выкидыша является сильнейшим травмирующим психологическим фактором, ухудшающий прогноз исхода УНБ в тех случаях, когда были другие причины возникновения угрозы выкидыша. В последние десятилетия в психологии и медицине начали изучать психологические особенности женщин [2, 3, 4, 5, 6], страдающих бесплодием, имеющих нарушение физиологического течения беременности, влияющих на успешность репродуктивной функции.

Беременность и материнство можно рассматривать как ситуацию адаптации, идущей по двум направлениям: адаптация к беременности как к физиологическому и психосоматическому состоянию и адаптация к материнству как принятие роли матери и формирование материнской позиции. Ситуация адаптации может осложняться самыми разными стрессовыми факторами. Саму ситуацию беременности и материнства Г.Г. Филиппова рассматривает как острейшую кризисную ситуацию, поскольку происходит коренной перелом и изменение всех сторон жизни женщины. Способ переживания стрессовой ситуации и стратегия адаптации к ней видится ею зависящей от личностных особенностей женщины [5].

Изменения психического состояния женщины рассматриваются в зависимости от срока беременности, по триместрам [1]. *Первый триместр* характеризуется как период неуверенности и адаптации. «Это еще не боязнь родов, а неопределенный страх, включающий в себя и радость от неведения того, что происходит, и боязнь перед неизвестностью (особенно, если это впервые), и беспокойство о будущем (как решить материальные проблемы, возникающие с появлением ребенка), и опасения, что муж отдалится от нее за несколько месяцев беременности, и т.д.» [1, с. 11-12]. Этот период характеризуется наличием страха перед неизвестностью, который может привести к состоянию подавленности. В женщине борются две тенденции: к инфантильности и полному повзрослению. Эта двойственность, вызывающая у нее тревогу, часто бывает причиной смены настроений. Для *второго триместра* характерно состояние психического равновесия. Это связано с тем, что женщина уже ощущает присутствие ребенка в себе. Женщина начинает чувствовать первые его движения. Она отдается радости от ощущения себя будущей матерью, «ибо теперь она уверена в существовании внутри себя новой жизни» [1, с.12]. Этот период благотворно влияет на общее психическое и соматическое состояние женщины. Для *третьего триместра* характерно погружение в ребенка. Все остальное вокруг перестает быть важным для женщины. Ребенок сделался «единственным средоточием помыслов, интересов и занятий будущей матери» [1, с.12]. Женщина становится безразличной в эмоциональном и в интеллектуальном плане: с трудом заставляет себя интересоваться работой, ее внимание рассеяно, снижается память. Эти особенности важно и нужно учитывать при исследовании, оценке психического состояния и оказании психологической помощи беременной женщине.

Результаты исследований [4, 5] показывают, что для женщин с нарушением течения беременности характерно наличие внутреннего конфликта, связанного с неготовностью принятия материнской роли, проявляющегося в глубокой внутренней неудовлетворенности и создающего ситуацию острой напряженности. Подобную ситуацию женщина не может разрешить конструктивно. Имеет место неэффективность копинг-механизмов. Было выявлено, что для группы с нарушением течения характерен конфликтный образ себя как матери, эйфорическое или дискомфортное отношение к собственной материнской позиции; тревожный или конфликтный образ своей матери.

Для нашего исследования было значимым выявление несформированности адаптационных механизмов, поскольку это ведет к невротическим или психосоматическим формам совладания со стрессовыми ситуациями и проявляется в нарушениях течения беременности. Рождение ребенка можно рассматривать как фактор ситуации адаптации. При нарушении развития ребенка его появление становится дополнительным стрессовым фактором ситуации адаптации. Мы старались обратить внимание на фактор осложнения в сфере семейных и социальных отношений, катастрофы и другие стрессовые обстоятельства, на случаи экстрагенитальной патологии и на то, как нарушение здоровья женщины оказывает влияние на течение беременности.

Исследование проводилось на базе Ярославского областного перинатального центра. В исследовании принимали участие 27 женщин с диагнозом УНБ на ранних сроках. У всех беременность желанная. Группы формировались по принципу готовности и желанию к психологической работе, что определялось путем опроса. Экспериментальная группа 18 женщин, контрольная группа - 9 женщин. С экспериментальной группой проводилась психологическая работа с целью коррекции выявленных психологических факторов УНБ. В контрольной группе такая работа не проводилась. В обеих группах проводилось медикаментозное лечение по поводу УНБ.

*Методы и методики исследования.* Диагностические: авторская анкета, клиническое интервью, анализ выписок из истории болезни, методика Р. Лазаруса и С. Фолкман для изучения стратегий совладания, метод цветочных выборов М. Люшера, методика «Самочувствие, активность, настроение» (САН). Коррекционные: дыхательная релаксационная гимнастика, медитация с цветом, арт-терапия, коррекция мотивации на рождение ребенка, психокоррекционная работа с выявленными причинами стресса.

*Результаты:* У женщин обеих групп выявлено наличие стресса. Проведен теоретический анализ значения психологических факторов в возникновении УНБ на ранних сроках. Выявлены ведущие факторы в возникновении УНБ на ранних сроках: 1. *Социально-психологические:* конфликт на работе, непонимание близких людей, конфликт с отцом ребенка, незащищенный тыл – неустроенная семейная жизнь, страх выкидыша, страх родов. Стрессором является само состояние возникновение УНБ на ранних сроках. 2. *Акушерские факторы* с точки зрения их стрессогенного действия: возраст старше 30 лет, наличие в анамнезе выкидышей, наличие УНБ до исследования во время этой беременности. Выявлено, что повышение показателей отягощенности психологического статуса (незащищенность в социальном плане, возраст старше 30 лет, наличие во время этой беременности до исследования УНБ, наличие в анамнезе выкидыша, наличие страха выкидыша, страха родов), сопровождается повышением показателя возникновения УНБ на ранних сроках. Установлено, что реже возникает УНБ на ранних сроках, если женщина замужем и если выносила и родила здорового ребенка. Выраженная копинг-стратегия «Принятие ответственности» связана со страхом выкидыша. Женщины с преобладанием этой стратегии более ответственно подходят к вынашиванию беременности и при возникновении неблагоприятного течения беременности больше переживают за исход беременности ( $R=0,38$ ). У них реже возникают повторные УНБ ( $R=-0,44$ ), что связано с ответственным подходом к вынашиванию беременности. У женщин со стратегией «Избегание» реже в анамнезе присутствуют нормальные роды ( $R=-0,49$ ). Женщины со стратегией «Положительная переоценка» чаще обращаются за помощью к психологам ( $R=0,46$ ). Выявлены преобладающие копинг-стратегии и особенности их проявления при УНБ на ранних сроках: «Положительная переоценка» и «Самоконтроль». В обычной ситуации эти стратегии оказываются эффективными, но в ситуации угрозы УНБ они работают против, т.к. в состоянии беременности на первый план выходят

чувства и телесные ощущения. Разрешение стрессовых ситуаций с помощью этих копинг-механизмов в состоянии беременности *может быть не эффективным*. Стратегия «Самоконтроль» основана на том, что негативное переживание преодолевается за счет намеренного подавления эмоций. При этом может наблюдаться стремление скрыть от окружающих свои переживания, связанные с проблемой. Это ведет к тому, что женщина с УНБ, находящаяся в состоянии дистресса, не может вывести свои переживания на уровень чувств, выразить их в слове, разрешить возникшую проблему. Переживания остаются «внутри», и состояние дистресса усугубляется. Важно понять, что стратегия «Самоконтроль» предполагает стремление скрыть от окружающих свои переживания, поэтому женщина с УНБ не обратится *сама* за помощью к психологу. Женщины с ведущей стратегией «Самоконтроль» чаще оказываются подверженными возникновению УНБ второй стадии, более опасной для сохранения беременности. Это может быть связано с тем, что эти женщины предпочитают сдерживать свои чувства, терпеть и не обращаются за медицинской помощью сразу при появлении первых тревожных симптомов, что приводит к развитию УНБ более тяжелой формы. Но если им предложить психологическую помощь, то они охотнее идут на контакт с психологом.

При оказании психологической помощи важно знать, что во время беременности, особенно в состоянии возникшей УНБ, нельзя погружать женщину в работу с ситуацией выкидыша в анамнезе. Это может растревожить женщину и привести к ухудшению психического состояния, что может быть опасно и привести к усугублению течения УНБ и к потере ребенка. Поэтому, если беременность сохранить все же не удастся, то оказывать психологическую помощь нужно сразу, в отделении, до и после операции чистки. Или, что менее желательно, в промежутке времени до новой беременности. Психологу нужно быть осторожным, понимая, что работая с прошлыми родами или прорабатывая предстоящие роды, можно спровоцировать угрозу преждевременных родов. Такую работу лучше проводить до 28 недели беременности.

Программа психологического сопровождения беременной женщины с УНБ на ранних сроках состояла из двух частей: *1 часть:* Всем женщинам в экспериментальной группе проводилась одновременно с проведением диагностики оперативная помощь в совладании с состоянием повышенной тревожности, вызванной воздействием стрессогенных факторов. Применялись методы: дыхательная релаксирующая гимнастика, цветомедитация и арт-терапия. *2 часть:* Работа с мотивацией и причиной стресса, выявленной с помощью анкеты, клинического интервью, теста на совладание со стрессом. Работа строилась на выявлении причины стресса через устранение ее или через изменение отношения женщины к ней, если устранить причину не получалось.

Работа с мотивацией с УНБ на ранних сроках необходима. В этот период женщина еще не адаптировалась к новой роли, не чувствует присутствие «ребенка в себе»; он характеризуется одновременным сосуществованием нескольких противоположных мотивов и сложными взаимоотношениями между ними — антагонистическими, что ведет к состоянию конфликта. Во время психологической помощи важно помочь женщине мотивировать себя на

рождение ребенка, разобраться в движущих мотивах. Психодиагностическая программа позволила выявить причины стресса, понять, почему женщина не смогла успешно адаптироваться к состоянию беременности при воздействии стрессогенных факторов. Создавались условия, при которых женщина оказывалась способной взглянуть на свои жизненные трудности со стороны, осознать неконструктивность способов поведения, найти адекватные действия, позволяющие получить новый эмоциональный и личностный опыт. Работа строилась строго индивидуально в виде клинической беседы.

*Результаты.* В экспериментальной группе у всех женщин беременность сохранилась. В контрольной группе из 9 женщин беременность сохранена у 7 женщин. Выявлены значимые различия в экспериментальной и контрольной группах по показателю сохранности беременности ( $p=0,047$ ). В экспериментальной группе повышение показателей «Активность» и «Настроение» значимо выше, чем в контрольной, т.е. значимо повысились психосоматические показатели. Клинические показатели также улучшились; значимо увеличился показатель сохранности беременности.

### **Литература:**

1. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2001. – 348 с.
2. Ветчанина, Е.Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Е.Г. Ветчанина. Томск, 2003. – 191 с.
3. Грон Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Е.А. Грон. Москва, 2004. – 155 с.
4. Добряков, И.В. Перинатальная психология XXI века – традиционные и новые проблемы: интервью на 9 саммите психологов в СПб. / И.В. Добряков. URL: <http://www.psy.su/summit/program/video/> (дата обращения 05.06.2015).
5. Филиппова Г.Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства / Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и медицина (профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств): Сб. науч. работ по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В. Добрякова. СПб., 2003. – С. 32-33.
6. Хломов К.Д. Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей на течение беременности у женщин с угрозой прерывания / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколопов // Сибирский психологический журнал. 2007. № 26. – С. 148-153.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН,  
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

*Сафонова А.С., Золотова И.А.*  
**ФГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России**

*Ключевые слова: психологический компонент гестационной доминанты, преждевременные роды, установочное отношение к новорожденному.*

Данная работа посвящена проблеме психологической готовности современных женщин к материнству. Выбранная нами тема является актуальной, так как длительное время отмечалась тенденция к снижению рождаемости в нашей стране. В настоящее время отмечается некоторый рост рождаемости, но в связи с репродуктивными проблемами увеличивается количество преждевременных родов. Преждевременные роды обуславливают возникновение различных заболеваний раннего неонатального периода новорожденного. Кроме того, в связи с отсутствием психологической готовности к предстоящему материнству и отцовству, большое количество семей распадается и увеличивается количество детей, которые потенциально могут попасть в социальные учреждения. Растет число случаев жестокого обращения с детьми и отсутствует возможность вовремя оказать психологическую помощь этим детям и их матерям. Для того чтобы беременность протекала комфортно, без каких-либо осложнений, необходимо больше уделять внимания женщинам на всех этапах протекания беременности со стороны акушеров гинекологов и перинатальных психологов. Для этого целесообразно своевременно выявить тип психологического компонента гестационной доминанты и путем корректирующих мероприятий способствовать формированию оптимального отношения женщины к своей беременности, к себе, как к матери, к будущему ребенку. Психологический компонент гестационной доминанты отражает степень готовности женщины к материнству и способствует благоприятному течению беременности и своевременным не осложненным родам.

Беременность это стресс для женского организма. Когда мы знаем особенности психологического компонента гестационной доминанты, то мы можем психологически правильно сформировать программу помощи и сопровождения беременных, которые находятся в группе риска по перинатальной патологии в условиях женской консультации и на всех этапах родовспоможения.

**Цель:** исследовать психологические особенности компонента гестационной доминанты у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.

**Гипотеза исследования:**

Женщины, беременность которых закончилась преждевременными родами, имеют чаще тревожный или депрессивный тип ПКГД.

В исследовании нами были использованы следующие методы и методики.

1. Клиническая беседа и метод полуструктурированного интервью. Данный метод работы использовался для того, чтобы установить контакт с женщиной и создать благоприятную обстановку для исследования, выявить определенные черты личности и особенности протекания ее беременности.

2. Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова. Данная методика позволяет выявить тип психологического компонента гестационной доминанты.

3. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой. Данная методика была использована для изучения установочного отношения женщины к новорожденному ребенку, а также с целью изучения неосознаваемых эмоциональных особенностей формирующихся диадических отношений «мать – дитя». Для нашего исследования диагностически значимыми явились следующие содержательные особенности рисунка:

1. Изображение ребенка на руках собственной матери — как отражение неприятия новорожденного, нарушение в диадических отношениях «мать-дитя», бессознательное освобождение себя от «уз материнства».

2. Ребенок на руках у матери свидетельствует о благоприятной ситуации, отсутствии внутриличностных конфликтов, связанных с состоянием материнства.

3. Отсутствие на рисунке образов себя - матери, собственной матери или ребенка говорит об очень серьезных нарушениях отношений, т. е. о полном отвержении.

4. Половая и возрастная идентификация себя - матери, собственной матери или ребенка как отражение их образов, в соответствии с реальной жизненной ситуацией.

5. Изображение образов себя - матери, собственной матери и ребенка в виде обезличенных, одного размера, возраста и пола фигур свидетельствует о глубоких нарушениях полоролевой идентификации.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областного перинатального центра» города Ярославля. В нем приняли участие 30 женщин, из которых была выделена основная группа в количестве 15 человек в возрасте от 26 лет до 41 года со сроком гестации 25-34 недели и контрольная группа в количестве 15 человек в возрасте от 23 до 42 лет со сроком гестации 38-41 неделя.

По результатам нашего исследования можно сделать следующие выводы.

1. Цели нашего исследования были достигнуты. Мы исследовали особенности психологического компонента гестационной доминанты у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.

2. Гипотеза нашего исследования не подтвердилась. У 80% женщин основной и контрольной группы был выявлен преимущественно оптимальный тип ПКГД.

3. Следует отметить, что у большинства женщин контрольной и основной группы при выявленном оптимальном типе ПКГД присутствуют черты

тревожного типа ПКГД, в частности: в отношении предстоящих родов, в отношении состояния здоровья ребенка и в отношении кормления грудью.

4. При проведении проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок» были выявлены следующие особенности:

1. Отсутствие восприятия новорожденного в соответствии с его реальным возрастом. В целом рисунки отличаются мелким изображением схематичностью (контрольная группа – 13%, основная группа – 40%, изображают ребенка в старшем возрасте, чем есть на самом деле).

2. Символическое непринятие ребенка - женщины изображают ребенка изолированно от себя, на руках своей матери, «прячут» ребенка в коляску (контрольная группа – 20%, основная группа – 13%).

3. Отсутствие полоролевой и возрастной идентификации, материнской идентификации, говорит о нарушении онтогенеза материнской сферы (контрольная группа - 6%, основная группа – 33%) и, в свою очередь, свидетельствует о неготовности женщин к материнству.

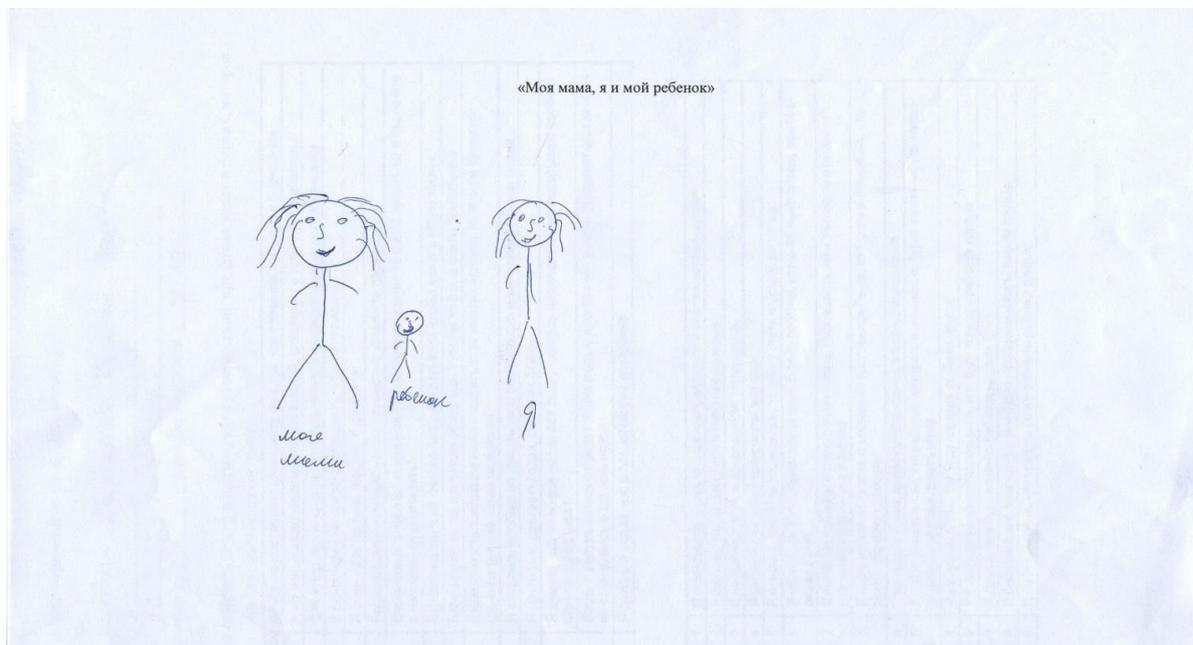
5. Мы предполагаем, что некоторые женщины давали социально-одобряемые ответы при проведении методики «Тест отношений беременной». При проведении проективной методики с целью изучения установочного отношения к новорожденному и отношению к себе как матери, отчетливо видно наличие проблемы положительного эмоционального принятия новорожденного ребенка как у представительниц основной, так и представительниц контрольной группы, а также проблемы становления материнской сферы.

