

## ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ НА ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗАМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.Э. Вейц

В статье представлен анализ результатов исследования влияния семейного окружения на особенности эмоциональных нарушений детей с неврозоподобными расстройствами и неврозами. Выявлены виды родительского отношения и типы семейного воспитания в семьях детей исследуемых групп. В семьях детей с неврозоподобными расстройствами отмечается недостаточное принятие ребенка, чрезмерный контроль за действиями ребенка, недооценивание ребенка как личности, патологизирующее семейное воспитание по типу доминирующей гиперпротекции. В семьях детей с неврозами тип воспитания соответствует потворствующей гиперпротекции, выявлены признаки неуверенности в выборе воспитательной стратегии, предпочтения в ребенке детских качеств, смыслообразующей роли ребенка в жизненной ситуации. Определены особенности структуры личности детей каждой группы в зависимости от видов родительского отношения и типов семейного воспитания. Для детей с неврозоподобными расстройствами характерны эмоциональная неустойчивость, незрелость, отсутствие ответственности за свои поступки, возбудимость, нетерпеливость, напряженность, зависимость от окружающих, несамостоятельность, легкомысленность. Для детей с неврозами – тревожность, вялость, апатичность, ригидность, сниженный фон настроения, молчаливость, подозрительность, напряженность, зависимость от окружающих, несамостоятельность. Показано, что дети обеих групп используют неэффективные типы фрустрационного реагирования. Проведен корреляционный анализ влияния семейного окружения на особенности структуры личности и типы фрустрационного реагирования детей каждой исследуемой группы.

*Ключевые слова:* неврозы у детей, неврозоподобные расстройства, эмоциональные нарушения, типы семейного воспитания, виды родительского отношения.

В последние годы заметно увеличилось число эмоциональных нарушений у детей дошкольного и младшего школьного возраста, которые обусловлены неврозами, неврозоподобными расстройствами и различными преневротическими состояниями. Эмоциональные нарушения имеют прямую зависимость от психосоциального окружения ребенка, в первую очередь от особенностей внутрисемейных отношений [14–16]. Семейные отношения являются средой, детерминирующей психическое развитие ребенка. Взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей формируют эффективную потребностно-мотивационную систему ребенка, позитивный взгляд на мир и на самого себя. При этом следует отметить, что те же самые факторы, но с другим содержанием, могут приводить к ущербному развитию потребностей и мотивов, низкому самоуважению, высокой тревожности [1, 4, 5, 8]. По мнению В.В. Ковалева, невротические ре-

акции у детей могут быть обусловлены неправильным воспитанием на фоне церебрально-органической недостаточности [11]. Это мнение находит свое подтверждение в работах ведущих психологов и психиатров прошлого века и современности [6, 7, 9, 14–16, 19–21]. В частности, отмечено, что у 85 % школьников, с трудом усваивающих программу массовой школы, имеются различные неблагоприятные факторы в пренатальном и перинатальном периоде. Вместе с тем у 80 % детей, хорошо усваивающих программу и легко адаптирующихся к школьной обстановке, также имелись перинатальные вредности. Таким образом, сами по себе вредности не приводят к школьной дезадаптации, а свою ведущую роль при этом играют социально-медицинские факторы дошкольного и школьного периодов онтогенеза [12]. Кроме того, установлено, что нарушения в поведении детей с нервно-психической патологией постепенно исчезают к 7–8 годам только в случае правильного вос-

питания и отсутствия неблагоприятных социально-средовых факторов [3]. При этом считается, что у 87–90 % детей, страдающих неврозами, наблюдаются аномалии в воспитании и нарушения семейных взаимоотношений [6].

В выполненном нами исследовании поставлена цель установить, определяется ли формирование эмоциональных нарушений у детей преимущественно резидуально-органическим фоном или же преимущественно нарушением детско-родительских отношений.

В исследовании приняли участие 156 детей дошкольного (5–7 лет) и младшего школьного возраста (8–10 лет), разделенных на 2 группы по нозологическому принципу. Основную группу составили дети с неврозоподобными расстройствами (1-я группа детей,  $n = 56$  человек) и с неврозами неорганической этиологии (2-я группа детей,  $n = 54$  человека), в клинической картине статуса которых регистрировались нарушения эмоционального характера. Группу сравнения составили дети контрольной группы с неврозоподобными расстройствами без эмоциональных нарушений и проявления невротических реакций (3-я группа детей,  $n = 46$ ).

В целях влияния детско-родительских отношений на проявление, выраженность и длительность тех или иных эмоций у детей были обследованы 66 матерей, включенных в 3 группы: матери детей с органической патологией ЦНС в анамнезе и с эмоциональными нарушениями и проявлением невротических реакций на момент обследования (1-я группа матерей,  $n = 24$  человека), матери детей с неврозами (2-я группа матерей,  $n = 22$  человека), матери детей с органической патологией ЦНС в анамнезе, не сопровождающейся эмоциональными нарушениями и проявлениями невротических реакций (3-я группа матерей,  $n = 20$  человек).

Особенности родительского отношения определялись по методике А.Я. Варги – В.В. Столина [3]. Распределение видов родительских отношений в семьях детей, исследуе-

мых по данной методике групп, представлено в табл. 1.

Таким образом, матерям детей с неврозоподобными расстройствами значительно труднее, чем мамам других детей, принять своего ребенка таким, как он есть, признать его индивидуальность, поддерживать и уважать его интересы. По шкале «Кооперация» матери всех 3 групп высоко оценивают способности ребенка, поощряют его самостоятельность и инициативу, стараются быть с ним на равных. По шкале «Симбиоз» матери 1-й группы стараются быть ближе к ребенку, оградить от неприятностей, не устанавливая с ним психологическую дистанцию, в отличие от мам детей с неврозами. У матерей 3-й группы симбиотическая связь со своими детьми выражена намного меньше. По шкале «Контроль» преобладают показатели матерей 1-й группы, которые, недооценивая личность своего ребенка, пытаются полностью контролировать его действия и поступки и навязывают ему почти во всем свою волю. По шкале «Отношение к неудачам ребенка» самые высокие баллы отмечаются у матерей 1-й группы, что свидетельствует о преобладании мнений у родителей этой группы о своих детях как несмышленых и представлениях об их интересах, мыслях и чувствах как несерьезных.

Исследование по этой методике позволило выявить влияние негативных психосоциальных факторов («недостаточное принятие ребенка», «чрезмерный контроль за действиями ребенка», «недооценивание ребенка как личности», «отсутствие веры в него») на проявление эмоциональных нарушений у детей.

Типы семейного воспитания определялись по опроснику Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Анализ семейных взаимоотношений» [19, 20]. Сравнительная характеристика типов семейного воспитания у детей в исследуемых группах представлена в табл. 2.

Результаты обследования по опроснику «Анализ семейных взаимоотношений» показывают, что в семьях у матерей 1-й группы преобладает воспитание по типу доминирую-

Таблица 1  
Распределение видов родительских отношений у матерей с различными вариантами эмоциональных нарушений у их детей (процентильный ранг)

Шкалы	1-я группа матерей	2-я группа матерей	3-я группа матерей	Достоверность различий	
				<i>t</i>	<i>p</i>
Принятие/отвержение	24,4	26,8	28,7	0,004	0,003
Кооперация	4,2	4,5	4,5	0,014	0,003
Симбиоз	4,1	3,7	2,9	0,015	0,004
Контроль	4,2	4	3,6	0,009	0,003
Отношение к неудачам ребенка	2,1	1,7	1,6	0,002	0,005

шей гиперпротекции (показатели по шкалам Г+, У+, Т+, З+, С-), что свидетельствует о том, что у таких матерей ребенок находится в центре внимания и они стремятся к максимальному удовлетворению его потребностей, а воспитание ребенка является смыслом жизни таких матерей. Но в то же время они лишают своих детей самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. Наряду с потворствованием (показатели У+) у матерей детей с неврозоподобными расстройствами наблюдается игнорирование (по сравнению с результатами обследования матерей других групп) потребностей детей (показатели У-), и такие матери не хотят видеть настоящие потребности их детей (потребности во внимании, тепле, духовности и др.), а стараются лишь откупиться многочисленными подарками. Также у матерей этой группы наблюдаются высокие баллы по шкале «Фобия утраты ребенка» (ФУ), что отражает сохранность у таких матерей воспоминаний о прошлых, даже отдаленных переживаниях, связанных с последствиями интениоризации ими информации о наличии перинатальной патологии у их детей и связанной с этим повышенной тревогой за их здоровье, боязнию доверить им что-то предпринять самостоятельно, неверием в их силы. Высокие значения по шкале «Воспитательная неуверенность» (ВН) означают, что родитель «идет на поводу» у