#### Иллюстрация клинического случая № 1.

*«Ш. имеет высшее образование, ее возраст 32 года, замужем. Беременность первая, желанная, осложненная гестозом, закончилась оперативным родоразрешением при сроке гестации 29-30 недель. Со слов женщины, при беременности она подвергалась незначительному стрессу, а именно в период вынашивания ребенка постоянно переживала по поводу его развития и состояния здоровья. «Из-за стресса, который был во время беременности, у меня сейчас нет молока», - говорит Ш. Это свидетельствует об отсутствии своевременно сформированной лактационной доминанты.*

*По результатам исследования, проведенного с помощью методики «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков), у нее выявлен смешанный тип ПКГД. Тревожное отношение к предстоящим родам, к здоровью своего ребенка и к кормлению грудью (нет молока). Она не изменила свой образ жизни, когда узнала, что беременна и муж не изменил отношения к ней. При этом выявлено депрессивное состояние по отношению к себе, как к матери (считает, что не может стать хорошей матерью).*

*По результатам проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок» выявлено: 1) на рисунке отсутствует возрастная и полоролевая идентификация; 2) связь матери с ребенком отсутствует, он находится изолированно, ближе к бабушке, что позволяет предположить символическое непринятие новорожденного.*



Таким образом, полученные нами данные позволили выявить особенности проявления установочного отношения к новорожденному ребенку и восприятию его в ранний неонатальный период у женщин с различными типами ПКГД, беременность которых закончилась преждевременными родами со сроком гестации 25-34 недели, а также у женщин, беременность которых закончилась своевременными родами.

Данное исследование было пилотным. Его результаты говорят нам о необходимости применения диагностических и коррекционных программ психологической помощи матери в перинатальный период. В последующем мы планируем подробнее изучить установочное материнское отношение к новорожденному у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.

### Литература:

1. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.
2. Добряков И.В. Влияние личностных особенностей женщин на формирование различных вариантов психологического компонента гестационной доминанты // Психическое здоровье. – 2012. Т. 10. № 9 (76). – С. 80-84.
3. Добряков И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. № 1 (45). – С. 46-50.
4. Жупиева Е.И. Основы перинатальной психологии / Е.И. Жупиева. – Иркутск. – 2010.
5. Золотова И.А. Отношение к новорожденному у женщин группы риска: дис. ... канд. психол. н. – Кострома, 2013. – 179 с.

6. Золотова И.А. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» в изучении отношения к новорожденному ребенку у женщин, отказывающихся от медицинского сопровождения в период беременности / И.А. Золотова // Экспериментальный метод в структуре психологического знания. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – С. 725-729.

7. Золотова И.А. Установочное отношение к новорожденному ребенку у несовладающих женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности / И.А. Золотова, С.А. Хазова // Медицинская психология в России; материалы 1 международной конференции «Медицинская психология: исторические традиции и современная практика». Ярославль, 2014 г.

8. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – М., 2000. – 449 с.

## **ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ОПЫТОМ АБОРТА**

*Селин А.В., Смирнов Н.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (отделение гуманитарных и общественных наук) в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.*

Проблема беременности и материнства – одна из наиболее разрабатываемых на сегодняшний день областей в науке, в последнее время отмечается рост исследований психологических компонентов беременности, среди которых выделяют эмоционально-мотивационную сферу, ценностно-смысловую сферу, смысложизненные ориентации и Я-концепцию беременных женщин, также самосознание будущих матерей.

Рассматривается множество фактов, связанных с периодом беременности, но до сих пор остается открытым рассмотрение факта невынашивания беременности (аборта), в особенности взаимосвязь принимаемого женщиной решения и ее отношения к беременности как таковой.

Исходя из вышесказанного, проблемой нашего исследования выступает вопрос, как влияет опыт аборта на отношение женщин к беременности.

Объект исследования – отношение женщин к беременности.

Предмет исследования – влияние опыта аборта женщин на отношение к беременности.

Таким образом, гипотезой исследования является предположение, что имеет место отличие отношения к беременности женщин, перенесших аборт и женщин, не имеющих такого опыта.

Цель исследования – изучить отношение к беременности женщин с опытом аборта.

В качестве воздействия выступает некоторое реальное событие из жизни. Отбирается группа «испытуемых», подвергшаяся воздействию (в данном

случае воздействие – опыт искусственного прерывания беременности). Данные, полученные в результате тестирования групп, сопоставляются, и делается вывод о влиянии «естественного» воздействия на дальнейшее поведение испытуемых.

Методами исследования выступили:

1. Тест отношения беременной И.В. Добрякова
2. Тест-опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко).
3. Опросник удовлетворенности браком (ОУБ), разработанный В.В. Столиным, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко, предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности - неудовлетворенности браком.
4. Методика «Индекс жизненного стиля».

В качестве методов статистической обработки использовались: критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых выборок.

Исследование проводилось на базах ОБУЗ «Областной перинатальный центр» по адресу г. Курск, пр-т Вячеслава Клыкова, 100, и на базе «Курская женская консультации № 2» по адресу г. Курск, ул. Энгельса, 10 в, в период с 30 ноября по 17 декабря 2016 года. Исследование проводилось преимущественно во второй половине дня.

В нашем исследовании используются 2 группы:

1. Женщины (22-27 лет) на 1 триместре беременности без опыта аборта.
2. Женщины (22-27 лет) на 1 триместре беременности с опытом аборта.

Нами было проведено исследование частоты встречаемости типов отношений у женщин с опытом аборта и без. Группы не связанные, значения находятся в номинативной шкале, следовательно, использовался критерий Х<sup>2</sup>-Пирсона.

Значимые различия были обнаружены в распределении встречаемости типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) по типу отношения - депрессивный.

Из вышеуказанных данных видно, что в выборке беременных женщин с опытом аборта преобладает депрессивный тип ПКГД, который проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что боится процесса родов и опасается за состояние своего здоровья.

В выборке беременных женщин без опыта акушерской патологии преобладающим является тревожный тип ПКГД и оптимальный тип. Тревога может быть вполне оправданной и понятной вследствие активации защитных реакций. Женщина испытывает страх за исход беременности, родов, послеродовой период. В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает.

Анализ механизмов психологических защит.

Нами было проведено исследование напряжения психологических защит у женщин с опытом аборта и без. Группы не связанные, значения находятся в порядковой шкале, следовательно, использовался критерий U Манна-Уитни.

По данному параметру были обнаружены статистически значимые результаты, что свидетельствует о преобладании в группе с опытом аборта такого защитного механизма как вытеснение.

Вытеснение – механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными.

По мнению большинства исследователей, этот механизм лежит в основе действия и других защитных механизмов личности. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты.

По данному параметру были обнаружены статистически значимые результаты, что свидетельствует о преобладании в группе с опытом аборта такого защитного механизма как регрессии. Полученные данные соотносятся с теоретическими предположениями о большем проявлении инфантильных черт у женщин решившихся на прерывание беременности.

В классических представлениях регрессия рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. При этой форме защитной реакции личность, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях.

Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий (потенциально возможный) арсенал преобладания конфликтных ситуаций. К этому механизму относится и упоминаемая в литературе защита по типу «реализация в действии», при которой неосознаваемые желания или конфликты прямо выражаются в действиях, препятствующих их осознанию. Импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля, свойственная психопатическим личностям, определяются актуализацией именно этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону их большей упрощенности и доступности.

По остальным значениям статистически значимых результатов не обнаружено.

Удовлетворенность браком.

Нами было проведено исследование удовлетворенности у женщин с опытом аборта и без. Группы не связанные, значения находятся в номинативной шкале, следовательно, использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона.

Значимых различий по данному критерию обнаружено не было ( $p$ -level -0,4346).

Отмечается, что в группе женщин без опыта аборта чаще отмечают супружеские отношения как более удовлетворительные, что позволяет их чаще относить к категории благополучных семей. В группе с опытом перенесенного аборта больше семей «переходных», т.е. не являющихся однозначно благополучными, но и нельзя их отнести к неблагополучным. В таких семьях

чаще проявляется эмоциональная холодность в отношениях, низкий уровень поддержки.

Выводы.

Обнаружены особенности проявлений защитных механизмов в группе женщин перенесших опыт аборта. В этой группе выше уровень напряжения таких механизмов как вытеснение и регрессия, что соотносится с данными, согласно которым женщины с опытом аборта склонны чаще проявлять черты инфантильности.

Обнаружено, что в группе женщин без опыта аборта чаще отмечают супружеские отношения как более удовлетворительные, что позволяет их чаще относить к категории благополучных семей.

### **Литература:**

1. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Зависимость типа привязанности ребенка ко взрослому от особенностей их взаимодействия // Психол. журн. 1999. Т. 20. № 1. – С. 39-48.
2. Баженова О.В, Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка.
3. Блюм А.И. Психологические особенности телесного опыта беременности женщин, перенесших аборт. Диссертация, СПб., 2015.
4. Брутман В.И., Радионова М.С. (электронный ресурс) // Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности «Вопросы психологии». – 1997. № 6. – С. 38-47.
5. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001.
6. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Автореф. канд. дис. М., 1987.
7. Василенко Т.Д., Блюм А.И. Особенности принятия роли матери женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности (Электронный ресурс) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 10.12.2016).

## **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕАЛЬНОЙ И ИДЕАЛЬНОЙ СЕМЬЕ У ПОДРОСТКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

*Семенова Г.В.*

**ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена**

Семья ребенка, подростка с церебральным параличом – совершенно особый объект исследования. Эта «особость» связана как с теми характеристиками, которые имеет церебральный паралич [1, 7], так и с символическим значением этого заболевания для всей семейной системы. Психосоматическая символика свойственна практически каждому заболеванию [9], однако в случае с детским церебральным параличом (ДЦП) она

приобретает свое специфическое значение. Отсутствие возможности двигаться самостоятельно означает полную зависимость ребенка от родительской семейной системы, трудности психологической сепарации и физического отделения [7, 8]. Для родителей же рождение больного ребенка (если речь идет о тяжелой степени тяжести двигательных нарушений) означает крушение надежд на будущее, «распадение» перспективы.

Семья, являющаяся целостной и сложной системой, имеет свои границы [3, 10]. Поскольку тяжелое заболевание ребенка с ДЦП очевидно окружающим, семейная система нередко сталкивается со сложнейшими, жесткими формами эксклюзии [4]. В результате как защитная реакция формируется практически полная непроницаемость семейных границ, что особенно выражается в ситуациях исследования. Абсолютная закрытость матерей, их нежелание вступать в контакт с экспериментатором, категорический запрет на обследование ребенка, подростка с ДЦП – следствие жесткой, некомпенсированной травматизации на разных социальных и психологических уровнях.

В 2016 г. нами было задумано и проведено исследование, касавшееся семейных систем подростков с ДЦП. В данной статье хочется остановиться лишь на некоторых предварительных результатах, касающихся представлений подростков с церебральным параличом об их реальных и идеальных семьях. Под структурными характеристиками понимаются элементы и взаимосвязь между ними, а именно: состав семьи, способ включения в нее членов, число конкретных элементов (мужчин и женщин) в реальной и идеальной семейных системах, значимость этих членов для испытуемых.

В проведенном исследовании принимали участие подростки в возрасте от 13 до 18 лет; средний возраст испытуемых составил 16,2 года. Называем подростками данную категорию не случайно. У всех испытуемых наблюдается значительная инфантилизация, которая является следствием как самого заболевания, так и условий воспитания. Подростки обучаются в школе для учеников с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с 5 по 11 классы включительно.

В выборке представлены 3 формы ДЦП: спастическая диплегия, правосторонний гемипарез, гиперкинетическая форма. Обследованы испытуемые с легкой (3 человека), средней (5 человек) и тяжелой (6 человек) степенью выраженности нарушений. У всех подростков интеллект сохранен. Всего в исследовании приняли участие 14 человек – 12 мальчиков и 2 девочки. Преобладание мальчиков в выборках подростков с ДЦП – типичная особенность лиц, страдающих данным заболеванием. В изученной выборке имеется один ребенок-близнец из тройни, появившейся на свет в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Для исследования была использована методика «Семейная социограмма» [5, 6, 10] в варианте реальной и идеальной семьи.

В ходе исследования были получены следующие данные.

Среднее число кругов, символизирующих количество членов реальной семьи, – 4,4 (минимальное число – 2, максимальное – 8).

Во всех рисунках реальной семьи присутствуют сами испытуемые и их матери. У 9 человек из 14 (64,3%) в социограммах изображены отцы, что соответствует реальному положению дел (полная семья или поддержание контакта с отцом после развода родителей).

Для идеальной семьи подростка с ДЦП складывается схожая картина. Среднее число членов семьи – 4,4 человека (минимальное число – 2, максимальное – 6).

На социограмме идеальной семьи отмечается отсутствие самого испытуемого в 2-х случаях (14,3%) и отсутствие матери в 3-х случаях (21,4%). Отец отсутствует на рисунках в 6 случаях (присутствует, соответственно, в 8 случаях, что составляет 57,1%). Факт присутствия матери на всех социограммах свидетельствует о значимости ее фигуры для подростка с ДЦП, что обусловлено в том числе спецификой заболевания и невозможностью самостоятельного существования такого подростка.

Неблагополучной, согласно избранному методу исследования, является ситуация «матрешки», когда один член семьи «врисован» в другого. В нашей выборке такая ситуация встречается дважды в реальной семье и один раз – в идеальной. Пересечение кругов обнаруживается в реальной семье 3-х случаях, в идеальной – в 2-х. Соприкосновение кругов в реальной семье изображают 3 испытуемых, в идеальной – 5 человек. Это также свидетельствует о чрезмерной зависимости подростка с церебральным параличом от членов семейной системы.

В реальных и идеальных семьях подростков с церебральным параличом присутствуют такие члены, как бабушки, дедушки, сиблинги – братья и сестры, в том числе – двоюродные, тети и дяди; в идеальных семьях, помимо указанных членов, также выделяются крестные родители и сказочные персонажи. Это качественные различия, статистически достоверных различий по этим структурным единицам не выявлено.

Все эти данные демонстрируют небольшие различия между изученными структурными характеристиками реальных и идеальных семей подростков с ДЦП.

Исследования С.А. Векиловой [2] натолкнули нас на мысль о возможности сравнить число мужчин и женщин в реальных и идеальных семейных системах, изображенных испытуемыми. В проведенном исследовании в реальных семьях всего испытуемыми было указано одинакового количества мужчин и женщин – по 32 человека для каждой половой группы. В идеальной семье имеется тенденция к уменьшению числа как мужчин (28 человек), так и женщин (23 человека). При проверке гипотезы о достоверности различий разница в женской части реальных и идеальных семей близка к статистической (на уровне тенденции, когда  $U=63,5$  при  $p=0,06$ ). В количестве мужчин значимых различий не обнаружено.

Средний размер кругов, символизирующих самих испытуемых, составляет для реальной семьи – 20,1 мм, для идеальной семьи – 20,2 мм. Видно, что показатели не различаются.

Средний размер кругов, символизирующих отцов испытуемых, составляет для реальной семьи – 14,6 мм, для идеальной семьи – 13 мм. Достоверных различий между этими показателями нет.

Средний размер кругов, символизирующих матерей испытуемых, составляет для реальной семьи – 21,9 мм, для идеальной семьи – 16 мм. Достоверных различий между этими показателями также не обнаружено; однако на уровне тенденции можно говорить о снижении значимости материнских фигур в желаемых семьях подростков с ДЦП ( $U=64$  при  $p=0,06$ ).

Еще одна особенность рисунков подростков с церебральным параличом – наличие заштрихованных кругов и изменение формы круга (чаще всего встречается эллипс, а также «каплевидная», или «яйцеобразная» форма). Хотя эти случаи единичны, они тоже рассматривались. Дальнейшее изучение этих характеристик побуждает произвести сравнение изучаемой группы испытуемых с их здоровыми сверстниками, что планируется сделать на следующем этапе исследования.

Таким образом, по результатам данного исследования можно сделать некоторые предварительные выводы.

Во-первых, отмечается специфическая удовлетворенность подростков с ДЦП реальной семейной ситуацией, что выражается в отсутствии значимых различий между проекциями реальных и идеальных семей в семейных социограммах.

Во-вторых, в очередной раз результаты исследования заставляют задуматься о феномене «женского проклятия», описанного нами ранее. Действительно, семьям, где есть ребенок или подросток с церебральным параличом, свойственно искать «виноватого» в рождении больного ребенка: родители пытаются понять, с какой стороны «пришел дефект» - со стороны отца или со стороны матери. Полученные данные позволяют полагать, что эти споры имеют некоторые объективные основания.

### Литература:

1. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы) // Неврология. – 2012. № 8. – С. 401-405.
2. Векилова С.А. Мужские и женские семейные роли в историях многопоколенных семей // Мужское и женское: сотрудничество и конфронтация. Сборник научных трудов Международной научной конференции / под ред. В.Е. Быданова, Н.А. Вахнина, О.А. Штайн. – СПб.: Горный университет, 2016. – С. 67-71.
3. Векилова С.А. Психология семьи. – М.: Юрайт, 2016.
4. Векилова С.А., Семенова Г.В. Социальная эксклюзия как психологическое явление // Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей. Материалы V Всероссийской научно-практической (заочной) конференции. – СПб.: СВВТ, Перо, 2015. – С. 120-125.

5. Горьковая И.А. Проективная графическая методика «Семейная социограмма»: визуализация представлений о реальной и виртуальной семье [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 29.04.2017).
6. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании. – СПб.: Речь, 2010.
7. Семенова Г.В., Никитина Л.Н. Дистанционное обучение детей с множественными нарушениями развития / под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: ИСПиП, 2012.
8. Семенова Г.В., Никитина Л.Н. Сопоставление межличностных отношений детей и подростков с церебральным параличом, обучающихся надомно по традиционной и очно-дистанционной моделям обучения [Электронный ресурс] // Письма в Эмиссия. Оффлайн: электрон. науч. журн. 2014. № 4. URL: <http://www.emissia.org> (дата обращения: 29.04.2017).
9. Солнцева Н.В., Яковлева Н.В. Представления о семье и окружающем мире подростков с хронической гастродуоденальной патологией // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. – СПб.: ИПП, Свист, 2012. – С. 55-62.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999.

## **СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

*Сердюков Д.А., Борисенко А.В., Смирнова С.Н., Жукова А.А.,  
Лященко О.И.*

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет  
имени В.И. Вернадского»**

Вопрос репродуктивного здоровья является одной из самых актуальных проблем современного общества. Вопреки ошибочному, всеобщему мнению, следить за здоровьем своей репродуктивной системы следует начинать не с планирования рождения ребенка, а задолго до того. Профилактические осмотры у врача необходимы людям всех возрастов, начиная с детства и заканчивая старостью.

Цель исследования: изучить различные мнения людей и выяснить степень осведомленности населения в области репродуктивного здоровья мужчин и женщин на разных этапах онтогенеза.

Для получения данных нами было проведено анкетирование, в котором приняло участие 150 человек: 18-25 лет (47%), 25-30 лет (13%), старше 40 лет (20%), включавшее в себя вопросы по следующим темам: «Репродуктивное здоровье мужчин и женщин», «Половое воспитание», «Личная гигиена», «Заболевания репродуктивной системы».

Особенностью данного исследования является возрастная и половая неоднородность, многонациональный состав исследуемой группы.

При обработке результатов исследования было установлено, что 47% активно следят за своим репродуктивным здоровьем, 19% посещают врача реже одного раза в год, 22% не обращают внимания на свое здоровье до появления симптомов заболевания, 12% обращались к врачу более 5 лет назад. В ходе анкетирования нам удалось установить причины несерьезного отношения к своему здоровью. 24% респондентов ссылаются на издержки своего воспитания, основанного на недостаточном пояснении гендерных различий, 19% считают причиной низкий уровень доверия в семье, 36% испытывают неудобства во время обсуждения своих интимных проблем с посторонним человеком, которым является врач, 21% утверждают, что им недостаточно свободного времени для посещения врача.

Следует отметить, что наиболее серьезно к вопросам репродуктивного здоровья подходят люди в возрасте 18-30 лет (60% нашей исследуемой группы). По нашему мнению, это не является хорошим показателем, так как 79% от общего числа исследуемой аудитории не задумывались над этим вопросом до наступления половой зрелости и зачатия ребенка. Фактическая беременность обязывает женщин обратиться к врачу гинекологу, а стремление родить ребенка заставляет задуматься о своем здоровье представителей обоих полов, что чаще всего и происходит с людьми данной возрастной категории.

Родителям важно знать об особенностях строения репродуктивной системы мальчиков и девочек [1].

Половое созревание девушек охватывает период с 12-13 лет до 18-20 лет. Увеличивается синтез половых гормонов, происходит рост костей таза, молочных желез, наблюдается оволосенение по женскому типу, происходят изменения в пропорциях фигуры – формируется узкий плечевой пояс, относительно широкие бедра, появляется менархе. Первая менструация наступает чаще всего в 12-14 лет, этот возраст индивидуален для каждой девочки и зависит от состояния здоровья, климата, наследственности и условий жизни [2, 1].

Половое созревание у подростков мужского пола охватывает период с 11-12 лет до 16-18 лет. Под действием мужских половых гормонов в первую очередь увеличиваются в размерах яички, наблюдается рост полового члена и оволосенение по мужскому типу. Происходит мутация голоса, рост щитовидного хряща, телосложение приобретает мужские пропорции – широкий плечевой пояс и относительно узкие бедра. К четырнадцати годам наступают первые поллюции, что является важным показателем физиологической зрелости, которые становятся регулярными к 16 годам [1, 6, 2].

Недостаток или отсутствие полового воспитания детей их родителями является одним из решающих факторов в формировании отношения к своему репродуктивному здоровью [7]. Всего 17% исследуемой группы могут говорить со своими родителями о процессе полового созревания, 36% испытывают неловкость и стыд, обсуждая данную тему с кем бы то ни было, в том числе и врачом, как следствие: недостаточная информированность, редкие

профилактические осмотры или их отсутствие. Мужская половина нашей целевой аудитории обращается за помощью к специалистам в 5 раз реже, чем женская [2].

После 40 лет (20% исследуемой аудитории) люди не обращаются за помощью к специалистам, так как опасаются обнаружить у себя какое-либо заболевание, не видят смысла или не находят времени. Мужчины и женщины данной возрастной категории требуют особого внимания, что связано со снижением гормональной функции половых органов и физиологическими изменениями организма в целом [3].

Изменения в репродуктивной системе мужчин протекают постепенно и связаны с изменениями в тканях яичек, выработкой спермы и эректильной функцией. Андропоуза характеризуется изменениями не только в половых органах, но и в соответствующих отделах головного мозга, которые, перестраивая свою работу, замедляют вирильные команды, и как следствие, наблюдается снижение репродуктивной функции и полового влечения, происходит замедление наступления эрекции, сопровождающееся ее неполнотой, преждевременное или задержанное семяизвержение, ощущение усталости после полового контакта. Часто можно наблюдать изменения в организме в целом, сопровождающиеся усилением склонности к набору веса и снижению мышечной массы, что может приводить к изменениям пропорций фигуры. Увеличение предстательной железы приводит к проблемам с мочеиспусканием, наблюдаются вегетососудистые изменения, скачки артериального давления, головные боли. Отмечается быстрая утомляемость [7, 8].

Деструктивные изменения женской половой системы начинаются в возрасте 45-55 лет и характеризуются нарушением цикличности менструаций, которые в конечном итоге прекращаются. В организме женщины снижается выработка половых гормонов эстрогена и прогестерона, что и приводит к менопаузе, которая сопровождается ациклическостью менструаций и их прекращением, тахикардией, приливами, повышенным потоотделением, снижением тонуса кожи, нарушением памяти, перепадами настроения, сухостью слизистой оболочки влагалища и болезненными ощущениями при половом контакте, снижением полового влечения [4]. Наблюдается снижение плотности костей и уменьшение костной массы, что связано с потерей кальция и может привести к остеопорозу. Менопауза длится пять и более лет. Гормональная заместительная терапия позволяет корректировать общее состояние женского организма с последующим снижением риска развития долгосрочных проблем, связанных с заболеваниями сердечнососудистой системы и остеопороза [5], [4], [8].

В ходе исследования нам удалось выяснить, что:

1. Больше 50% респондентов задумываются над вопросами своего репродуктивного здоровья, но часто занимаются самолечением или не находят времени для посещения гинеколога или андролога.

2. Наблюдается сильное влияние различных факторов, таких как: отношения в семье, воспитание, материальное положение на формирование у человека отношения к своему здоровью.

### **Литература:**

1. Современные вспомогательные репродуктивные технологии и программирование здоровья ребенка и взрослого человека / Н.В. Башмакова, П.Б. Цывьян // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 10. – С. 35-40.

2. Особенности репродуктивного поведения молодежи / Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 12. – С. 96-101.

3. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья: 2 Национальный конгресс «Дискуссионные вопросы современного акушерства» / Ю.Э. Доброхотова // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 5. – С. 113-116.

4. Менопауза: новый взгляд на старую проблему / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, А.О. Исламова // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 1. – С. 7-12.

5. Гендерный подход к изучению репродуктивных установок молодежи / О.Р. Радченко // Гигиена и санитария. – 2011. – № 4. – С. 70-73.

6. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья человека / И.В. Карпухи // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2011. – № 2. – С. 36-38.

7. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 7-9.

8. Морфофункциональные изменения репродуктивной системы женской и мужской при перемене пола / В.В. Михайличенко, В.Н. Фесенко, Н.М. Хмельницкая и др. // Урология. – 2013. – № 3. – С. 18-23.

## **ПРОЦЕССЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЕГО ЛИЧНОСТИ**

*Симоненко И.А.*

**Курский государственный медицинский университет**

Идентификация (от лат. *identificare* – «отождествлять», «устанавливать совпадение») – процесс отождествления одного человека (субъекта) с другим (объектом). Процесс идентификации в работах З. Фрейда (в некоторых переводах – самоотождествление) возникает очень рано, преимущественно в связи с истерическими симптомами. Однако со временем, как отмечают Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис [2], «самоотождествление заняло в работах Фрейда ведущее положение и стало обозначать не один из психических механизмов наряду с другими, но сам процесс образования человеческой субъективности» [2, стр. 51.] В цитируемой работе далее указывается, что развитие психоанализа привело к возрастанию роли идентификации, отныне

различные личностные инстанции описываются уже не как самостоятельные системы, но как результат совокупности разнородных самоотождествлений.

Идеи идентификации классического психоанализа были развиты также в работах А. Адлера, Э. Фромма, а также М. Клейн, К. Хорни и др. В этих же направлениях рассматривали идентификацию Ж. Лакан и его последователи.

В отечественной психологии идеи развития ребенка через отождествляющую связь «мы» становятся одной из основных идей культурно-исторической теории Л.С. Выготского [1]. Лев Семенович разработал теорию, показывающую, как «через других мы становимся самим собой». В работах В.С. Мухиной дается подробный анализ процесса идентификации, как механизма развития личности и присвоения им социокультурного опыта. В.С. Мухина также вносит в описание основных механизмов развития личности идентификацию и обособление, описывая связь между этими механизмами как диалектическую [3].

Наиболее ранняя и достаточно очевидно наблюдаемая (через подражание) идентификация с матерью рассматривается нами как начало сложного и многовекторного процесса идентификации ребенка с другими значимыми людьми, группами, культурой. Потребность ребенка в сепарации от объекта первичной привязанности, развития автономии и индивидуации мы рассматриваем как системообразующий фактор в формировании триады. Идентификация, рассматривается нами как механизм формирования первичной триады отношений ребенка в семье. Мы вводим понятие идентификационного партнера ребенка в семье, под которым понимаем человека, значимого как для ребенка, так и для его объекта привязанности (чаще всего матери) и состоящего как с ней, так и с ребенком в эмоциональной связи. Идентификация ребенка с таким партнером является формой проявления эмоциональной связи к близкому авторитетному лицу и ведет к «интериоризации», «интроекции» внутренних психических структур личности идентификационного партнера.

Вопрос установления идентификационных партнеров ребенка в семье достаточно сложный и связан со многими аспектами семейной системы и особенностями самого ребенка. Мы считаем, что по анализу семьи, отношений матери и ребенка к различным ее членам, вопросам границ, власти и т.п. не возможно точно определить, кто же является идентификационным партнером ребенка в семье. Эта информация должна являться лишь дополнительной к анализу поведенческих и психологических характеристик самого ребенка. Также, как невозможно по характеристикам матери сказать, насколько надежной является привязанность к ней ребенка. Качество привязанности можно узнать лишь по ребенку, по его «ответу» на проявления матери и различные ситуации. Так же невозможно определить идентификационного партнера ребенка в семье по одним лишь характеристикам семейной системы. Идентификация ребенка с тем или другим членом семьи является его персональным «ответом» на семейную ситуацию в целом, с учетом его актуальных потребностей и психологических особенностей. А значит и основная информация для определения идентификационного партнера связана

с анализом психологических и поведенческих характеристик самого ребенка. Какие же это характеристики? Попробуем ответить на этот вопрос.

Прежде всего, следуя логике описания механизмов формирования триады, описанных В. Цимприх [6], ребенок нуждается в новой модели отношений с мамой как с объектом привязанности, что и позволит ребенку занять позицию, отнестись, а значит дистанцироваться и начать процесс сепарации в уже тесных для него диадных отношениях. Таким образом, во взаимодействии ребенка и матери начинают проявляться паттерны поведения другого значимого для ребенка и матери человека. В отношении и поведении ребенка к матери с некоторого момента (мы предполагаем, что это возраст от года до трех) мы можем распознать признаки отношения и поведения его идентификационного партнера к ней же. Это один из первых признаков в поведении ребенка, по которому мы можем диагностировать его идентификационного партнера. Вопрос, на который мы будем отвечать в связи с этим признаком, следующий: «Чье поведение в отношении матери копирует или частично проявляет ребенок?»

Подытоживая вышеизложенную информацию, мы можем сказать, что под идентификационным партнером ребенка мы понимаем человека, значимого как для ребенка, так и для его объекта привязанности (чаще всего матери) и состоящего как с матерью, так и с ребенком в эмоциональной связи. Идентификация ребенка с таким партнером является формой проявления эмоциональной связи к близкому авторитетному лицу, и ведет к «интериоризации», «интроекции» внутренних психических структур личности идентификационного партнера, особенно в той ее части, которая влияет на характер проявления себя в мире. Ребенок посредством идентификации интериоризирует отличную от матери модель общения и в целом установок в отношении себя и других людей, что способствует процессу обособления и сепарации в отношениях с объектом первичной привязанности. Отношения с первичным объектом привязанности и идентификационным партнером ребенка формируют первую триаду отношений в жизни ребенка.

Мы также можем сделать вывод о том, что личность идентификационного партнера, ее целостность и зрелость имеют большее значение в развитии ребенка, нежели степень родства или тот факт, кем именно с точки зрения семейных связей является этот человек.

Наиболее неблагоприятной с точки зрения развития личности ребенка является формирование идентификационной связи как защитного механизма. Идентификация с властным или агрессивным человеком, по механизму идентификации с агрессором препятствует развитию целостности личности и расщепляет её на эмоциональные доли «жертвы» и «агрессора». Посредством идентификационных связей ребенок также может интегрировать деструктивные формы поведения, не пережитый травматический опыт, и другой стрессогенный эмоциональный опыт, а также способ совладения с ними идентификационного партнера.

### Литература:

1. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. соч.: В 6 т. – М., 1983. – Т. 3. – С. 144.
2. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. – М.: Издательство: Высшая школа. – 1996 – С. 623.
3. Мухина В.С. Проблема генезиса личности. – М., 1985 – С. 103.
4. Стерн Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития - СПб.: Восточно – Европейский институт психоанализа. – 2006 – С. 376.
5. Шпиц Р.А., У. Годфри, Коблинер Первый год жизни / Пер. с англ. Л.Б. Сумм.. / под ред. А.М. Боковой – М.: Академический Проект. – 2006 – С. 352-447.
6. Zimprich Vera. Die Einbeziehung der Familie in die Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie: eininterpersonelleArbeitsansatz. In: Kinder undJugendlichenPsychotherapie –eineigenständigersatzinnerhalb der Psychotherapie, PPP, Wien, 2004.

## ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Сурьянинова Т.И., Иванов Н.Э., Фетисова А.С.*

**Курский государственный медицинский университет**

Атопический дерматит является одним из распространенных заболеваний, которым страдает 1-1,5% населения. Первые проявления атопического дерматит заметны уже в первые дни жизни ребенка и зачастую бывают более выразительны в период от 2 до 12 лет.

Пациенты часто связывают появление заболевания с наличием конфликтных партнерских отношений, проблемами в отношениях с матерью, разлукой или, наоборот, появлением людей, имеющих для больных большую эмоциональную притягательность и др.

Большинство дерматозов (атопический дерматит, псориаз и др.) имеют генетическую и иммунологическую основу, но традиционно относимых к психосоматическим заболеваниям, что подчеркивает важность психологических факторов в их формировании.

В современных отечественных и зарубежных исследованиях были предприняты попытки изучить различные особенности лиц, страдающих атопическим дерматитом. Так, например, благодаря исследованиям А.М. Жедунова, Жильбер Рено, Р.Г. Хамер и И.Г. Малкина-Пых были выявлены особенности семейных отношений детей больных атопическим дерматитом. Так же большое распространение в дерматопсихологии получило изучение личности детей с атопическим дерматитом (Матвейчук В.В., Барабанов А.Л., Новик О.К.). Е.В. Свистуновой, Е.А. Леушиной, Д.Т. Чарити были выявленные особенности самооценки и самовосприятия больных детей [1; 2; 4].

При изучении психики больных атопическим дерматитом было обнаружено, что для этих больных характерны постоянное внутреннее напряжение, депрессии, необоснованная враждебность и повышенная агрессивность, трудности эмоциональной саморегуляции, тревожность и повышенная чувствительность к стрессу, ипохондричность. Кроме того, для них часто свойственно стремление к покою и одиночеству, самоуглубленность [3].

Несмотря на то, что имеются исследования связи атопического дерматита с детско-родительскими отношениями и индивидуально личностными особенностями, эти исследования носят разрозненный характер. Практически не встречается работ, посвященных комплексному анализу всех перечисленных факторов, а также отсутствуют работы, изучающие взаимосвязь семьи, как целостной системы, влияющей на возникновение заболевания. В нашем исследовании мы ставим цель комплексно подойти к исследованию особенностей семьи и личности детей младшего школьного возраста с атопическим дерматитом.

**Методы и методики.** Предметом клинического изучения является выборка из числа пациентов, обратившихся в амбулаторное отделение клиники кожных и венерических болезней.

Методы исследования: методика «Лесенка» (автор С.Г. Якобсон, модифицирована А.С. Чернышовым, Т.И. Сурьяниновой); опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 (авторы: Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптирован М. Перре). Шкала К. Кернс на определение надежности привязанности ребенка к родителям.

По длительности течения дерматоза, варьировавшей от нескольких месяцев до 12 лет.

В ходе эмпирического исследования семейных отношений, привязанности и самооценки нами были получены следующие данные.

Анализируя результаты ответов по опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3), мы получили показатели, отражающие особенности характера семейной системы у детей с атопическим дерматитом и детей без данного заболевания. Выделенные показатели отражены ниже в таблицах данных (см. таб. 1, 2).

Таблица 1 - Результаты распределения типа семейной сплоченности в контрольной и экспериментальной группах

|                           |             | Контрольная группа | Экспериментальная группа |
|---------------------------|-------------|--------------------|--------------------------|
| Тип семейной сплоченности | Разобщенный | 6 (19%)            | 16 (53%)                 |
|                           | Разделенный | 8 (25%)            | 9 (30%)                  |
|                           | Связанный   | 16 (56%)           | 3 (10%)                  |
|                           | Сцепленный  | 0 (0%)             | 2 (7%)                   |

В контрольной группе преобладает связанный тип семейной сплоченности (56%), в группе детей страдающих атопическим дерматитом преобладает разобщенный тип (53%).

Данное положение говорит о том, что в семьях с детьми больными атопическим дерматитом присутствует низкая степень сплоченности членов семьи, отношения отчуждения. В таких системах члены семьи эмоционально разделены, имеют мало привязанностей друг к другу, демонстрируют несогласованное поведение.

Таблица 2 - Результаты распределения типа семейной адаптации в контрольной и экспериментальной группе

|                        |                   | Контрольная группа | Экспериментальная группа |
|------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|
| Тип семейной адаптации | Ригидная          | 1 (3%)             | 1 (3%)                   |
|                        | Структурированная | 6 (20%)            | 5 (17%)                  |
|                        | Гибкая            | 17 (57%)           | 13 (43%)                 |
|                        | Хаотичная         | 6 (20%)            | 11 (37%)                 |

Значимых различий (согласно критерию U Манна-Уитни) по уровню распределения типов семейной адаптации выявлено не было. Но можно отметить тот факт, что в экспериментальной группе менее выражен гибкий тип адаптации (43%), чем в контрольной (57%). И имеются повышенные (43%) в сравнении с контрольной группой (20%) показатели по хаотичному типу.

Данный факт объясняется тем, что в таких семьях нет четкой структуры руководства в связи с незаинтересованностью ее членов в семейном взаимодействии, отсюда и возникает эта раздельность в семьях с детьми больных атопическим дерматитом. Решения, принимающиеся в семье, часто являются импульсивными и непродуманными. Роли неясны и часто смещаются от одного супруга к другому.

Исследуя уровень удовлетворенностью семейной жизнью, нами были получены результаты на достоверном уровне статистической значимости, свидетельствующие о том, что в группе с детьми, страдающими атопическим дерматитом, присутствует повышенные (43%) показатели по неудовлетворенности семейной жизнью в сравнении с детьми из контрольной группы (13%).

Анализируя результаты ответов по опроснику «Шкала К. Кернс на определение надежности привязанности ребенка к родителям», мы получили показатели, отражающие тип привязанности у детей с заболеваниями атопический дерматит и детей без хронической патологии. Выделенные показатели отражены ниже в таблице данных (см. таб. 3).

Обнаружены различия в экспериментальной и контрольной группе, по типу привязанности на высоком уровне статистической значимости.

Таблица 3 - Результаты распределения типа привязанности в контрольной и экспериментальной группе

|                   |                  | Контрольная группа | Экспериментальная группа |
|-------------------|------------------|--------------------|--------------------------|
| Тип привязанности | Надежный         | 17 (57%)           | 5 (17%)                  |
|                   | Условно надежный | 13 (43%)           | 15 (50%)                 |
|                   | Ненадежный       | 0 (0%)             | 10 (33%)                 |

В контрольной группе преобладает надежный тип привязанности (57%), в группе детей, страдающих атопическим дерматитом, преобладает условно надежный тип (50%), а так же в сравнении с контрольной группой (0%) имеются высокие показатели по ненадежному типу привязанности (33%).