ребенка, непоследователен в своих поступках, в системе наказаний и поощрений. Высокие баллы по шкале «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств» (ПНК) свидетельствуют о применении матерями детей, вошедших в 1-ю группу, психологической защиты по типу «проекция», помогающей им, с одной стороны, поверить в собственную безукоризненность, а, с другой – внушать себе, что они прикладывают все усилия, чтобы бороться с недостатками детей, они повышают свою самооценку как родителей.

У матерей детей, страдающих неврозами, наблюдается воспитание по типу потворствующей гиперпротекции (показатели по шкалам Г+, У+, Т-, З-, С-), означающей, что семья спешит выполнить любой каприз своего ребенка, что способствует формированию у него истероидных черт характера.

Высокие баллы по шкале «Расширение сферы родительских чувств» (РРЧ) указывают на наличие у таких родителей нарушенных супружеских отношений, стремления восполнить за счет ребенка недостающую психологическую потребность в супруге, привязать ребенка к себе на всю жизнь, что отрицательно сказывается на его эмоциональном состоянии. Матери таких детей склонны смотреть на них как на маленьких, несмышленых, что отражает их предпочтение в выборе утверждений шкалы «Предпочтение детских качеств»

Таблица 2  
Результаты обследования матерей детей с разными вариантами эмоциональных нарушений (по результатам обследования по опроснику «Анализ семейных взаимоотношений»)

Типы воспитания	Контингенты обследованных матерей			Достоверность различий	
	1-я группа матерей	2-я группа матерей	3-я группа матерей	<i>t</i>	<i>p</i>
Г+	6,8	5,9	4,8	0,003	0,002
Г-	2,6	2	2,1	0,006	0,002
У+	4,2	4	3,9	0,004	0,002
У-	1,4	0,90	0,5	0,018	0,003
Т+	1,7	0,6	1,4	< 0,001	< 0,001
Т-	2,9	1,4	1,6	0,012	0,003
З+	2,1	1,7	1,5	0,013	0,003
З-	1,8	1,9	0,9	< 0,001	< 0,001
С+	1	1,9	1,1	0,017	0,005
С-	2	2,9	2,4	0,016	0,005
Н	1,7	2,6	1,5	1,96	0,002
РРЧ	2,3	2,6	2,1	0,015	0,03
ПДК	0,9	1,9	1,3	0,02	0,005
ВН	3,1	3,2	2,3	0,091	0,025
ФУ	3,3	2,4	1,4	0,084	0,003
НРЧ	1,90	1,3	1,1	0,004	0,002
ПНК	2	1,8	0,9	0,005	0,002
ВК	0,57	0,8	0,5	0,03	0,005
ПМК	0,29	0,6	0,3	0,028	0,005
ПЖК	1,70	3,4	2,1	< 0,001	< 0,001

(ПДК). Такая позиция повышает заниженную самооценку таких матерей, дает им ощущение своей необходимости повзрослевшим детям, ощущение власти над ними. Так же, как и у матерей 1-й группы, у родителей детей с неврозами наблюдаются высокие баллы по шкале «Воспитательная неуверенность» (ВН), что прямо или косвенно способствует усилению невротических проявлений у ребенка. Высокие баллы по шкале «Предпочтение женских качеств» (ПЖК) свидетельствует о неосознанном неприятии ребенка мужского пола, являющегося проекцией собственного негативного отношения к представителям мужского пола.