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что в семьях с детьми, страдающими атопическим дерматитом, дети с ненадежным типом привязанности отвергают или обесценивают важность межличностных отношений. У таких детей присутствует базовое недоверие к окружающим, переживания ненадежности окружающего и собственной уязвимости.

В результате исследования самооценки детей по методике «Лесенка» выявлено следующее: в экспериментальной группе преобладает неадекватный тип самооценки (27%), в группе детей, страдающих хроническими заболеваниями, преобладает адекватный тип самооценки (60%). Данные результаты достигают достоверного уровня статистической значимости по критерий  $\chi^2$  Пирсона ( $p=,011736$ ).

Данное положение говорит о том, что у детей, страдающих атопическим дерматитом в экспериментальной группе присутствует преимущественно неадекватный заниженный уровень самооценки, такие дети обычно ставят перед собой более низкие цели, чем те, которые могут достигнуть, преувеличивая значение неудач. Также им свойственна чрезмерная неуверенность в себе. Неуверенность, часто объективно необоснованная, является устойчивым качеством личности и ведет к формированию у человека таких черт, как покорность, пассивность, тревожность, «комплекс неполноценности», обидчивость.

Обобщая положения главы, можно сделать следующие **выводы**:

➤ В группе детей, больных атопическим дерматитом, преобладает разобщенный тип семейной сплоченности, в контрольной группе здоровых детей – связанный.

➤ В группе детей, больных атопическим дерматитом, наиболее часто встречается ненадежный и условнонадежный тип привязанности, в контрольной группе здоровых детей – надежный.

➤ В группе детей больных атопическим дерматитом достоверно чаще встречается неадекватно заниженная самооценка, в контрольной группе здоровых детей – оптимальная адекватная самооценка.

### **Литература:**

1. Жильберт Р. Исцеления воспоминанием «Пирамида здоровья», 2013.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Новейший справочник психологии, 2008. – 1024 с.
3. Шапов Б.А. Распространенность симптомов атопического дерматита и их взаимосвязь с респираторной аллергией у детей младшего школьного возраста / Казанский медицинский журнал, Выпуск 1, том 94. - 2013 – С. 55-59.
4. Хамер Р.Г. Научная карта Германской Новой Медицины, 2012.

## **ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ АДАПТАЦИЕЙ И СПЛОЧЕННОСТЬЮ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Тинякова Е.В.*

**Курский государственный медицинский университет**

Исследования, связанные с психосоматической медициной, – новое направление, в котором изучаются психологические, социальные и культурные факторы возникновения телесных заболеваний. К этой теме обращались многие известные ученые. Тем не менее приходится признать, что теоретически непротиворечивые и эмпирически плодотворные модели, раскрывающие механизм взаимодействия психологических и телесных процессов не разработаны и по сей день. Подтверждением этому является тот факт, что лечение и предупреждение психосоматических расстройств все еще не является достаточно эффективным. Пока остаются без ответа вопросы о специфичности и индивидуальной изменчивости в развитии психосоматических расстройств: почему в результате воздействия психологических факторов у человека возникает именно этот психосоматический синдром, и почему он возникает не у всех людей, подвергающихся такому воздействию.

Проблемы, с которыми психосоматика сталкивается на современном этапе, обусловлены несколькими причинами: абсолютизацией роли психологических факторов в развитии заболеваний, невозможностью совмещения психологического и медицинского подходов в исследовании, недостаточным вниманием, которое уделяется данному феномену в психологии.

Нами было проведено исследование, направленное на анализ восприятия подростками адаптационных способностей собственной семьи.

**Актуальность** данного исследования обусловлена увеличением числа обращений подростков к педиатрам по причине психосоматических расстройств. По различным данным психосоматические заболевания составляют в России 30-68% от числа всех обращений подростков в детские поликлиники [2]. Темп их распространения в целом связан с изменением

системы общественных отношений, ведущей к невротизации ее участников. Специфика подросткового возраста заключается в возникновении потребности во взрослении, отделении от семьи и выходу в полноценные общественные отношения. Одним из наиболее определяющих факторов становления личности подростка мы считаем систему значимых семейных взаимоотношений, а также процессы адаптации внутри нее. Э.Г. Эйдемиллер относит принадлежность к дисфункциональной семье к факторам, влияющим на вероятность возникновения симптома [4, 5]. По его мнению, ребенок является носителем симптома неблагополучной семьи, а болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации [5].

Мы предполагаем, что дезадаптивное реагирование через психосоматический симптом связано с нарушением адаптации семейной системы, к которой принадлежит подросток. Таким образом, **проблема** нашего исследования может быть сформулирована как вопрос о том, каковы особенности адаптации и сплоченности семей подростков с психосоматическими расстройствами.

**Цель исследования** – изучить взаимосвязь особенностей адаптации и сплоченности семей и психосоматических расстройств у подростков.

**Гипотеза:** У подростка, находящегося в ситуации психосоматического расстройства, будут наблюдаться специфические особенности удовлетворенностью адаптацией и сплоченностью семьи.

Объем выборки составил 30 подростков из полных семей в возрасте от 12 до 16 лет. Исследование проводилось на базе II педиатрического отделения (гастроэнтерологии, кардиологии и ревматологии) ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» города Курска, а также МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 27 с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла им. А.А. Дейнеки» г. Курска. Основная группа – 15 подростков с психосоматическими расстройствами, группа сравнения – 15 здоровых подростков. Исследование на базе больницы проводилось в присутствии родителей и с их задокументированного согласия.

В исследовании использовался опросник семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави (адаптация Э.Г. Эйдемиллера).

По результатам сравнительного анализа восприятия реальной семьи подростками в основной и сравнительной группах (U критерий Манна-Уитни) были обнаружены различия на достоверном уровне статистической значимости по шкалам «Решения» и «Контроль». Различия на высоком уровне статистической значимости были выявлены по шкале «Семейные границы».

Показатель «Семейные границы» определяет степень изолированности, замкнутости семейной структуры, концентрацию членов семьи друг на друге. Чем выше показатель, тем больше времени подросток проводит, общаясь в узком семейном кругу. Как видно по средним показателям, соматические здоровые подростки имеют больше социальных контактов вне семьи. Их семьи более открыты к внешним влияниям, тогда как у подростков с психосоматическими расстройствами наблюдается заметная консервативность семейных границ.

Критерий «Принятие решений» отражает преобладание мнения родственников над чьим-либо еще при принятии решений. Подростки группы сравнения чаще советуются с друзьями или значимыми взрослыми за пределами семейного круга, если не принимают решения самостоятельно. У подростков с психосоматическими расстройствами доминирующим фактором принятия какого-либо решения по результатам исследования является мнение членов семьи.

Критерий «Контроль» выявляет степень контроля родителей за детьми, принятие решений за сына или дочь. Этот показатель выше у подростков группы сравнения, что свидетельствует о потворствовании родителями подросткам основной группы. Мы предполагаем, что это можно объяснить тем, что, так как подросток болен, ему можно много позволить, таким образом родители стремятся к максимальному удовлетворению любых потребностей больного подростка. Также родители могут бессознательно проецировать на детей свои ранее неудовлетворенные потребности.

По результатам сравнительного анализа восприятия идеальной семьи подростками в основной и сравнительной группах (U критерий Манна-Уитни) достоверные различия были выявлены по шкалам «Семейные границы», «Интересы и отдых», «Лидерство» и «Контроль», а также «Реальная семейная сплоченность» и «Идеальная семейная сплоченность». Различия на высоком уровне статистической значимости обнаружены по показателю «Уровень удовлетворенности адаптацией».

Роль семейных границ в идеале семьи для соматически здоровых подростков и подростков с психосоматическими расстройствами несколько выше, чем это же качество присутствует в реальных семьях, однако пропорции остаются неизменными. Подростки проецируют тот вариант структуры семьи, который им наиболее привычен, на семью идеальную. В обеих группах прослеживается желание «закрыть» свою семью от постороннего влияния, что может быть связано со страхом перед отделением, самостоятельностью.

По сравнению с восприятием реальной семьи у подростков основной группы наблюдается повышение показателя «Интересы и отдых», тогда как в группе сравнения этот показатель заметно снизился. Такая разнонаправленность изменений говорит о фиксации подростков с психосоматическими расстройствами на внутрисемейном досуге, тогда как соматически здоровые подростки стремятся вынести свое свободное время в другую среду.

Шкала «Лидерство» демонстрирует нестабильность лидера в семейных отношениях, способность его ситуативной смены. В образах реальной семьи значимых различий по данной шкале не обнаружилось, однако идеальная семья, по результатам подростков основной группы, имеет меньший показатель лидерства. Можно говорить о желании подростков с психосоматическими расстройствами достичь некоторой определенности, избавиться от непостоянства «главных» в семье.

Более высокие показатели по шкале «Контроль» в идеальной семье по сравнению с реальной свидетельствует о желании подростков в обеих выборках

вернуться в состояние детства, когда большая часть их нынешних забот лежала на плечах родителей. Повышение контроля за подростками может выступать как механизм защиты от бурных изменений, которые происходят в данный возрастной период.

Полученные в результате сравнения двух показателей сплоченности результаты свидетельствуют о разнонаправленности желаемого у подростков основной и сравнительной групп. В то время как соматически здоровые подростки стремятся к снижению уровня сплоченности, к ослаблению связей между членами семьи, в основной группе показатель сплоченности в идеале даже немного увеличивается. Эти результаты подтверждают наше предположение о том, что у подростков с психосоматическими расстройствами не только заблокирован выход во внешние отношения, отсутствует осознанное желание отделиться от родителей.

Различия между группами по уровню удовлетворенности адаптацией связаны, по-первых, с тем, что подростки с психосоматическими расстройствами находятся в дисфункциональной семейной среде, ограничивающей их естественное развитие. Такая блокировка потребностей не может не привести к снижению уровня адаптации как семьи в целом, так и самого подростка.

В результате исследования было выявлено, что соматически здоровые подростки имеют больше социальных контактов вне семьи. Их семьи более открыты к внешним влияниям, тогда как у подростков с психосоматическими расстройствами наблюдается заметная консервативность семейных границ. У подростков с психосоматическими расстройствами доминирующим фактором принятия какого-либо решения является мнение членов семьи, тогда как подростки группы сравнения чаще советуются с друзьями или значимыми взрослыми за пределами семейного круга, если не принимают решения самостоятельно. Родительский контроль выше у подростков группы сравнения – родители стремятся к удовлетворению любых потребностей больного подростка. Здесь также обнаружена оценка лидера семьи как непостоянного и стремление к стабилизации его позиции. У подростков обеих выборок наблюдается желание вернуться в состояние детства, когда большинство их забот лежало на плечах родителей. В обеих группах также прослеживается желание «закрыть» семейные границы от постороннего влияния, что может быть связано со страхом перед отделением, самостоятельностью.

В группе подростков с психосоматическими расстройствами наблюдается низкий уровень удовлетворенности семейной адаптацией, что связано с дисфункцией семьи, навязывающей подростку свои потребности, и с идентификацией самого себя как больного, неадаптивного человека.

### **Литература:**

1. Бернс Р.С., Кауфман С.Х. Кинетический рисунок семьи: Введение в понимание детей через кинетические рисунки / пер. с англ. – М.: Смысл, 2003.
2. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. Лекции. – СПб.: Специальная литература, 1993.

3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 1996.
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2007;
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи – СПб.: Питер, 2008.

## **ОСОБЕННОСТИ СИБЛИНГОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

*Тихая А.А*

**Московский государственный психолого-педагогический  
университет**

**Аннотация.** В работе представлен обзор теорий и исследований сиблинговых отношений и проблемы замещающих семей, принимающих детей с особенностями развития. Рассмотрена проблема адаптации и интеграции ребенка в семью, сиблинговые взаимоотношения в семье, цели и задачи замещающей семьи и пути помощи специалиста, работающего с замещающей семьей.

**Ключевые слова:** сиблинги, сиблинговые отношения, замещающая семья, особый ребенок

**Keywords:** siblings, sibling relationships, foster family, child with disabilities

Семья играет незаменимую роль в развитии и формировании личности ребенка, его психических свойств и индивидуальных качеств. В наличии психологических и социальных характеристик (сплоченность, сработанность психологический климат), присущих семье, проявляется психологическая общность семьи. Давно установлено, что семья является наиболее естественной средой для развития и воспитания детей [15].

В настоящее время большое количество детей в России остаются без попечения родителей и оказываются в домах ребенка. Многие из этих детей – с особенностями развития. В последние несколько лет многие дети из домов ребенка устроены в замещающие семьи. Замещающая семья – это форма устройства детей сирот, сосредоточенная на «возвращение сирот в жизнь» путем восстановления их «базового доверия к миру» в контексте системной связи отношений «ребенок – семья – общество», в которой воспитатели и приемные родители не являются биологическими родителями ребенка (приемная, опекунская, патронажная семья, семья усыновителей, семейно-воспитательная группа) [8].

В современной действительности, подбором, сопровождением и поддержкой замещающих семей занимаются специалисты междисциплинарных команд, тем самым помогая детям обрести новый дом. Изучение замещающих семей носит особый характер; происходит адаптация ребенка, построение его взаимодействий со всеми членами семьи, смена семейных ролей. Поэтому

изучение и помощь замещающим семьям важны как для специалистов так и для самих семей.

Одной немаловажной особенностью замещающих семей является расположение в одной семье сразу нескольких детей, сейчас это довольно распространенная практика. Находясь в одной семье, дети, исполняя семейные роли, фактически приходятся друг другу братьями и сестрами, хоть и не родными. Бывают и исключения, когда одной замещающей семьей усыновляются кровные сиблинги. *Сиблинговые отношения* являются одними из самых главных отношений в жизни человека, они оказывают большое влияние на становление личности, формирование характера индивида и стиля его межличностных отношений и поведения в целом. Особенно важны эти отношения для детей, попавших в ситуацию отлучения от родителей и попавших в среду семьи, осуществляющей замещающую заботу (замещающие семьи). Братья и сестры являются важным источником эмоциональной поддержки на протяжении всей жизни и могут играть жизненно важную роль в оказании помощи при адаптации к стрессовым ситуациям. В замещающих семьях сиблинги являются опорой друг для друга. Взаимоотношения сиблингов в замещающих семьях интересуют многих исследователей и являются важной темой для наблюдения, формирования гипотез и теорий семейных взаимоотношений в замещающих семьях.

Изучением сиблинговых отношений и их роли в жизни ребенка занимались многие исследователи, и у каждого был свой подход к изучению сиблингов. Одним из первых был английский исследователь Френсис Гальтон, который придерживался теории о влиянии порядка рождения. В своей работе «Люди английской науки. Их природа и воспитание» он отмечал, что первенцы зачастую становятся выдающимися личностями. Первым отметившим, что положение сиблинга в семье среди его братьев и сестер имеет особое значение для его последующей жизни, был Зигмунд Фрейд, который заострял внимание на соперничестве сиблингов за родительскую любовь [4].

Наибольшее распространение и влияние получила теория А. Адлера. Он полагал, что порядок рождения, то есть позиция, занимаемая ребенком в семье, оказывает большое влияние на его поведение и стиль жизни. По мнению А. Адлера, можно выделить особенности, характерные для определенной позиции сиблинга в семье. Таким образом, им были выделены следующие позиции: первенец (старший ребенок), единственный ребенок, второй (средний) ребенок, последний (младший) ребенок [1].

Идеи А. Адлера повлияли на многих исследователей. Так в 1950-х годах в свет вышла книга последователя А. Адлера В. Томана «Созвездие семьи: его влияние на личность и социальное поведение», в которой он рассматривал и анализировал влияние семейных позиций сиблингов на их личностные особенности, а также различные семейные формы с учетом пола сиблингов и их порядка рождения [21].

В 1941 году американским психологом Дэвидом Леви было введено понятие «*sibling rivalry*» сиблинговое соперничество. Леви считал, что причиной агрессивного поведения старшего ребенка по отношению к

появлению младшего, является чувство угрозы привычной семейной ситуации [20].

Мюреем Боуэном в конце пятидесятих годов прошлого века было положено начало развитию теории семьи, в рамках которой он анализировал сиблинговые позиции. Он считал, что семью можно рассматривать как эмоциональное поле – особый чувственно-поведенческий комплекс, совокупность эмоциональных стимулов, воспринимаемых и передаваемых членами семьи на разных уровнях взаимодействия [2].

Сиблинговые взаимоотношения интересовали исследователей как в теоретическом, так и в эмпирическом плане. Начиная с середины прошлого века проводились многочисленные исследования, направленные на изучение сиблингов.

Первые исследования были посвящены изучению первенцев и их сравнению с единственными детьми. Исследователи считали, что дети, не имеющие братьев и сестер, ввиду своего более ограниченного опыта общения будут более склонны к психологическим нарушениям и будут менее успешными, чем дети, которые имеют сиблингов.

Порядок рождения и ролевые позиции, связанные с ними, изучали Боссаро и Болл. В их шестилетнем исследовании приняли участие 879 детей из 64 семей. Боссаро и Болл рассматривали роль как определенную функцию индивида в семье и по результатам своего исследования пришли к выводу, что разделение ролей и функций между сиблингами зависит от размеров семье. Чем больше семья, тем больше такое разделение. Роль и функция каждого сибса в семье определяется не только порядком рождения и разницей в возрасте, но и фактом принятия семьей этой роли [17].

В рамках Московского сиблингового исследования, проводимого сотрудниками Психологического института РАО и факультета психологии МГУ (научный руководитель – М.С. Егорова), свое исследование проводила И.Е. Козлова. В частности, она исследовала взаимоотношения сиблингов в двухдетных семьях. Автор пришла к выводу, что старшие сиблинги более склонны к совместным действиям и сотрудничеству, чем младшие сибсы, также они часто становятся инициаторами конфликтов и подавляют младших сиблингов, которые находятся в эмоциональной зависимости от старших детей [7].

Ежегодно многие дети лишаются родительской опеки и попадают в детские дома и, к сожалению, не для всех детей находят семью, готовую принять их к себе на попечение. А именно семья и ее окружение играет главную роль в жизни и в развитии ребенка. Только семья может в полной мере обеспечить ребенка, дать ему любовь и заботу, чувство безопасности и защищенности, привить культурные, моральные и социальные ценности и нормы. Наилучшим решением проблемы сиротства многие специалисты считают создание замещающей семьи. Замещающая семья – форма семейного устройства детей, которая имеет ряд существенных отличий от традиционной семьи. У замещающей семьи как у субъекта воспитания приемного ребенка есть цели и задачи, достоинства и недостатки.

Целью замещающей семьи можно назвать воспитание детей, лишенных родительского попечения, обеспечение безопасности и развития детей, а также защиту их личных и имущественных интересов [3].

Замещающая семья, как социально-психологический феномен, должна решать следующие задачи:

1. Создание благоприятных условий для жизни ребенка с опорой на его индивидуальные особенности, потребности, пол и возраст.
2. Обеспечение безопасности ребенка и его защита от неблагоприятных воздействий.
3. Формирование семейных ценностей, социальных и культурных норм.
4. Приобщение ребенка к культурным и социальным ценностям, подготовка его к самостоятельной жизни.
5. Поддержка и развитие самостоятельности ребенка, его собственной инициативы и социальной взаимопомощи.

В настоящее время самыми распространенными вариантами замещающих семей являются: опекунские и приемные семьи, семьи усыновителей, патронажные семьи, семейные детские дома и семейные воспитательные группы. Общей чертой для всех видов замещающих семей является то, что в условиях семьи воспитываются небиологические дети [9].

Создание замещающей семьи начинается с отбора кандидатов как детей, так и родителей. Все кандидаты проходят тестирования, опрашиваются, выявляется мотивация приемных родителей их цели. Необходимо, чтобы кандидаты понимали, с какими трудностями им, как семье, придется столкнуться при появлении в семье приемного ребенка или детей. Очень важно, для специалиста грамотно подойти к решению данной задачи и суметь не только правильно выбрать кандидатов, но и гармонично подобрать их друг другу, оказать квалифицированную помощь в решении различных возникающих проблем [8].

С момента образования замещающая семья переживает множество кризисов и стрессовых ситуаций. Происходит интеграция ребенка в семью, смена семейных ролей, привыкание и адаптация семьи к новому ее члену. Многие ожидания родителей об «идеальном ребенке» и детей об «идеальных родителях» могут не сбыться, что может привести к обострению напряженной обстановки в семье и к формированию взаимных страхов [10, 5, 6].

У более половины приемных семей при усыновлении детей, формируется психологическое отношение к этим детям как к родным детям. Некоторые семьи (10%) крайне негативно воспринимают попытки проникновения в их семью представителей общественных организаций, органов опеки, социальных работников и психологов [9].

Динамические процессы, обусловленные характером складывающихся взаимоотношений, имеют особое значение в замещающей семье. Одним из

самых главных условий воспитательной ценности и стабильности приемной семьи является выстраивание гуманных взаимоотношений в благоприятной семейной атмосфере.

В зависимости от типа семьи складывается позитивное принятие ребенка, являющееся главным показателем формирующихся с ним взаимоотношений.

Зарубежные исследователи В. Голланс и П. Котли говорили о том, что немаловажную роль играет готовность приемных родителей к положительному принятию в семью приемного ребенка. Такая готовность родителей облегчает взаимную адаптацию с ребенком. На взаимопонимание и согласованность членов семьи существенно влияет эмоциональный контакт, основанный на положительном принятии ребенка. Мы можем предположить, что достижение согласованности и взаимопонимания главная задача для любой семьи, будь то кровная или приемная семья [18].

Также в процессе своего формирования замещающая семья может столкнуться с рядом микро- и макропроблем. Во-первых, это психологическая готовность общества к замещающей семье как к особой форме воспитания детей-сирот. Во-вторых, это проблема актуализации ресурсов семьи и формирования благоприятного социального контекста вокруг замещающей семейной заботы [10].

Появление приемного ребенка или детей в семье изменяет систему функционирования семьи:

- изменяются ее внешние и внутренние границы
- уровень близости между ее членами
- образуются новые коалиции
- происходит перераспределение семейных ролей
- вырабатываются новые правила взаимодействия и взаимоотношений и т. д.

Как и любая другая система, семья противостоит изменениям. Часто это приводит к истощению ресурсов семьи и к формированию «системных защит», которые препятствуют интеграции приемного ребенка в семью [10].

Формирование у замещающей семьи реалистичных ожиданий, требований семьи и ребенка друг к другу являются одним из условий положительной интеграции ребенка в семью. Еще одним важным фактором, способствующим построению взаимоотношений между родителями и детьми в замещающих семьях, является поддержание баланса между автономией и зависимостью ее членов семьи. Нарушение этого баланса может привести к гипо- или к гиперопеке. Согласно исследованиям В.Н. Ослон, замещающим семьям больше свойственна гиперопека, вследствие того, что страх родителей не справиться со своими обязанностями провоцирует сверхконтролирующее поведение.

Важнейшим психологическим условием для положительных изменений в психическом благополучии детей в замещающей семье является становление взаимной идентификации в семье. По мнению В.Н. Ослон, отсутствие идентификации с ребенком у замещающих родителей может спровоцировать разочарование в приеме и отказ от ребенка.

Также В.Н. Ослон было исследовано позитивное отношение замещающей матери к детям. Результаты исследования показали, что у замещающих матерей ограничены возможности получения положительного взаимодействия с ребенком, нередко матери могут проявлять «психологическую глухоту» по отношению к ребенку. Также у замещающих матерей велика потребность в положительном экспрессивном отклике ребёнка на них [10].

Замещающую семью можно назвать особой средой для приемных детей, для сиблингов, если в семье не один ребенок. Сиблинговые отношения в замещающей семье будут играть особую роль. С одной стороны, детям будет легче приспособиться к новой обстановке, быстрее интегрироваться, освоиться. С другой стороны, напряженная обстановка, стресс и смена, а может и построение новых семейных ролей будет способствовать негативизации отношений между сиблингами. Особенно это заметно в замещающих семьях, которые уже имеют кровного или приемного ребенка [10].

Одной из особенностей замещающей семьи, которая может привести к формированию в семье психологических проблем и дискомфорта, является то, что в семье, в которой уже есть дети любого возраста, вне зависимости от их возраста, личностных особенностей и соматического состояния здоровья, могут размещаться другие дети. В отличие от биологической семьи, в которой существует естественный порядок рождения, в замещающей семье с появлением нового сиблинга такой порядок может быть нарушен. Такое нарушение может повлечь нарушение адаптации в новой семье, а также регресс со стороны уже «прижившихся» детей в связи с нарушением порядка рождения и смещения семейной роли. Следует отметить, что во многих странах Европы введен запрет на усыновление при отсутствии естественного порядка [16].

Отдельного внимания заслуживают помещенные в семью дети с особенностями развития, как интеллектуального, так и физического. Как правило, у таких детей, независимо от дефекта развития, при осознании дефекта, наблюдается закрытость, снижение фона настроения, низкая самооценка и избегание широкого круга общения, формируется комплекс неполноценности. У детей-инвалидов довольно скудный репертуар социальных ролей, или же он не сформирован. Такие дети наиболее зависимы от здоровых членов общества, от родителей, братьев и сестер [13].

Дети с ограниченными возможностями в приемных семьях, как правило, имеют специальную образовательную, социальную занятость и нуждаются в компетентной опеке со стороны приемных родителей. Они должны быть обеспечены своевременной и всесторонней поддержкой и получать все услуги высокого качества, рекомендуемые для удовлетворения их потребностей, от специалистов и родителей, прошедших определенную подготовку.

Работа с детьми с ограниченными интеллектуальными возможностями в замещающей семье требует от человека, специальной подготовки, знаний и навыков, чтобы обеспечить детям уход, которого они заслуживают. Социальные работники и другие специалисты должны подготовить приемных

родителей, донести до них полное понимание проблем, стоящих перед этими детьми и предоставить им услуги высокого качества [19, 11].

Замещающая семья является особой средой для детей, оставшихся без попечения, дающей им семейную любовь и заботу, формируя моральные и культурные нормы и ценности, особенно для детей с особенностями развития.

### Литература:

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / Пер с англ, А.А. Валеева и Р.А. Валеевой. (The Education of Children. Gateway Editions, Ltd South Bend Indiana, 1978). – Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1998. – 448 с.
2. Боуэн М. Теория семейных систем / Под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. – М.: «Когито-центр», 2005.
3. Габадулин Н.В. Формирование семейных ценностей у детей-сирот, оставшихся без попечения родителей в условиях замещающей семьи. – Омск, 2015.
4. Гальтон Ф. Люди английской науки. Их природа и воспитание. 1874.
5. Егорова Н.А. Психологические особенности замещающих семей. 2015.
6. Киселева Н.А. Проблема адаптации приемных детей и родителей в замещающих семьях.
7. Козлова И.Е. Особенности сиблинговых отношений в двухдетных семьях. Психологический институт Российской академии образования, Москва, Россия, 2010 г.
8. Морозова Е.В. Актуальные проблемы подготовки кандидатов в замещающие родители в аспекте обеспечения безопасности приемных детей // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения, 2013.
9. Осипова И.И. Замещающая семья в России // психология семьи и детско-родительских отношений, 2007.
10. Ослон В.Н. В концепции психологического сопровождения замещающих семей // МГППУ, 2009.
11. Самсонова Г.О., Декина Е.В., Осмоловская Н.Е. Актуальные проблемы психолого-педагогической работы с замещающими семьями, воспитывающих детей с особыми потребностями развития и пути решения проблем // Современные наукоемкие технологии. – 2016.
12. Шинина Т.В. Социальные проблемы замещающей семьи и пути решения // Семейведение учебник для бакалавров: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по гуманитарным специальностям. Сер. "Бакалавр" [Анисимова С.А. и др.] ; под ред. Е.И. Холостовой, О.Г. Прохоровой, Е.М. Черняк. Москва, 2012. – С. 357-378.
13. Шинина Т.В. Проблемы личности инвалидов: социально-психологические аспекты // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2011. № 1. – С. 145-150.

14. Шинина Т.В., Краснова О.В., Галасюк Т.Н. Психология социальной работы [Текст] : учебник // под ред. О. В. Красновой. – М.: Дашков и К<sup>0</sup>, 2013. – 302 с.
15. Якимова Т.В. Сравнительный анализ житейских и научных представлений об особенностях сиблинговых отношений в семье // Консультативная психология и психотерапия, 2013.
16. Adams P. Foster families for parents with children: the UK experience//
17. Bossaro J., Boll E. Personality roles in the large family // Child Development. 1955.
18. Cautley P. New foster parents// Human Sciences Press, New–York, 1980.
19. Coyle S. Children With Intellectual Disabilities in Foster Care // *Social Work Today*, Vol. 14 No. 6 – P. 22.
20. Levy D. The hostile act // Psychological Review. 1941.
21. Toman W. Family Constellation as a Character and Marriage Determinant // Int. J. Psychoanal. 1959.

**ПРИВЯЗАННОСТЬ К МАТЕРИ В ДЕТСТВЕ  
КАК ФАКТОР ПРИВЯЗАННОСТИ  
К РОМАНТИЧЕСКОМУ ПАРТНЕРУ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН**

*Улейская М.В.*

**ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»**

Основной задачей личности в период ранней взрослости является разрешение фундаментального противоречия между близостью и изоляцией. Потребность в близких отношениях с другими людьми и способность выстраивать такие отношения является одним из показателей психологического здоровья зрелой личности [4]. Возможность удовлетворения этой потребности индивида в конкретных романтических или любовных отношениях зависит от стиля привязанности каждого участника этих взаимоотношений. При этом под стилем привязанности понимается устойчивый паттерн ожиданий, эмоций и поведения, связанного с отношениями [7].

Существенное влияние на становление индивидуального типа привязанности к романтическому партнеру у взрослых оказывает качество их привязанности к собственной матери в детском возрасте [1; 2; 3; 5; 8]. Люди с надежной привязанностью к матери удовлетворены отношениями в большей степени, чем люди с другими стилями привязанности. Они ощущают себя комфортно как в близости с Другим, так и в независимости [6]. Люди с избегающей привязанностью требуют большей независимости, видят себя самодостаточными и неуязвимыми, склонны подавлять и скрывать свои чувства. Люди с тревожно-амбивалентным типом привязанности ищут высокого уровня близости, одобрения, отзывчивости от партнера, склонны переживать по поводу того, что партнер может разорвать отношения с ними [6].

Вместе с тем влияние привязанности к матери в детстве на формирование романтической привязанности у молодых женщин до конца не изучены.

*Цель исследования* – исследовать привязанность к матери в детстве как фактор привязанности к романтическому партнеру у молодых женщин.

*Материал и методы исследования.* В исследовании приняли участие 50 молодых женщин в возрасте от 18 до 24 лет.

В исследовании применялись методики: «Опросник по привязанности к матери в детстве» (модификация Г.Г. Филипповой), «Модифицированный опросник для определения типа привязанности к матери» М.В. Яремчук, «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р. К. Фрейли (адапт. Т.В. Казанцевой, В.Н. Куницыной) и «Мульти-опросник измерения романтической привязанности у взрослых» (адаптация Т.Л. Крюковой и О.А. Екимчик). Для математико-статистического анализа применялся критерий ранговой корреляции Спирмена.

*Результаты исследования.* Исследование привязанности молодых женщин к их матерям в детстве с помощью методики «Опросник по привязанности к матери в детстве» (модификация Г.Г. Филипповой) выявило, что надежный тип привязанности к матери в детстве был свойственен для 72% испытуемых, испуганно-избегающий тип привязанности – для 14% испытуемых, дистанцированный тип привязанности – для 12% испытуемых, озабоченный тип привязанности – для 2% испытуемых.

Исследование привязанности молодых женщин к их матерям в детстве с помощью методики «Модифицированный опросник для определения типа привязанности к матери» М.В. Яремчук показало, что надежный тип привязанности к матери в детстве был свойственен для 58% испытуемых, смешанный тип привязанности к матери в детстве – для 28% испытуемых, амбивалентный тип привязанности к матери в детстве – для 10% испытуемых, избегающий тип привязанности к матери в детстве – для 4% испытуемых.

Исследование романтической привязанности молодых женщин с помощью методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли показало, что надежный тип романтической привязанности имеют 50% испытуемых, зависимый тип романтической привязанности – 28% испытуемых, избегающий тип романтической привязанности – 20% испытуемых, боязливый тип романтической привязанности – 2% испытуемых.

Исследование романтической привязанности молодых женщин с помощью методики «Мульти-опросник измерения романтической привязанности у взрослых» (MIMARA) показало, что смешанный тип романтической привязанности имеют 40% испытуемых; доверие в близких отношениях свойственно 22% испытуемых; самоподдержка, как преобладающий тип близких отношений, характерна для 12% испытуемых; к фрустрации в близких отношениях склонны 8% испытуемых; «срастание» с партнером характерно для 8% испытуемых; амбивалентность в близких отношениях присуща 6% испытуемых; стремление к сближению, как преобладающий тип близких отношений, не выявлено ни у одной из обследованных молодых женщин.

С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена исследовались взаимосвязи между показателями привязанности к матери в



Показатели тревоги в отношениях с матерью в детстве образуют значимые прямые корреляции с показателями фрустрации в близких отношениях ( $r=0,353$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Показатели избегания в отношениях с матерью в детстве образуют значимые прямые корреляции с показателями тревоги ( $r=0,308$ ;  $p\leq 0,05$ ), фрустрации ( $r=0,431$ ;  $p\leq 0,01$ ), амбивалентности ( $r=0,366$ ;  $p\leq 0,05$ ) и «срастания» с партнером ( $r=0,301$ ;  $p\leq 0,05$ ) в близких отношениях и значимые отрицательные корреляции с показателями доверия ( $r=-0,300$ ;  $p\leq 0,05$ ) и стремления к сближению с объектом романтической привязанности ( $r=-0,408$ ;  $p\leq 0,01$ ).

Выводы. Результаты проведенного исследования подтвердили существование значимых взаимосвязей между показателями привязанности к матери в детстве и романтической привязанности у молодых женщин. Согласно полученным данным, надежному типу привязанности к матери соответствует надежный тип романтической привязанности в близких отношениях, тогда как ненадежные (тревожный или избегающий) типы привязанности к матери в детстве значимо коррелируют с такими проявлениями ненадежных типов романтической привязанности, как тревога, фрустрация, амбивалентность, «срастание» с партнером и избегание близости с ним.

#### Литература:

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
2. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – 446 с.
3. Григорова Т.П. Деструктивная привязанность к партнеру во взрослом возрасте и совладание с ее проявлениями: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2015. – 166 с.
4. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Флинта, 2006. – 342 с.
5. Яремчук М.В. Особенности привязанности в детско-родительских отношениях и отношениях любви у старших подростков // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 3. – С. 86-94.
6. Fraley R.C. Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions / R.C. Fraley, R. P. Shaver // Review of General Psychology. – 2000. – Vol. 4. – № 2. – P. 154.
7. Hazan C. Romantic love conceptualized as an attachment process / C. Hazan, P. Shaver // J. Pers. Soc. Psychol. – 1987. – Vol. 52. – P. 511-524.
8. Ragozinskaya V.G. Alexithymia and attachment quality in the context of psychosomatic disorders // Психоневрология в современном мире: Материалы Юбилейной научной сессии. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 47.

## **РОЛЬ СЕМЬИ В ВОСПИТАНИИ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*Фетисова Е.В., Рышкова А.В., Новичкова Т.А.*

**Курский государственный медицинский университет**

Семья является начальной структурной единицей общества, которая закладывает основы личности, а также является одним из инструментов, обеспечивающих взаимодействие личности и общества. Именно в семье ребенок получает представления о жизненных целях и ценностях, о том, что нужно знать и как следует себя вести. В семье юный гражданин получает первые практические навыки применения этих представлений во взаимоотношении с другими людьми, соотносит свое Я с Я других людей, усваивает нормы, которые регулируют поведение в различных ситуациях повседневного общения. Объяснения и наставления родителей, их пример, весь уклад в доме, семейная атмосфера вырабатывают у детей привычки поведения и критерии оценки добра и зла, достойного и недостойного, справедливого и несправедливого.

То, что ребенок в детские годы приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Важность семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится в наиболее значимый период своей жизни, и по силе и длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. В ней закладываются основы личности ребенка, и к поступлению в школу он уже более чем наполовину сформировался как личность. Семья связана кровными и родственными отношениями, объединяя супругов, детей и родителей, объединяет одновременно два, три, а иногда и четыре поколения: отец и мать, бабушка и дедушка, внуки и правнуки.

Как практика семейная педагогика существует давно, и появилась одновременно с формированием в обществе такой ячейки, как семья. Первые требования к личности человека и его поведению, как результату семейного воспитания, встречаются уже в библейских заповедях: не убий, не укради, будь почтителен к старшим и др. Рекомендации по вопросам семейной педагогики содержались и в народных мудростях и в рукописях, появлявшихся на различных этапах развития человечества. Смысл их был связан с необходимостью и важностью системы воспитания, как обеспечивающей всестороннее и гармоничное развитие молодого поколения. Отмечалось, что только семейное воспитание может сделать ребенка счастливым. Во все века и в семьях всех сословий России проявлялась большая забота о воспитании детей.

В народе оно чаще всего строилось по принципу «делай как я», то есть в основу семейного воспитания был положен авторитет родителей их дела и поступки, семейные традиции. В качестве образца в первую очередь выступал отец, глава семейства. Его пример, как правило, был образцом для подражания у мальчиков, а девочки чаще учились у матери или бабушки. Все формы духовно-нравственного воспитания детей основывались на принципах

иерархии отношений и четком распределении обязанностей матери и отца, бабушки и дедушки, старших и младших в семье, закрепленных в социальном идеале мужчины и женщины, юноши и девушки, отрока и отроковицы, мальчика и девочки. Отношения в традиционной семье строились на послушании и ответственности каждого члена семьи, уважения к старшим, заботы о младших. Важнейшим нравственным основанием семьи служило почтительное отношение детей к родителям, которое воспитывалось в крестьянских семьях с малолетства и укреплялось самим строем религиозной и социальной жизни деревни в течение всей жизни каждого человека.

Поскольку крестьянские семьи нередко преследовало всякое горе – пожары, голод, болезнь и преждевременная смерть, то дети часто теряли родителей и оставались сиротами. Тогда воспитание детей осуществлялось всем «миром», общиной, а иногда и совершенно посторонними людьми, которым отдавали сирот в ученики. При этом четко проявлялась народная педагогика со всеми традиционными правилами и представлениями о добре и зле, допустимо и запретном.

В дворянских и состоятельных семьях воспитанием занимались кормилицы или няни «Арины Родионовны», «Ваньки», Васьки», «Захарки», приставленные к маленькому барину в услужение. Они прививали любовь к родному краю, родной природе, русскому языку; воспитывали «русский дух», передавали вместе с народными песнями и сказками народные представления о правде и справедливости, о чести и достоинстве.