У матерей 3-й группы баллы, полученные по шкалам Г+, У-, З-, ВН, ФУ, ПНК и НРЧ оказались по своим значениям ниже, чем у матерей детей других групп, что говорит о наличии у них более адекватного стиля воспитания – без потворствования, с разумными запретами, без воспитательной неуверенности, без мнимого «дрожания за здоровье чада», без переноса на ребенка собственных проблем семейной жизни, что способствует благоприятному климату в семьях и меньшей невротизации этих детей.

Представленные выше сведения описывают, как влияют типы семейного воспитания на структуру личности и особенности фрустрационного реагирования детей исследуемых групп.

*Особенности структуры личности* детей в исследуемых группах выявлялись по методике Р. Кеттелла (опросник СРQ, адаптированный Э.М. Александровской и И.Н. Гильяшевой [2]). Корреляционный анализ показателей по этой методике свидетельствует о наличии зависимости структуры личности детей от преобладающих типов семейного воспитания и показывает, что по мере повышения показателей гиперпротекции у матерей у детей с неврозоподобными расстройствами снижаются значения по фактору С (*эмоциональная неустойчивость, незрелость, невротичность, отсутствие ответственности за свои поступки*, при  $p = 0,048$ ) и повышаются показатели по фактору D (*возбудимость, демонстративность, нетерпеливость*, при  $p = 0,054$ ). С показателями по фактору С отрицательно коррелируют показатели шкалы «Воспитательная неуверенность» (ВН,  $p = 0,042$ ).

Предпочтение матерями обследованных детей выборов, свидетельствующих о наличии у их детей преимущественно мужских качеств (ПМК), положительно коррелирует с фактором E (*доминантность, настойчивость, независимость, самоуверенность,*

*тщеславность, конфликтность*, при  $p = 0,002$ ), фактически – с качествами, характерными для мужчин. В свою очередь, предпочтение женских качеств (ПЖК) коррелирует с положительным полюсом фактора Q4 (*тревожность, напряженность, эмоциональная неустойчивость*, при  $p = 0,044$ ), то есть с чертами характера, более характерными для женщин. С фактором Q4 также положительно коррелирует шкала «Фобия утраты ребенка» (ФУ, при  $p = 0,028$ ), предпочтение которой матерями развивает в ребенке все вышеперечисленные качества, которые входят в структуру фактора Q4. Предпочтение в ребенке детских качеств (ПДК) положительно влияет на значения по фактору O (*сниженное настроение, склонность к чувству вины, ранимость, сниженная самооценка, напряженность*, при  $p = 0,044$ ). Тенденция к воспитательной практике с минимальностью санкций (С-) положительно коррелирует со значением по фактору I (*мягкосердечность, ранимость, зависимость от окружающих, несамостоятельность, легкомысленность, нетерпеливость*, при  $p = 0,048$ ), а чрезмерность санкций (С+) – со значениями по фактору G (*развитое чувство ответственности, высокая совесть, зрелость, настойчивость, дисциплинированность*, при  $p = 0,016$ ). При предъявлении к ребенку повышенных требований-запретов (З+) в структуре личности ребенка наблюдается снижение показателей по фактору A (*интровертированность, холодность, отчужденность, ригидность*).

Достоверных корреляционных связей между характеристиками структуры личности и видами семейных отношений выявлено не было.

В группе матерей детей с неврозами была выявлена отрицательная корреляция предпочтения шкалы «Гиперпротекция» (Г+) с показателями по фактору F (*тревожность, вялость, апатичность, ригидность, печаль, молчаливость, подозрительность*, при  $p = 0,011$ ), то есть избыток опеки и заботы по отношению к детям приводит к желанию уединиться, убежать, к ощущению того, что такие дети ничего не могут предпринять. Те же черты характера с преобладанием пониженного настроения, низкой самооценки (фактор O+) наблюдаются при предпочтении мамами этой группы стратегии гипопротекции (шкала Г-) ( $p = 0,051$ ) и опасений утраты ребенка ( $p = 0,017$ ). Если при гипопротекции ребенок просто «не замечается» взрослыми, им не до него, то в ситуации фобических опасений родители «культивируют» в ребенке низкую самооценку, ранимость, боязливость.