Подрастающих детей передавали на воспитание французским гувернерам и гувернантка, немецким боннам, которые учили принятому в то время французскому и немецкому языкам, правилам хорошего тона, светским манерам. Некоторые современные авторы считают, что в явлении гувернерства заложен глубокий положительный смысл. Ведь нотации и нравственные поучения читает чужой человек, которого за систематические замечания можно и не любить, над которым можно подшучивать и подтрунивать. Родители же проявляли к своим детям ласку и положительные эмоции, поэтому дети вспоминают о них с восхищением и глубоким уважением.

На рубеже 19-20 веков модель традиционного патриархального семейного воспитания значительно изменилось. Социальные и политические преобразования привели к внутрисемейным противоречиям и престиж главы семьи значительно снизился. В новых условиях члены одной семьи оказывались в различных идейных лагерях и исповедовали различную мораль. После революции 1917 года воспитание детей было и вовсе объявлено государственным делом, и семья еще больше утратила свое значение. В России, а затем и в СССР была выстроена система учреждений, занимающихся воспитанием детей практически с рождения. Только что родившегося ребенка родители определяли в ясли, затем в детский сад, далее в школу, при этом существовали школы с продленным днем и дворцы пионеров, станции юного техника, различные спортивные секции и кружки, в которых ребенок проводил свободное от уроков время. Даже летние каникулы ребенок чаще всего проводил не в семье, не у бабушки в деревне, а под педагогическим

руководством воспитателей и вожатых в пионерских, спортивных или трудовых лагерях, турпоходах и экскурсиях. Таким образом, за родителями сохранились лишь забота о питании, одежде и физическом здоровье детей.

Но в итоге, все то, что более 70 лет считалось социальным достижением – уход от патриархальной семьи, забота о детях в рамках государственных учреждений – обернулось значительным ослаблением семейного воспитания и снижением уровня влияния родителей на детей. А ведь именно родители – первые воспитатели – по природе имеют самое сильное влияние на детей. Еще Жан-Жак Руссо утверждал, что каждый последующий воспитатель оказывает на ребенка меньшее влияние, чем предыдущий. Родители же являются теми предыдущими по отношению ко всем остальным: воспитателям детского сада, школьным учителям, которым самой природой отдано преимущество.

В настоящее время происходит пересмотр концепции семейного воспитания, возвращение к истокам патриархальной семьи, когда воспитанием детей занималось старшее поколение. Все чаще роль первых воспитателей исполняют наряду с вечно занятыми мамами бабушки, дедушки или няни. Ребенка уже не торопят отдать в ясли, а социализация происходит при посещении различных центров раннего развития, подразумевающих присутствие на занятиях мамы, совместной деятельности ребенка и взрослого. Но в тоже время воспитание детей понимается не только как личное дело родителей, в нем заинтересовано все общество. Семейное воспитание это часть общественного воспитания, но часть весьма существенная и уникальная. Уникальность ее, во-первых, состоит в том, что она дает «первые уроки жизни», которые закладывают основу для руководства к действиям и поведению в будущем, во-вторых, в том, что семейное воспитание очень результативно, так как осуществляется непрерывно и одновременно охватывает все стороны формирующейся личности. Оно строится на основе устойчивых контактов и эмоциональных отношений детей и родителей между собой. Причем речь идет не только об естественных чувствах любви и доверия, но и об ощущениях детьми своей безопасности, защищенности, возможности делиться переживаниями, получать помощь от взрослых.

Семья – основная среда обитания и жизнедеятельности детей в ранний период их жизни, которая во многом сохраняет это качество и в последующие периоды. В процессе семейного общения передается жизненный опыт старших поколений, уровень культуры, образцы поведения. Таким образом, семейное воспитание – это система воспитания и образования, складывающаяся в условиях конкретной семьи и силами родителей и родственников. Семейное воспитание это сложная и многогранная система. На него влияют наследственность и биологическое (природное) здоровье детей и родителей, материально-экономическая обеспеченность, социальное положение, уклад жизни, количество членов семьи, место проживания, отношение к ребенку. Все это органично переплетается и в каждом конкретном случае проявляется по-разному.

Семейное воспитание, прежде всего, начинается с любви к ребенку. Любовь родителя – это любовь во имя будущего, в отличие от любви во имя

удовлетворения собственных сиюминутных родительских чувств. Воспитательный процесс в семье не имеет границ, начала или конца. Ведь именно семья создает для ребенка ту модель жизни, в которую он включается с первых дней, поэтому каждый ребенок невольно, неосознанно повторяет своих родителей, подражает папам и мамам, бабушкам и дедушкам.

В настоящее время целью семейного воспитания является формирование таких качеств личности, которые помогут безболезненно адаптироваться к взрослой жизни, достойно преодолеть трудности и преграды, встречающиеся на жизненном пути. А задачи семейного воспитания состоят в том, чтобы:

- создать максимальные условия для роста и развития ребенка;
- передать опыт создания и сохранения семьи, воспитания в ней детей и отношения к старшим;
- научить детей полезным прикладным навыкам и умениям, направленным на самообслуживание и помощь близким;
- воспитать чувство собственного достоинства, ценности собственного Я.

#### **Литература:**

4. Педагогика: учебное пособие [Текст] / под ред. П.И. Пидкасистого. – М.: Высшее образование, 2007. – 430 с.

5. Педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений [Текст] / В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев и др. М.: Школа – Пресс, 2000. – 512 с.

6. Подласый И.П. Педагогика: Новый курс: учебник: в 2 кн. Кн. 1: Общие основы. Процесс обучения [Текст] / И.П. Подласый. – М., 2003. – 576 с.

### **ВПИТАЛ С МОЛОКОМ МАТЕРИ...**

*Хурасева А.Б., Ангалева Е.Н.*

**Курский государственный медицинский университет**

Качество жизни и общее состояние здоровья населения России в настоящее время далеко не благополучны.

Нами проведено анкетирование девушек отдельных возрастных категорий по вопросам здоровья, брака и семьи. Полученные данные свидетельствуют о том, что девушки в возрасте 21-25 лет в большей степени задумываются о своем репродуктивном здоровье (70,3%), чем более юные, считают «роль матери», «рождение и воспитание детей» приоритетными (48,7%). Однако «роль любящей жены», «хранительницы домашнего очага» для них менее актуальна – всего лишь 29,7%. Более юные девушки в возрасте 17-20 лет также считают, что «дети являются единственным смыслом человеческой жизни» (81,4%), но при этом важность репродуктивного здоровья отмечает лишь каждая пятая (17,4%), о роли женщины в семье задумывается каждая вторая (45,4%), «успешная карьера» необходима каждой третьей (36,1%) [1, с. 13].

Особенное беспокойство врачей вызывает здоровье детей. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, заболеваемость

среди новорожденных в последние годы увеличилась в два раза. В этой связи охрана материнства и детства является одной из основных задач нашего государства.

Преимущества естественного грудного вскармливания ребенка несомненны. Ученые и врачи всего мира единогласны во мнении, что альтернативы грудному вскармливанию нет. Грудное вскармливание имеет большое значение не только для физического, но и для психоэмоционального и духовного развития ребенка, закладывает здоровье на многие годы вперед.

К сожалению, в последнее время появилась нездоровая тенденция к отказу от грудного вскармливания ради красоты телесной в ущерб душевной красоте материнства. В настоящее время снизилось число женщин, вскармливающих своего ребенка до года. Есть сведения, что 30-40% женщин сами кормят детей грудью до трех месяцев, а 70% новорожденных уже питаются искусственными смесями [5].

Следует признать, что большинство женщин теоретически понимают преимущества, которые обеспечивает кормление грудью, но столкнувшись с какими либо трудностями, находят себе оправдания и отказываются от этого бесценного дара. Тем не менее известно, что кормить грудью способны почти 97% женщин. И только небольшой процент матерей по объективным причинам не может использовать эту уникальную возможность.

Не секрет, что знания о млекопитании новорожденного как о залоге здорового потомства имеет древние истоки со времен Адама и Евы. Так, в первой книге Библии повествуется о том, как находящаяся уже в преклонном возрасте, Сара до этого бесплодная родила от мужа Авраама сына Исаака. При этом указывается и тот факт, что она сама вскормила его грудью (*Быт. 21.1-7.*) [2]. Очевидно, что нет ничего невозможного для Бога и человека в него уверовавшего.

Чтобы мать могла успешно справиться со своими обязанностями по кормлению и уходу за новорожденным, она должна обладать материнским инстинктом, отличающим женщину-мать от женщины вообще. Пробуждению этой уникальной функции способствует первый контакт матери и ребенка. Первое прикладывание новорожденного к груди является продолжением неразрывной духовной и телесной связи матери и младенца.

Естественное вскармливание обеспечивает становление иммунобиологической защиты ребенка. Именно поэтому заболеваемость и смертность детей находящихся на грудном вскармливании значительно ниже, чем при искусственном.

Есть еще одно положительное воздействие грудного вскармливания - на формирование нормальной кишечной флоры, что в свою очередь, предотвращает развитие пищевой аллергии и хронических заболеваний органов пищеварения. Кроме того, врачи хорошо знают о существующей зависимости функции желудочно-кишечного тракта человека от его психоневрологического статуса.

Грудное вскармливание существенно снижает и риск развития ожирения, сахарного диабета у детей в подростковом возрасте. Избыточный вес у детей,

находившихся первые полгода жизни на грудном вскармливании, встречается на 20% реже.

Благоприятное воздействие грудного вскармливания на физическое развитие ребенка неоспоримо. Вместе с тем это один из первых способов общения ребенка с самым близким человеком, с матерью. Именно кормление грудью может стать обоюдным источником радости, как для матери, так и для младенца. Такие отношения способствуют не только физическому, но и духовному здоровью ребенка, формируют чувство уверенности и правильное отношение к жизни. Все это, в свою очередь, влияет на воспитание ребенка, не без основания говорят – «впитал с молоком матери».

Старец Паисий Святогорец говорил: «...В прежние времена, если у матери было молоко, то она могла кормить грудью и своего малыша и соседского. А сейчас многим матерям тяжело покормить грудью даже собственных детей. Мать, которая бездельничает и не кормит ребенка грудью, передает «микробы» безделья и праздности и ему» [4, с. 94].

С молоком матери ребенку передаются нематериальные субстанции – любовь к Богу, к своему народу, черты характера и опыт матери [6]. В книге Библии «Исход» (Исх. 2,7-9), говорится о том, что дочь египетского фараона, нашедшая трехмесячного еврейского младенца Моисея, взяла ему кормилицу не из египтянок, а из его народа. Вскормленный молоком своей соотечественницы, Моисей вырос человеком, беззаветно преданным своему народу. Не «с молоком матери» ли впитал он любовь к своим братьям? [2].

Особенно важно, что именно с материнским молоком ребенок впитывает первые слова любви. Старец Паисий Святогорец писал: «Мамы не кормят детей грудью, и поэтому дети вырастают без утешения. Кто даст им нежность и любовь? Если дети сами не получают нежности, то у них не хватит ее и на то, чтобы передать ее своим детям» [4, с. 94].

Поскольку кормление грудью – это и духовный контакт матери и ребенка, то благотворно сказывается на психологическом состоянии малыша. Именно поэтому, дети, вскармливаемые материнским молоком, более спокойны и уравновешены, а в дальнейшем доброжелательны и более привязаны к матери, семье, чем дети, находящиеся на искусственном вскармливании.

По словам старца Паисия Святогорца «Питаюсь от груди, младенцы впитывают в себя не только молоко: они впитывают любовь, нежность, утешение, безопасность и таким образом становятся людьми с сильным характером» [4, с. 93-94].

Роль отца бесспорно важна, но «Отцовское объятие - если в нем нет Благодати Божией - сухо. А объятие материнское - даже без Бога - имеет в себе молоко. Ребенок любит своего отца и уважает его. Но и эта любовь к отцу увеличивается от нежности и тепла материнской любви». Паисий Святогорец считает, что Россия удержалась в своих испытаниях благодаря матерям. Вот какая цементирующая семейная связь единству матери-дитя-отца, осуществляемая через материнство и вот какая оценка молоку матери! [5].

Некоторые русские святые проводят аналогию между вкушением материнского молока и таинством причастия. Так, святой праведный Иоанн

Кронштадтский в книге «Моя жизнь во Христе» пишет: «Кто дал тебе в пищу плоть созданных Им животных, Тот дал, наконец, в пищу и питье Самого Себя. Кто питал тебя сосцами матери, Тот, наконец, Сам взялся питать тебя Своею Плотью и Кровью, чтобы, подобно тому как с молоком материнским ты всосал в себя известные свойства матери, дух ее, так с Телом и Кровью Христа Спасителя всосал бы в себя Его дух и жизнь» [3].

Пресвятая Дева Мария, Богородица является идеалом материнства, которая в полной мере исполнила свое священное предназначение – она выносила в своем чреве, родила и вскормила Господа Иисуса Христа грудью. Именно поэтому иконы Божией Матери у большинства народов мира почитаются как образ высшей любви и нравственности, а также как символ материнской преданности. Многие иконы Богородицы посвящены именно рождению, кормлению и воспитанию: «Млекопитательница», «Блаженно Чрево, носившее Тя, и сосцы, Тебя питавшие», «Помогательница женам чады рождать» («Помощница в родах»).

Таким образом, грудное вскармливание – это источник физического здоровья, психологического спокойствия и духовной близости как для матери, так и для младенца, цементирующая составляющая семьи в целом.

Демографическая политика нашей страны реально поддерживает приоритет материнства. Есть основания надеяться, что социальное равноправие женщин и мужчин не будет подавлять желание девушек создавать семью. Напротив, роль мужчины-главы семьи будет расти, а соответственно роль женщины– «хранительницы домашнего очага» приобретет традиционную для России ценность [1, с. 12].

#### **Литература:**

1. Ангалева Е.Н., Хуцишвили О.С. Изменение социально-репродуктивного поведения девушек современной России // Материалы IV международной научно-практической конференции «Образование: традиции и инновации (26 декабря 2013)». Прага. 2014. – С. 12-14.
2. Библия. Книги священного писания.
3. Прав. Иоанн Кронштадтский. Моя жизнь во Христе. Том 2. Слово 1485. СПб. 1893. Электронная библиотека.
4. Слова. Том IV. Семейная жизнь. Монастырь Святого Апостола и Евангелиста Иоанна Богослова. Суроти, Салоники. Издательский дом «Святая Гора». Москва. 2004. – С. 93-94.
5. <http://altai.eparhia.ru/publications/babies/grudnoevskarmlivanie/>
6. <http://boguslava.ru/viewtopic.php?id=151>

## **НЕРЕШЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

*Шевчук С.О.*

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»**

Благодаря научно-техническому прогрессу за последние 100 лет человечество достигло выдающихся результатов в различных сферах деятельности и в первую очередь в медицине. При помощи современных технологий успешно проводятся сложнейшие виды операций, создаются новые лекарственные средства, способы реабилитации и т.п. В результате уменьшилось количество летальных исходов, улучшилось качество жизни и социальной адаптации пациентов. Значительных успехов медицина достигла и в лечении различных видов бесплодия. На сегодняшний день во многих передовых клиниках мира используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), которые дают возможность более 50 млн бесплодным семейным парам все же ощутить радость отцовства и материнства. Самым востребованным методом ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), но до конца остаются не решенными психологические и биоэтические вопросы возникающие при его использовании. Особенно остро стоит вопрос о психологических особенностях женщины из группы ЭКО и влиянии этих особенностей на течение беременности и на плод. А также вопросы репродуктивного донорства, возможности посмертной инсеминации, и использование невостребованных эмбрионов, стволовых и половых клеток. Изучение психологических и биоэтических вопросов возникающих при использовании ЭКО, а также способов их решения, является весьма актуальным на сегодняшний день в связи с увеличением количества бесплодия и как следствие спроса на ВРТ.

Первые идеи применения ЭКО для лечения женского бесплодия относятся к концу VIII века. А уже в 1978 г. в Англии первым в мире ребенком, родившимся при помощи ЭКО, стала Луиза Браун [1]. С тех пор происходит дальнейшее его усовершенствование, так как ЭКО является наиболее перспективным методом лечения бесплодия, его результативность достигает 40%. По данным Российской Ассоциации Репродукции человека количество рожденных детей при помощи ЭКО на 2014 год составило 24,707 тыс. детей. С 2012 года ЭКО по решению правительства РФ включено в программу бесплатной государственной медицинской помощи и финансируется за счет фондов обязательного медицинского страхования. Вместе с увеличением количества выполняемых процедур ЭКО и обеспечением его доступности различным слоям населения, возникает необходимость усовершенствования правового и биоэтического регулирования данного метода ВРТ. Основные юридические вопросы по применению ВРТ отражены в Приказе Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия». В данном документе

освящены обязанности и права всех участников, давших согласие на применение методов ВРТ, но нет ни слова о статусе эмбриона и о правах детей, рожденных при помощи данных методов. Также не освящаются психологические трудности женщины, возникающие при использовании методов ВРТ. Ведь благодаря появлению нового научного направления – перинатальной психологии, стало известно, что стрессы и различные отрицательные переживания беременной неблагоприятно сказываются на развитии плода и новорожденного, приводя к развитию различных патологий и патологических состояний.

Если супружеская пара на протяжении года не имеет детей, врач может заподозрить наличие проблем в репродуктивной сфере одного из супругов. Тогда паре предлагается пройти полное медицинское обследование на протяжении 3-6 месяцев для установления окончательного диагноза и выяснения причины бесплодия, если оно есть. При подтверждении диагноза паре предлагается пройти лечение на протяжении 9-12 месяцев, если же беременность не наступает, по прошествии данного срока, то супругам рекомендуется воспользоваться методами ВРТ. Мало того что женщина при постановке диагноза бесплодие, испытывает огромный психологический стресс, ведь под угрозой находится естественное желание материнства и продолжения своего рода, но и длительный период диагностики и лечения истощает и утомляет женщину. Она начинает винить себя в том, что является причиной отсутствия ребенка в семье, это приводит к развитию депрессии и усугублению психосоматического состояния женщины. Большой вклад в ухудшение психического состояния вносят также и неудачные попытки лечения и применения ВРТ. Если в результате применения ЭКО наступает беременность, все эти предшествующие события неблагоприятно сказываются на течении беременности, исходов родов, и послеродового периода для матери и ребенка. Исследованиями Левицкой А.В. доказано, что формирование осложнений беременности у пациенток после ЭКО (преэклампсия, угроза прерывания, плацентарная недостаточность) обусловлено действием хронического стресса [2]. Также определено, что у пациенток группы ЭКО с нарушением состояния плода, выявленными с помощью ультразвуковых доплерометрических исследований, отмечаются достоверно более выраженные нарушения психологического статуса [2]. При исследовании женщин на этапе подготовки к процедурам ВРТ во время беременности и после родов, показатели самочувствия, активности и настроения в группе ЭКО достоверно ниже, чем у пациенток со спонтанной беременностью. В клинической картине женщин программы ЭКО преобладала тревожно-депрессивная и астеновегетативная симптоматика (депрессивные расстройства диагностированы у 32% пациенток, генерализованное тревожное расстройство у 30%, смешанные тревожно-панические расстройства у 8%). Пациентки сомневались в возможности удачного исхода лечения, были ранимы, сенситивны, раздражительны, не уверены в себе [4]. Все это может способствовать увеличению конфликтов в семье и развитию психосоматической симптоматики у пациенток, приводящей к развитию

вегетативной дисфункции, проявляющейся в виде тахикардии, чувства нехватки воздуха, головокружении, обмороков и т.д.