Показатели по шкалам «Потворствование» (У+) и «Предпочтение детских качеств» (ПДК) положительно коррелируют с значениями по фактору Н (*беззаботность, не замечают сигналов опасности, любят быть на виду*, при  $p = 0,034$  и  $p = 0,039$  соответственно). Со значениями по этому же фактору отрицательно коррелируют показатели по шкале «Контроль» (*виды семейного отношения*,  $p = 0,033$ ); при высоких показателях этой шкалы у ребенка наблюдаются робость, застенчивость, озлобленность, чувствительность к опасности, уединенность.

Как и у детей 1-й группы, показатели по шкале С– положительно коррелируют со значениями по фактору I ( $p = 0,023$ ).

У детей 3 группы наблюдается положительная корреляционная связь показателей по шкале «Отношение к неудачам ребенка» с показателями по фактору D ( $p = 0,018$ ), что отражает факт отсутствия веры в ребенка и порождает развитие у него возбудимости, беспокойства, демонстративности, ревнивости, бесцеремонности, стремления самоутвердиться любым путем. Предпочтение выбора утверждений по шкалам ВК (*вынесение конфликта в сферу воспитания*), ВН (*воспитательная неуверенность*) и ПДК (*предпочтение детских качеств*) развивает у ребенка фрустрированность и напряженность (повышение показателей по фактору Q4+, при  $p = 0,026$ ,  $p = 0,40$  и  $p = 0,030$  соответственно). Предпочтение потворствования (У+) отрицательно коррелирует со значениями по фактору G (*слабость «Сверх-Я», недобросовестность, безответственность, беспринципность, незрелость, непостоянство, потворствование своим желаниям*, при  $p = 0,049$ ).

У матерей 3-й группы, как и у матерей 1-й и 2-й групп, минимальность санкций (С–) положительно коррелирует со значениями по фактору I (при  $p = 0,037$ ), а также с показателями по фактору O ( $p = 0,015$ ). Высокие требования (Т+) влияют на снижение показателей по фактору E (*конформность, покорность, неуверенность в себе, ведомость*, при  $p = 0,039$ ) и фактору F (*тревожность, пессимизм, ригидность, уединенность*).

Выбор утверждений по шкале «Предпочтение в ребенке детских качеств» (ПДК) ведет у детей 1-й группы к сниженному настроению, склонности к чувству вины, ранимости, сниженной самооценке, напряженности. У детей 2-й группы, наоборот, отмечается беззаботность, они не замечают сигналов опасности, любят быть на виду. Для детей 3-й группы характерны недобросовестность, безответственность, беспринципность, незре-

лость, непостоянство, потворствование своим желаниям.

*Особенности фрустрационного реагирования* детей исследуемых групп определялись по методике фрустрационных реакций С. Розенцвейга [18, 22]. Корреляционный анализ зависимости типов фрустрационного реагирования от видов семейного отношения и типов семейного воспитания у матерей 1-й группы показал, что в семьях с воспитанием по типу «Принятие» дети в ситуациях фрустрации меньше фиксируются на препятствии (OD, при  $p = 0,029$ ), что облегчает им возможность найти конструктивный выход. Наоборот, высокие показатели по шкале «Контроль» у матерей 1-й группы ведут к формированию неспособности их детей найти выход из неблагоприятной ситуации, к фиксации на проблеме (OD, при  $p = 0,030$ ). Предпочтение мамами этой группы утверждений по шкале «Симбиоз» свидетельствует о тенденции воспитания в детях восприятия фрустрирующей ситуации как нечто незначительного (M, при  $p = 0,019$ ), что со временем само собой разрешается (NP, при  $p = 0,030$ ). С типом реакции NP также положительно коррелируют показатели шкалы «Кооперация» ( $p = 0,032$ ).

Предпочтение мамами детей 1-й группы выбора утверждений по шкале «Гиперпротекция» отрицательно коррелирует с реакциями интрапунитивной направленности ( $p = 0,020$ ). Другими словами, дети в таких семьях не склонны брать вину на себя. Вынесение конфликта между родителями в сферу воспитания (показатели по шкале ВК) приводит к воспитанию в детях экстрапунитивных реакций реагирования E ( $p = 0,029$ ) и препятственно-доминантных типов OD ( $p = 0,054$ ). Минимальность санкций (С–) в воспитании детей 1-й группы отрицательно коррелирует с показателями импунитивной реакции M ( $p = 0,015$ ), высокие показатели которой свидетельствуют о лучшей социальной адаптации.

Воспитание по типу гиперпротекции в семьях детей с неврозами развивает у них препятственно-доминантный тип реагирования OD ( $p = 0,003$ ), но в случае предпочтения выбора утверждений по шкале «Фобия утраты» (ФУ) – отрицательно коррелирует с показателями импунитивной реакции M ( $p = 0,029$ ). Из этого следует, что повышенная опека ребенка, преувеличенное беспокойство за его здоровье не могут развить в нем способности адекватно справляться с трудными ситуациями.

Достоверных корреляционных связей между показателями фрустрационного реагирования и видами семейных отношений у мате-

рей детей с неврозами выявлено не было. Также не было выявлено достоверных связей между типами фрустрационного реагирования, видами семейных отношений и типами семейного воспитания у матерей здоровых детей.

Из исследования особенностей фрустрационного реагирования в зависимости от патологизирующего типа семейного воспитания можно установить, что нарушенные семейные отношения влияют на предпочтение преимущественно-доминантного типа реагирования *OD* у детей с неврозоподобными расстройствами, на редкое использование необходимо-упорствующего типа реагирования *NP* и на формирование реакций импунитивного направления *M*, являющихся наиболее адаптивными

Влияние патологического типа семейного воспитания выявило предпочтение у детей 1-й группы реакций *E* и *OD*, не способствующих эффективному выходу из фрустрирующей ситуации, и минимальное употребление характерной для невротизированных личностей интрапунитивной реакции (показатели индекса *I*). У детей с неврозами также выявлено предпочтение реакций типа *OD*, но достоверных корреляций с доминированием других реакций выявлено не было.

Проведенное исследование влияния семейного окружения и особенностей воспитательной практики на формирование эмоциональных нарушений детей с неврозами и неврозоподобными расстройствами, обусловленными органической патологией ЦНС, позволяет сделать следующие выводы:

1. Недостаточное принятие ребенка, чрезмерный контроль за действиями ребенка, недооценивание ребенка как личности, отсутствие веры в него и патологизирующее семейное воспитание по типу доминирующей гиперпротекции у матерей детей, страдающих резидуально-органической патологией и неврозоподобными расстройствами (дети 1-й группы) приводит к развитию у детей в структуре личности следующих черт: наличие эмоциональной неустойчивости, незрелость, отсутствие ответственности за свои поступки, возбудимость, нетерпеливость, тревожность, напряженность, зависимость от окружающих, несамостоятельность, легкомысленность.

2. Воспитание по типу потворствующей гиперпротекции, воспитательная неуверенность, предпочтение в ребенке выбора детских качеств, стремление сделать ребенка смыслом своей жизни у матерей детей с неврозами (2-я группа) приводит к развитию у таких детей тревожности, вялости, апатичности, ригидности, печали, молчаливости, по-

дозрительности, напряженности, зависимости от окружающих, несамостоятельности. Дети этой группы используют неэффективные типы *фрустрационного реагирования*.

3. Воспитание без потворствования, с разумными запретами, без воспитательной неуверенности, без мнимого «дрожания за здоровье чада», без переноса на ребенка собственных проблем семейной жизни способствует благоприятному климату в семьях детей с резидуально-органической патологией (3-я группа), и как следствие, меньшей их невротизации. Это положительно сказывается на формировании в их структуре личности факторов, способствующих скорейшей адаптации к жизни в социуме, влияет на предпочтение ими конструктивных реакций фрустрационного реагирования.

Таким образом, и группа детей с неврозоподобными расстройствами, и группа детей с неврозами являются уязвимыми по отношению к развитию аффективных расстройств. Но дети с неврозами чаще используют адаптивные механизмы, пусть не такие эффективны, как у детей 3-й группы, но частично помогающие им снять напряжение. Дети же основной группы (1-я и 2-я группы), в силу своей эмоциональной незрелости, не могут приспособиться к жизни в социуме. И одним из самых мощных факторов, формирующих и(или) влияющих на их дезадаптивное поведение, является их семейное окружение, детско-родительские отношения.