В результате применения процедуры ЭКО происходит имплантация до двух жизнеспособных эмбрионов (по решению родителей и более) это может привести к развитию многоплодия, которое увеличивает риск развития осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде, как у матери так и у плода. Преждевременные роды при многоплодии составляют 30-60%, это приводит к рождению детей с малой массой тела, низкой оценкой по шкале Апгар и с различными патологическими состояниями (церебральные расстройства, внутриутробная гипотрофия, асфиксия, синдром дыхательных расстройств), что приводит к снижению жизнеспособности новорожденных [4]. Поэтому перед женщиной возникает еще один не легкий психологический и этический вопрос, связанный с подписанием информированного добровольного согласия на редукцию (аборт) «лишних» эмбрионов. Решение о количестве оставляемых эмбрионов принимает семья. Женщина с диагнозом бесплодие желает сохранить каждого своего ребенка, зачатого столь нелегким путем, но страх перед возможностью утраты их всех также велик. В данной ситуации психосоматическое состояние женщины еще более усугубляется и может привести к развитию осложнений при беременности. Анализ показателей здоровья новорожденных после ВРТ из 11 клиник в Дании (1995-2001 гг.) показал, что родившиеся дети после процедуры редукции зародыша(ей), и являющиеся выжившими близнецами, имели серьезные риски по различным заболеваниям [5]. В связи с особенностями психического состояния женщин прибегающих к помощи ЭКО, целесообразно внедрить в акушерско-гинекологическую практику стационаров и женских консультаций различных доступных и достоверных методов диагностики нарушения данного состояния (такие как определение уровня депрессии, тревожности при помощи теста САН, опросника Бека, метода Спилбергера-Ханина и т.п.). Это позволит своевременно диагностировать нарушения в психическом статусе женщины, возникших на различных этапах программы ЭКО, и направить женщину для коррекции на консультацию к психологу, психотерапевту. В результате чего может значительно уменьшиться количество осложнений беременности, родов и послеродового периода и повыситься эффективность данного метода ВРТ.

Что касается проблемы статуса эмбриона при использовании ВРТ, то в российском законодательстве отсутствуют нормы отражающие права эмбриона. До момента рождения ребенок является полностью бесправным, и аборт до 12 недель беременности может совершаться по желанию матери, даже при отсутствии медицинских показаний. Поэтому при использовании методов ВРТ решение о дальнейшей судьбе (криоконсервация, донорство, утилизация) «лишних» половых клеток (эмбрионов) принимают те, кому согласно закону они принадлежат (доноры, родители). Это так же является значительной биоэтической и психологической проблемой для семейной пары, которая хочет воспользоваться программой ЭКО.

При использовании методов ВРТ весь процесс зачатия и раннего развития эмбриона отличается от физиологических условий. Особенности психосоматического состояния беременной, так же могут, не благоприятно сказываться на ребенке. У плода и новорожденного значительно больше шансов развития различных патологий и заболеваний, чем при спонтанной беременности. Если же ребенок захочет узнать кто его генетические родители, он не сможет этого сделать, так как доноры половых клеток защищены законом конфиденциальности личной информации. В связи с этим данный ребенок может испытывать, некоторые психологические проблемы аутоидентификации своей личности, что не благотворно сказывается на его развитии и социальной адаптации. При применении ВРТ ребенок становится предметом сделки, но при этом он не имеет, ни каких прав, так как его правовой статус не закреплен в законодательстве.

Таким образом, из всего выше сказанного можно сделать выводы, что психологический статус женщин входящих в программу ЭКО имеет ряд своих особенностей, которые связаны с влиянием самого диагноза, длительным лечением и подготовкой к процедуре, а так же рядом психологических и этических проблем, которые возникают перед беременной женщиной. Ребенок родившийся при помощи ЭКО лишен каких либо прав узнать кто же является его генетическими родителями, что может привести к психологическим проблемам аутоидентификации своей личности и проблемам в социальной адаптации. Для решения данных проблем необходимо психологическое наблюдение и консультация психолога (при необходимости) женщине участвующей в программе ЭКО на всех ее этапах. А так же диспансерное наблюдение и консультация психолога (если необходимо) детям, рожденным при помощи данного метода ВРТ.

#### **Литература:**

1. Альцкий В. Ю. Правовые аспекты применения вспомогательных репродуктивных технологий в лечении бесплодия // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – № 2. – т. 10. – С. 12-14.
2. Лебедько А. В. Особенности течения беременности и родов у женщин при экстракорпоральном оплодотворении: автореф. дисс., к.м.н. Мн., 2013.
3. Захаренко И.Л. Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на психологический статус женщины // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 21. – С. 144-151.
4. Мансинова В. О. Современное состояние проблемы здоровья детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий// Педиатрическая фармакология. – 2011. – № 2. – т. 8. – С. 27-31.
5. Pinborg A., Loft A., Schmidt L. et al. Neurological sequelae in twins born after assisted conception: controlled national cohort study // BMJ. – 2004; 329 (7461): 311.

# ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К РОДИТЕЛЬСТВУ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

*Шульженко Д.С., Глушкова В.П.*

Курский государственный медицинский университет

Явление подростковой беременности является актуальной проблемой в современном российском обществе. В настоящее время нет единой точки зрения на то, какие возрастные границы соответствуют понятию «юная первородящая». Это связано с социально-экономическими и этническими особенностями отдельных стран. Так, в России к юным беременным относят подростков 13-17 лет [4]. По данным социологов, около 1,5 тыс. детей ежегодно рождаются у 15-летних, 9 тыс. – у 16-летних и 30 тыс. – у 17-летних матерей, что составляет около 10% от общего количества родов [1]. Так же, по данным Международной федерации планирования семьи, ежегодно в мире более чем у 15 млн. подростков беременность заканчивается родами.

Исследования последнего десятилетия свидетельствуют о том, что возраст начала сексуальной жизни подростков снижается, причем интенсивнее среди девушек. По данным репрезентативного опроса, проведенного в РФ в конце 2011 г. (RLMS), средний возраст первого сексуального контакта для поколения 41-49 летних женщин составил 20,2 лет, мужчин – 19 лет; 31-40 летних – соответственно 19,3 и 18,4; 21-30 летних – 17,8 и 17,1; 14-20 летних – 16,2 и 15,6 [2].

В исследованиях Петренко Ю.П., Камсюка Л.Г., Катковой И.П., Алленовой И.А., Филипповой Г.Г. рассматриваются те социальные факторы, которые влияют на чувство материнства и готовность к родительству в подростковом возрасте. Филиппова Г.Г. отмечает, что репродуктивная сфера высших животных и человека состоит из двух блоков: материнского и полового. Однако у животных эти блоки не связаны субъективной представленностью. Но возникновение человеческого сознания и общества, как отмечает автор, всё меняет. Во-первых, образованные социально-культурные ценности принимают участие в развитии и материнского, и полового поведения. Во-вторых, происходит объединение родительского и полового поведения в единый комплекс. Таким образом, ценностное отношение к младенцу переводится из безусловного в обусловленное [5].

Рассматривая причины ранней беременности, большинство авторов ссылается на воздействие социальных факторов, а именно на особенности родительской семьи юных беременных.

Согласно статистике, девочки, живущие с раннего детства без матери, «обзаводятся» семьей и детьми на 2 года раньше девочек из полных семей. Если отец не принимает участия в воспитании дочерей, они создают свою семью на год раньше своих сверстниц. Девочки, которые часто меняли место жительства по различным причинам, чаще рожают детей в юном возрасте. Все эти выводы подтверждают, что неблагополучная и неполная по составу родительская семья в детстве создает проекцию на собственную семью и имеет долгосрочные

негативные социально-психологические последствия во взрослой жизни ребенка [3].

Задачей нашего исследования явилось изучение социально-психологических аспектов родительских семей юных первородящих. Исследование проводилось на базе Областного перинатального центра г. Курска. Нами было исследовано 30 девушек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет в первой половине беременности.

Анкетный опрос исследуемых показал, что по семейному положению большая часть юных беременных не замужем (81%); в так называемом «гражданском браке» состоят 17%, лишь 2% из всех опрошенных замужем. Образовательный статус испытуемых: среднее образование – 53%, получают высшее образование – 16%, получают средне-специальное образование – 15%, не окончили среднюю школу – 16%. Состав родительской семьи опрошенных: неполная семья, воспитываются матерью – 68%; неполная семья, воспитываются отцом – 2%; полная семья – 25%; воспитываются в приёмной семье – 5% опрошенных. Все юные беременные испытывают чувство страха и неопределенности перед будущим, не имеют представления о том какая должна быть собственная семья, не достаточно сформированы внутренние ценностно-смысловые ориентации.

Таким образом, по результатам проведенного анкетирования прослеживается тенденция социально-психологического неблагополучия при наступлении беременности в юном возрасте.

#### **Литература:**

1. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. – М: МЕДпресс, 2000. – 160 с.
2. Гурко Т.А. Опыты сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних женщин // СоцИс: Соц. исслед. – 2002. – № 11. – С. 83-91.
3. Дягилева А.В., Бурая Е.В. Программа сопровождения юных матерей: Методическое пособие для специалистов. – Челябинск, 2013. – 182 с.
4. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.
5. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

# СЕМЕЙНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ

*Якимова Т.В., Строкова С.С.*

**ФГБОУ ВО «Московский государственный  
психолого-педагогический университет»**

Характерные для последнего времени изменения в системах социальных ролей, норм и ценностей затронули все социальные институты, в том числе и семью. Современное состояние института семьи определяется психологами, социологами, демографами как кризисное, что связано с ее структурно-функциональными трансформациями в относительно короткий период времени. В настоящее время в мегаполисах и относительно больших городах можно видеть многообразие семейных укладов, в том числе весь спектр исторических типов моногамной семьи, тогда как в небольших населенных пунктах жизненные уклады остаются традиционными. Одновременное сосуществование различных моделей определяет *уникальность современной семьи* (Н. Аккерман, С.И. Голод, А.Я. Варга и мн. др.).

Изучение переживания своей принадлежности к семье в условиях быстрых общественных изменений приобретает особую актуальность. Представленные тезисы отражают исследование *семейной идентичности (СИ)* подростков из семей с различными социально-демографическими (ролевой состав семьи) и психологическими (структурно-функциональные показатели – сплоченность и гибкость семейной системы) характеристиками.

Существующие исследования СИ по большей части являются мозаичными, не описывающими феномен в полной мере, скорее, лишь в разрезе определенной темы, которую затрагивает исследователь (V. Cigoli, E. Scabini (2006), С. Raechter, С. Smart (2011), J.L. Furrow (2013), Ф.В. Мальчинский, С.Д. Некрасов (2010), Н.А. Бухалова (2012) и др.). Более расширенное понимание семейной идентичности можно найти у Н.В. Лукьянченко (2010, 2011, 2014, 2015). В представленном исследовании разведены понятия образ семьи и семейная идентичность. Образ семьи представляет собой отражение в представлении испытуемого семьи как некоего внешнего объекта со своими свойствами и особенностями, рождающее у него определенный эмоциональный отклик. СИ определялась как переживание своей принадлежности к семейной группе, развивающееся в онтогенезе и содержащее когнитивный, эмоциональный, ценностный и поведенческий компоненты.

В исследовании изучался *вклад трех факторов* в специфику СИ и образа семьи у подростков:

- социально-демографический фактор (ролевой состав семьи),
- психологический фактор (сплоченность и гибкость семейной системы),
- индивидуальный фактор (пол и возраст подростка).

На основе различий ролевого состава семьи было сформировано четыре группы подростков: из полных, неполных, бинуклеарных и замещающих семей. К полным были отнесены семьи, в которых мать и отец подростка состояли в

браке и проживали на одной территории. Неполной считалась семья, где по каким-либо причинам (развод, смерть) один из родителей не проживал вместе с ребенком и другим родителем и не состоял в браке с последним. Бинуклеарной считалась семья, включающая в себя роли отчима или\и мачехи, возможных сводных братьев и сестер для подростка. К замещающим относились семьи, в которых подросток воспитывался некровными родителями.

В качестве структурно-функциональных характеристик семьи выделялись ее сплоченность и гибкость (адаптивность). Сплоченность в циркулярной модели Д.Олсона определяется как эмоциональная связь, близость членов семьи друг к другу. Адаптивность (гибкость) – это способность семьи приспособливаться к новым условиям, реагировать на изменения вне и внутри системы, менять правила функционирования. Структурно-функциональные характеристики семьи не тождественны ее ролевому составу, то есть номинациям семейных ролей, но являются характеристиками, отражающими качество этих ролей, их функциональность.

**Выборку** составили 519 подростков, учеников средней и старшей школы, в возрасте от 10 до 17 лет, из которых 52% девочек и 48% мальчиков.

**Методы** психологической диагностики, в частности, состояли из: специально разработанной анкеты, направленной на выявление социально-демографических характеристик семей испытуемых; шкалы семейной адаптации и сплоченности FACES-III (Д.Х.Олсон, Дж.Портнер, И.Лави, М.Перре); модифицированного теста М.Куна «Моя семья – это...», «Семейной социогаммы» Э.Г.Эйдемиллера, проективной методики «Синквейн» А.М.Щербаковой для диагностики характеристик образа семьи; а также был разработан опросник семейной идентичности, позволяющий оценить переживание принятия себя подростком со стороны семьи, субъективную ценность собственной семьи для подростка, а также его готовность вовлекаться в семейные дела и взаимодействия.

**Результаты.** Значимые различия были выявлены между подростками из семей с различным *ролевым составом* только в показателях образа семьи, но не в показателях СИ. Подростки из полных семей наиболее позитивно оценивают свою семью, когнитивная составляющая образа семьи у них оказывается достаточно построенной, они чаще считают свою семью более сплоченной, чаще могут говорить о неудовлетворенности семьей. Подростки из неполных семей по сравнению с подростками из полных семей реже дают позитивные и чаще негативные и нейтральные характеристики своей семье, чаще считают свою семью менее сплоченной. По сравнению со своими сверстниками наиболее негативно свою семью оценивают подростки из бинуклеарных семей, считая ее зачастую менее сплоченной, чем другие испытуемые. Это может указывать на сложность формирования и регуляции внутрисемейных отношений в бинуклеарных семьях, например, из-за отсутствия понятных, устоявшихся правил функционирования таких семей, из-за степени завершенности развода и других причин. У подростков, воспитывающихся в замещающих семьях, образ семьи наименее дифференцирован по сравнению с их сверстниками. В целом, вне зависимости

от ролевого состава подростки склонны оценивать свою семью скорее позитивно, чем негативно.

Показатели СИ и образа семьи наиболее значимо различаются у подростков из семей с разными *структурно-функциональными характеристиками*. При этом наибольший вклад в различия показателей СИ и образа семьи вносит оценка подростком сплоченности своей семьи (степень эмоциональной близости между членами семьи и вовлеченности в жизнь друг друга). Чем выше оценка семейной сплоченности, тем чаще СИ и образ семьи у подростка более дифференцированы и позитивны, тем более подросток переживает принятие себя со стороны близких, тем выше для него субъективная ценность семьи и его вовлеченность в различные формы внутрисемейной совместности.

Особенности СИ и образа семьи у подростков с различными *индивидуальными характеристиками (полом и возрастом)* имеют некоторые различия. Образ семьи (но не показатели СИ) у девочек отличается от образа мальчиков большей насыщенностью и дифференцированностью в эмоциональном и ценностном аспектах, оцениванием своей семьи как более сплоченной и гибкой, а также более частом представлении матери как наиболее значимого в семье человека, в то время как для мальчиков в этой роли чаще выступает отец.

Младшие подростки переживают больше принятия со стороны семьи, а также сами высоко позиционируют субъективную ценность семьи, с большей готовностью, чем старшие подростки, участвуют в делах семьи; их характеристики семьи, в основном, позитивны и содержат в себе эмоционально-оценочный и поведенческий аспекты образа семьи; они выше оценивают сплоченность своей семьи, чувствуют единство и эмоциональную близость с членами семьи. У старших подростков ожидаемо выше разработан образ семьи на когнитивном, рациональном уровне, в нем меньше эмоционального содержания. При этом эмоциональная оценка образа семьи у подростков старшего и младшего возраста не отличается.

**Резюме.** В целом, полученные данные и их анализ показали, что с СИ и образом семьи подростка связано три группы факторов, вносящих различный по значимости вклад в особенности этих конструктов. На материале исследуемой выборки показано, что характеристики СИ и образа семьи в значительно большей степени связаны со структурно-функциональными (сплоченность и гибкость), чем с социально-демографическими (ролевой состав) характеристиками семьи или с индивидуальными характеристиками самого подростка (пол и возраст).

### Литература:

1. Строкова С.С. Направления изучения семейной идентичности в психологии // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Том 22. – № 3. – С. 8-22.
2. Строкова С.С. Структурно-функциональные характеристики семьи и особенности семейной идентичности у подростков // Консультативная

психология и психотерапия. 2016. – Том 24. – № 2. – С. 29-46.  
doi:10.17759/cpp.2016240203.

3. Якимова Т.В. Психология семьи : учебник и практикум для академического бакалавриата / Т.В. Якимова. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 345 с.

## **PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF IVF PATIENTS**

*Hrithik Kamboj, Sheikh Amil, Zhukova A.A.*

**Medical Academy named after S.I. Georgievsky of the Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky**

In Vitro Fertilization is an assisted reproductive technology (ART) commonly referred to as IVF. IVF is the process of fertilization by extracting eggs, retrieving a sperm sample, and then manually combining an egg and sperm in a laboratory dish. The embryo(s) is then transferred to the uterus. Other forms of ART include gamete intrafallopian transfer (GIFT) and zygote intrafallopian transfer (ZIFT) [1].

An IVF treatment can have a tremendous impact on women: it is a very demanding physical process, with far-reaching effects on a woman's psychological well-being, her relationship with her partner, and her social environment. Emotions and expectations can run high and the whole process leaves the women exhausted and disheartened, as well as causing rifts in the relationship with her partner and social circle. Psychologically, the hormones make the women very irritable and reacting strange to everything. Financially, it costs lots of money, and especially in the beginning of a young couple's new life, where they have many expenses. In the relationship with partner, due to being more irritable from the hormones but also from the general situation, women has extra demands from her husband and he cannot understand that, poor him. Family look at women questioningly every time they see her, asking; 'Are you pregnant? Did it work?' [2, 3, 4] For other women, however, the experience of IVF was more mixed, since they did not gain only negative experiences, but also positive ones, like adopting a healthier lifestyle and getting closer to their partner. Emotionally it had a great impact; so much grief. Especially, painful when everyone in your environment appears to get pregnant. Fortunately the relationship has not suffered. We have grown together stronger through this. It is quite understandable that not all women experience IVF in the same way; how one experiences a situation can depend on one's personal make-up, specific circumstances and personal situation. Another way to affect the overall experience is the knowledge and support of others. For women going through IVF, support of third parties can make a difference between a hard, yet positive learning experience, and a difficult and isolating one [5, 6, 7].

Going through IVF can be a very private and delicate issue; some of the couples that are busy with an IVF treatment prefer to keep this fact to themselves; others decide to share the news with selected members of their family and social circle. The attitude from the people who are informed about the process can vary

greatly; some women report that they have encountered great disinterest and lack of understanding from the people close to them which, causes great disappointment and hurt feelings. Other women on the other hand have reported positive reactions and support from their environment regarding IVF. However, the majority of women have reported that even though many members of their family and friends have showed interest and concern and may be well meaning, they still do not know how exactly to approach them and show lack of understanding regarding the actual process of IVF [8, 9, 10].

The emotional impact of infertility can be devastating for women, and even though the use of IVF can assist them in realizing their wish for a child, its strict administration and its physical and psychological impact can cause a new set of problems, not just for the women, but for their partners and social circle. Participating in IVF-centered forums is credited with offering women an enormous amount of information and support, helping them with taking important medical decisions and giving them a safe solace where they can express themselves among fellow IVF patients and feel understood and supported, in a way that perhaps compensates for the lack of support and understanding in their private lives [11, 12, 13, 14, 15].

These emotional needs and concerns expressed in IVF forums could be instrumentally used by health care ethics committees, in order to promote measures that can aid IVF health care professionals in offering more patient-oriented care and support for women going through IVF. Taking the emotional needs of IVF patients into account can help in creating a more balanced and supporting relationship between IVF users and their physicians, as well as providing them with information and support specifically tailored to their personal needs.

### **References:**

1. Asveld L., Roeser S., editors. The ethics of technological risk. London: Earthscan; 2009.
2. Burrows R., Nettleton S., Pleace N., Loader B., Muncer S. Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support. *Information Communication & Society*. 2000;3(1):95–121. doi: 10.1080/136911800359446. [[Cross Ref](#)]
3. Damasio A. *Descartes' error*. New York: Putnam; 1994.
4. Fischhoff B., Lichtenstein S., Slovic S., Derby S.L., Keeney R. *Acceptable risk*. Cambridge: Cambridge University Press; 1981.
5. Franklin S. *Embodied progress: A cultural account of assisted conception*. New York: Routledge; 1997.
6. Frijda N. *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
7. Goldie P. *The emotions: A philosophical exploration*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
8. Gupta J.A. *New reproductive technologies, women's health and autonomy: Freedom or dependency?* New Delhi: Sage Publications; 2000.
9. Hansson SO. Philosophical perspectives on risk. *Techné* 2004;8:10-35.
10. Held V. *The ethics of care: Personal, political and global*. Oxford: Oxford University Press; 2006.

11. Kahan D.M. Two conceptions of emotion in risk regulation. *University of Pennsylvania Law Review*. 2008;156:741-766.
12. Krimsky S., Golding D., editors. *Social theories of risk*. Westport: Praeger Publishers; 1992.
13. Lazarus R. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press; 1991.
14. Noddings N. *Starting at home: Caring and social policy*. Berkeley: University of California Press; 2002.
15. Nussbaum M. *Upheavals of thought*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.

## **INFERTILITY AND MENTAL HEALTH**

*Sachin Kumar, Zhukova A.A., Lyaschenko O.I., Smirnova S.N.*

**Medical Academy named after S.I. Georgievsky of the Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky**

The belief that psychological factors play a role in infertility is long-standing, and there is evidence that stress levels may influence the outcome of infertility treatment, as well as contribute to patients' decisions to continue treatment. Stress also affects patients' reactions to pregnancy loss during infertility treatment and pregnancy complications. Stress is associated with infertility treatment failure, and interventions to relieve stress are associated with increased pregnancy rates. Infertility and its treatment can affect all aspects of people's lives, which can cause various psychological-emotional disorders or consequences including frustration, depression, guilt, anxiety, hopelessness and at last anger. For instance, a quantitative study revealed that infertility treatment is amongst the most stressful factors for the infertile women. The overall prevalence for psychological problems of the infertile couples is estimated to be 28-65%, which is caused by a complexity of factors such as gender, the cause and duration of infertility, treatment methods, and culture [1, 2].

Yearning for children have been a part of life since the beginning of mankind, chronicled throughout history by religious accounts, myths, legends, art, and literature. Whether driven by biological drive, social necessity, or psychological longing, the pursuit of a child or children has compelled men and women to seek a variety of remedies, sometimes even extreme measures [3, 4]. In all cultures the childlessness is recognized as a crisis that has the potential to threaten the stability of individuals, relationships, and communities. Every society has culturally approved solutions to infertility involving, either alone or together, alterations of social relationships (e.g., divorce or adoption), spiritual intercession, or medical interventions. While spiritual and medical remedies for infertility are common and often used early on by infertile couples, social solutions demanding the alteration of relationships have been shown to be the last alternative individuals or couples usually consider.

The lifetime prevalence of infertility in representative population-based studies from industrialized countries is 18-30%, and on average, 60% of individuals affected seek medical advice [5]. Infertility, as well as being a medical condition, has a social

dimension; it is a poorly-controlled, chronic stressor with severe long-lasting negative social and psychological consequences. Although infertility can lead to severe strain in a couples' relationship, it can also have a potentially positive effect. Strategies including emotional coping are associated with reduced stress in infertility. Long-term studies of involuntary childless women following unsuccessful treatment show that although most adjust well psychologically, their childlessness is a major theme of their lives. Being a parent is one of the major transitions in adult life for both men and women. The stress of the non-fulfillment of a wish for a child has been associated with emotional squeal such as anger, depression, anxiety and marital problems. Partners may become more anxious to conceive, ironically increasing sexual dysfunction and social isolation. Marital discord often develops in infertile couples, especially when they are under pressure to make medical decisions. Couples experience stigma, sense of loss, and diminished self-esteem in the setting of their infertility. The first stage of the reaction to infertility is surprise. Most couples assume that pregnancy will occur soon after discontinuing contraception because most have spent their sexual lives trying to avoid pregnancy. Couples scrutinize their behaviors, habits, and lifestyle to try to understand why they have not been able to conceive. They also examine the timing, frequency, and technique of intercourse to explain why they have not been able to conceive. If the couple has told others of their attempts to get pregnant, they may be the recipients of well-intentioned advice from friends and family [6].

In a series of losses experienced by the infertile couple that helps better understand why the emotional reaction to infertility can be so intense. These losses include loss of self-esteem, relationships, health, and financial security. In general, in infertile couples women shows higher levels or distress than their male partners. However, men's responses to infertility closely approximate the intensity of women's responses when infertility is attributed to a male factor. Real or feared loss of important relationships includes the marital relationship and relationships with family and friends. The marital relationship can be strained or lost because of fears that the fertile partner will leave the infertile partner. Both men and women experience a sense of loss of identity and have pronounced feelings of defectiveness and incompetence. Women trying to conceive often have clinical depression rates similar to women who have heart disease or cancer. Emotional stress and marital difficulties are greater in couples where the infertility lies with the man. The infertile person has a loss of self-esteem by repeatedly attempting to achieve a desired goal (having a baby) but failing to achieve it. When unable to have a child, the failure challenges and may begin to erode their self-esteem. The problem can be significantly worse when the individual has been highly successful in other areas of life and has not developed the coping skills to deal with failure and loss and also not having child. This includes the marital relationship and relationships with family and friends. The marital relationship can be strained or lost because of fears that the fertile partner will leave the infertile partner.

Other studies have investigated the stressfulness of infertility using a stress and coping model. Based on this model, a situation is stressful if it is perceived as a threat to the person and if the person does not feel they have the coping skills to

adapt to it. After documenting that infertility and IVF were psychologically stressful, researchers began looking at variables that would predict the development of psychological distress among infertile patients. Newton and colleagues investigated pre-IVF psychological factors that were related to post-IVF adjustment. They found that 16% of women had clinically significant levels of anxiety and 28% had clinically significant levels of depression. They found that both post-IVF anxiety and depression were best predicted by pre-IVF trait anxiety, depression, and childlessness. Men did not report clinically significant anxiety or depression. In this model, infertility is stressful because it threatens the person's plan to have a child, which is highly valued [2, 6, 7]. In a cross-sectional study of infertile patients, investigators found that, for women, the most important factors related to psychological distress were perceived personal control, optimism that they would eventually have a child, and intensity of motivation to have a child. High levels of perceived personal control and optimism were related to lower levels of distress, and high levels of motivation to have a child were associated with increased distress, that is, the more important it was to the woman to have a child the more distress she reported related to the infertility experience [2].

With the explosion of new technologies to treat and deal with impaired fertility, there has also been an increasing need for an understanding of the psychosocial implications of impaired fertility and its treatment. In light of all the data suggesting that psychological symptoms may interfere with fertility, success of infertility treatment and the ability to tolerate ongoing treatment; interest in addressing these issues during infertility treatment has grown. Since psychological factors play an important role in the pathogenesis of infertility, exploration of this is also an important task to manage this devastating problem, which has cultural and social impact.

#### **References:**

1. Cooper B.C., Gerber J.R., McGettrick A.L., Johnson J. Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril* 2007;88:714-716.
2. Boivin J., Griffiths E., Nenetis C.A. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ* 2011; 342: 223.
3. Hadley R., Hanley T. Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *J Reprod Infant Psychol.* 2011;29:56-68.
4. Fisher J., Baker H., Hammarberg K. Long-term health, well-being, life satisfaction, and attitudes towards parenthood in men diagnosed as infertile: challenges to gender stereotypes and implications for practice. *Fertil Steril.* 2010;94:574-80.
5. Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K.H., Skaggs G.E. Gender differences in how men and women who are referred to IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod.* 2006;21:2443-9.

6. Drosdzol A., Skrzypulex V. Depression and anxiety among Polish infertile couples-and evaluative prevalence study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30:11-20.

7. Тъзер V., Tuncel A., Гүка S., Dogan Bulut S., Ыксел F. et al. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. Turk J Med Sci. 2010;40:229-37.

## **IN- VITRO FERTILIZATION AS A CLINIC-PSYCHOLOGICAL PROBLEM**

*Rajan Sushmitha Priya, Lyashchenko O.I., Smirnova S.N., Zhukova A.A.*  
**V.I. Vernadsky Crimean Federal University**  
**Medical Academy named after S.I. Georgievsky**

### **INTRODUCTION:**

In vitro fertilization (IVF) is an assisted reproductive technology (ART) available to help people with fertility problems and to have a baby. During IVF, an egg is removed from the woman's ovaries and fertilized with sperm in a laboratory. The fertilized egg, called an embryo, is then returned to the woman's womb to grow and develop <sup>[1]</sup>. IVF was traditionally used to help both men and women address infertility issues. It can be used in the following patients. Women with: ovulation disorders, damaged, or blocked fallopian tubes. Men with: decreased sperm count or sperm mobility. IVF success rates have been increasing year on year since its conception. Although it is successful, on the whole they have not undergone the same level of improvement. There is a chance of multiple pregnancies, ectopic pregnancy, prematurity of birth and psychological problems <sup>[2]</sup>.

### **REVIEW OF 1<sup>st</sup> SUCCEDED IVF:**

In 1977, Sir Patrick Steptoe and Robert Edwards successfully carried out a pioneering conception which resulted in the birth of first baby to be conceived by IVF, The baby-Louise Brown born on 25<sup>th</sup> July 1978, in Oldham General Hospital, Greater Manchester, UK. Steptoe and Edwards were responsible for the world's first confirmed boy conceived by IVF, Alastair MacDonald born on 14<sup>th</sup> January 1979 in Glasgow. A team led by Ian Johnston and Alex were responsible for Australia's first baby conceived by IVF, Candice reed, born on 23<sup>rd</sup> June 1980 in Melbourne, this is followed by total 14 pregnancies resulting in 19 births. Robert Edwards was awarded noble prize in Medicine "for the development of in vitro fertilization <sup>[3]</sup>.

### **PROCEDURE OF IVF:**

**Step 1:** Ovulation induction-before and during IVF process, in the women fertility specialist will monitor the ovaries and the timing of the egg release.

**Step 2:** Egg retrieval-in this IVF process, a very thin needle is passed through the vaginal wall the oocyte (egg) is isolated and it is placed in a culture dish containing nutrient media and then transferred to incubator.

**Step 3:** Fertilization-it is the process of fertilization of the egg. A sperm sample is secured, either from the partner or a donor, and it is mixed with the egg in a special chamber or incubator and monitored to make sure that a healthy embryo develops

**Step 4:** Embryo transfer and implantation-this is the final step. The healthiest embryo is selected and placed through the cervix into the uterine cavity. After the IVF process is complete, bed rest is often advised for around 24 hours. Many women find out that they are pregnant after the IVF process <sup>[4]</sup>.

**IVF** can also be a great solution for patients who are unable to get pregnant through normal means, such as single mothers or same sex couples. Using donated eggs or sperm, they can use the IVF process to realize their dream of having a child, without having to partake in any unwanted sexual intercourse. The obvious advantage is to have a child of own. A baby born through the IVF treatment process will be no difference from a baby conceived through natural means.

It's not always clear why a couple is unable to conceive. Approximately one third of infertility issues are attributed to the female, one third to the male, and one third by a combination of problems. This can make it difficult to figure out exactly what is causing your infertility problems. IVF treatments are a great way to get around any infertility issues a couple might be having, without the need for major surgery or extensive infertility treatments <sup>[5]</sup>.

Though **IVF** treatment is helpful, useful and advantage, it undergoes serious disadvantages, problematic and has many risks and side effects.

#### **DISADVANTAGES OF IVF:**

The success of IVF is not guaranteed, and patients often have to undergo more than one cycle of treatment before they are successful. Currently just over 25% of all IVF cycles result in a live birth. This naturally varies woman to woman, and a fertility specialist will be able to give a more accurate and personalized likelihood of success. It is important to be realistic but positive about the chances of success.

#### **ASSOCIATED SIDE EFFECTS:**

As a medical treatment, IVF comes with a small chance of developing side effects, the most severe of these being severe **ovarian hyper-stimulation syndrome (OHSS)**.

1. **MULITPLE PREGNANCIES:** In IVF treatments, there is often more than one embryo put back into the uterus leads to multiple pregnancies; around 20% to 30% of IVF pregnancies are multiple pregnancies. Multiple pregnancies do carry associated health risks to mother and baby: there is an increased chance of premature labour, miscarriage, need for caesarean, still births and infant health problems. It is important for all fertility clinics to have robust single embryo transfer policies to avoid the risk of multiple pregnancies.

2. **PSYCHOLOGICAL PROBLEMS:** Going through IVF treatment can be highly emotive and stressful experience. For patients undergoing treatment, it can be physically and emotionally demanding. For partners it can be difficult to watch a loved-one go through a stressful experience. It is important to prioritise psychological

health, and this is also good for the health of the body. Short, low-drug protocols should help to minimise the amount of stress.

3. **ECTOPIC PREGNANCIES**: The risk of an ectopic pregnancy doubles, to 1%-3%, that is pregnancy occurs outside the uterus. There is evidence that high oestrogen levels associated with high stimulation given to a woman during IVF increases prematurely and low birth weight. This has been linked to long-term health problems for the child.

4. **IVF TREATMENT IS EXPENSIVE**: IVF treatment is not cheap, and after paying for medication and blood tests, the costs can quickly mount up. It is good to have clear idea of the costs involved before starting treatment, and to have your finances in order before beginning. The drugs and hormones used during the IVF procedure are painful <sup>[6]</sup>.

### **ETHICAL ISSUES:**

1. To those experiencing an assimilation response the goal was an ancient one-for childless couples to have children. Neither the ends nor the means involved in creating a test tube baby was a drastic departure. At the centre of the response were questions such as:

When is a human being a human being? Does life begin at conception when the egg and sperm unite? Is there valid scientific evidence when actual human life exists?

2. To those who experienced an apprehension response believed that there were many things that happen to humans in life that are not welcome. Persons experience a pronounced uncertainty; one that is often tolerated. In spite of these fears, by the 1980s several groups, including Carol Wood's group in Australia, were experimenting with human IVF and announcing more IVF pregnancies.

3. Others believed IVF was unethical because it violated the sanctity of marriage and a proper family environment for child bearing. Still others argued that although sexual intercourse might well be an act of love that sanctified marriage, it did not guarantee a happy family environment. Proponents of new technology argued that IVF demanded sacrifice on the part of both male and female partners for beyond anything required for normal procreation.

4. Another concern of opponent of IVF was that the technology entailed unknown risks to potential children who could not give consent. Proponents of IVF believed that it was unlikely that the risks involved with IVF were substantially greater than they were with normal fertilization. Others believed that IVF was unethical because the technique made possible wholesale reconstructions of the human body.

5. Others believed that IVF was unethical because science does not have the right to manipulate nature, whereas proponents argued that it was ethically acceptable to seek medical care for a reproductive disorder, when the wide-spread IVF controversy initially began, opponents of IVF were concerned that it was unethical because the risks of publicity to a child so conceived would not allow the normal development of the child <sup>[7]</sup>.

## **SUCCESS RATES:**

IVF success rates, the percentage of all IVF procedures which result in a favourable outcome. Depending on the type of calculation used, this outcome may represent the number of confirmed pregnancies, called the **pregnancy rate**, or the number of live births, **called the live birth rate**. The success rate depends on variable factors such as maternal age, cause of infertility, embryo status, reproductive history and lifestyle factors.

*MATERNAL AGE:* Younger candidates of IVF are more likely to get pregnant. Women older than 41 are more likely to conceived with a donor egg.

## **LIVE BIRTH RATES:**

The live birth rate is the percentage of all IVF cycles that lead to a live birth. This rate does not include miscarriage or still birth and multiple- order births such as twins and triplets are counted as one pregnancy. In 2006, Canadian clinics reported a live birth rate 27%. Birth rates in younger patients were slightly higher, with a success rate of 35.3% for those 21 and younger, the youngest group evaluated. Success rates for older patients were also lower and decrease with age, with 37-year-olds at 27.4% and no live births for those older than 48, the oldest group evaluated. Thus the optimal woman's age is 23-39 years at the time of treatment <sup>[8]</sup>.

## **CONCLUSION:**

Many infertile women are able to earn more respect in their society by taking care of the children of other mothers, and this may be lost if they choose to use IVF instead. As IVF is seen as unnatural it may hinder their societal position as opposed to making them equal with fertile women.

If IVF becomes more popular without the birth rate decreasing, there could be more large family homes with fewer options to send their new born children. This could result in an increased of orphaned children and/or a decrease in resources for the children of large families. Thus it is problematic and would ultimately stifle the children's and community's growth <sup>[9]</sup>.

## **REFERENCES:**

1. *"In vitro fertilization (IVF)"* www.createhealth.org.
2. *"IVF was traditionally used to help both men and women address infertility issues"* www.en.m.wikipedia.org.
3. Moreton, Cole (14 January 2007). *"World's first test-tube baby Louise Brown has a child of her own"*. London: Independent. Retrieved 21 May 2010. The 28-year-old, whose pioneering conception by in-vitro fertilisation made her famous around the world. The fertility specialists Patrick Steptoe and *Bob Edwards* became the first to successfully carry out IVF by extracting an egg, impregnating it with sperm and planting the resulting embryo back into the mother.
4. *"Procedure of IVF"* www.createhealth.org.
5. *IVF can also be a great solution for patients who are unable to get pregnant;* www.quora.com.

6. *“Associated side effects”* [www.createhealth.org](http://www.createhealth.org).
7. Rockliff, H. E.; Lightman, S. L.; Rhidian, E.; Buchanan, H.; Gordon, U.; Vedhara, K. (2014). "A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients".
8. *“Success and Live Birth Rates”* [www.createhealth.org](http://www.createhealth.org).
9. *“IVF is seen as unnatural”* [www.en.m.wikipedia.org](http://www.en.m.wikipedia.org).

Издательство Курского государственного медицинского университета  
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.

Лицензия ЛР№ 020862 от 30.04.99 г.  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Усл. печ. л. 23,25.