Самой же социально приспособленной является группа детей с резидуально-органической патологией, не имеющих каких-либо эмоциональных нарушений в силу наличия в их семьях нормальных детско-родительских взаимоотношений.

Итак, психолого-социальные факторы играют решающую роль в прогрессивности неврозоподобных расстройств у детей с органической патологией ЦНС и в развитии таких отдаленных последствий, как школьная дезадаптация и патологическое формирование личности. Их резидуально-органическая основа может не проявиться без воздействия дополнительных неблагоприятных психолого-социальных факторов.

Поэтому наряду с лечением неврозоподобных расстройств и коррекцией эмоциональных нарушений у детей необходимо проводить систематическую работу с их родителями, направленную:

– на разъяснение отрицательного влияния сформировавшегося негативного типа семейного воспитания на психику ребенка;

– убеждение родителей в необходимости изменить отношение к ребенку, посмотреть на него «другими глазами», поверить в него, принять его таким, какой он есть, дать ему возможность проявить свою самостоятельность, показать, на что он способен, помочь ему почувствовать себя личностью;

– коррекцию семейных отношений путем проведения индивидуальной и семейной психотерапии [6, 7, 9, 10, 13–17, 19, 20].

### Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер. – М.: Ин-т общегуманитар. исслед., 2009. – 320 с.
2. Александровская, Э.М. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттелла: метод. рекомендации / Э.М. Александровская, И.Н. Гильяшева. – Изд. 2-е. – М.: Фолиум, 1993. – 56 с.
3. Варга, А.Я. Опросник родительских отношений / А.Я. Варга, В.В. Столин. – М.: Медицина, 1977. – 272 с.
4. Вейц, А.Э. Диффдиагностика эмоциональных расстройств у детей с неврозами и неврозоподобным синдромом, обусловленным резидуально-органической патологией ЦНС / А.Э. Вейц // Медицинская психология в России. – 2011. – № 1. – <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.02.2011).
5. Вилюнас, В. Психология эмоций / В. Вилюнас. – СПб.: Питер, 2008. – 496 с.
6. Гарбузов, В.И. Неврозы у детей и их лечение / В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев. – Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1977. – 272 с.
7. Детская психиатрия: учеб. / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
8. Додонов, Б.И. Эмоция как ценность / Б.И. Додонов. – М.: Политиздат, 1978. – 122 с.
9. Исаев, Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
10. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – С. 391–397.
11. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / В.В. Ковалев. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
12. Кулакова, Т.Л. Школьная успеваемость детей, родившихся в патологических родах / Т.Л. Кулакова, Л.В. Якушева // Материалы Первой Всесоюзной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. – М.: Политиздат, 1974. – С. 169–170.
13. Лютова, Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.
14. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
15. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2010. – 384 с.
16. Мамайчук, И.И. Семейные отношения: психологический анализ и пути коррекции / И.И. Мамайчук // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 5. – С. 12–18.
17. Марковская, И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И.М. Марковская. – СПб.: Речь, 2006. – 120 с.
18. Практикум по возрастной психологии / под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2008. – С. 271–280.
19. Эйдемиллер, Э.Г., Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкий. – СПб.: Питер, 1999. – 652 с.
20. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
21. Lopez, D.F. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain / D.F. Lopez, T.D. Little // *Developmental Psychology*. – 1996. – № 32. – P. 299–312.
22. Rosenzweig, S. The picture-association method and its application in study of reactions to frustration / S. Rosenzweig // *J. of Personality*. – 1945. – № 13. – P. 3.

Поступила в редакцию 21.06.2012 г.

**Вейц Алина Эмильевна.** Детский врач-психоневролог, Психоневрологический диспансер, г. Сумгаит, Азербайджан. E-mail: [veyts@mail.ru](mailto:veyts@mail.ru)

**Alina E. Veyts.** Psychoneurologist, Psychoneurological Dispansery, Sumgait, Azerbaijan. E-mail: [veyts@mail.ru](mailto:veyts@mail.ru)