

На правах рукописи

УДК 158.1:61

**Малиновская
Наталья Дмитриевна**

**Психологические элементы структурного аттрактора болезни у детей
школьного возраста (по результатам мониторинга психического и
психосоматического здоровья школьников Российской Федерации)**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2006

Диссертационная работа выполнена на кафедре клинической психологии
Государственного образовательного учреждения «Российский государственный
педагогический университет
им. А.И. Герцена»

Научный руководитель:	доктор психологических наук, профессор АНАНЬЕВ ВИКТОР АЛЕКСЕЕВИЧ
Официальные оппоненты:	доктор психологических наук профессор ПОСОХОВА СВЕТЛАНА ТИМОФЕЕВНА
	Кандидат психологических наук, доцент СЕРЕБРЯКОВА РУСЛАНА ОЛЕГОВНА
Ведущая организация:	Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Защита состоится 14 декабря _____ часов на заседании диссертационного совета
Д 212. 199. 25 в Российском государственном педагогическом университете им.
А.И. Герцена по адресу: 191 186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп.
11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке
Российского государственного университета им. А.И. Герцена.

Автореферат разослан «____» _____ 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат психологических наук, доцент

З.Ф. Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Социально-экономические преобразования в России за последние 10-15 лет, как показывают многочисленные исследования, сопровождаются непрерывным ухудшением основных показателей здоровья населения. (Смирнов Н.К., 1998; Громов М.Ю., 1999; Казин Э.М. с соавт., 2000; Кулеев И.С., 2001; Волошин В.М. с соавт., 2002; Шевченко Ю., 2003; Ананьев В.А., 2004; Нестеренко О.Б., 2005). По данным официальных источников органов здравоохранения около 90% детей школьного возраста имеют нарушения психического и соматического здоровья. К числу наиболее распространенных форм патологии у школьников относятся заболевания сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы, нарушения опорно-двигательного аппарата, пограничные нервно-психические расстройства. По этим же данным, практически здоровыми могут быть признаны лишь 10% школьников. Причем, как показали последние скрининговые обследования, отклонения в состоянии здоровья у детей к окончанию школы увеличиваются в 3,7 раза (Ананьев В.А., 2004, Горская Е.А., 2005). Современные научные подходы к профилактике заболеваний основаны на биопсихосоциальной модели болезни, в соответствии с которой развитие заболевания обусловлено сочетанным действием разнородных факторов: биологических, психологических, социальных (в том числе и неизвестных) вредностей, перенесенных индивидуумом (G.L. Engel, 1977, Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981, Lipovski Z.J., 1984, Th. Uexkull, 1990, Ананьев В.А., 1998, Урванцев Л.П., 1998, Исаев Д.Н., 2002, Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002, М. Перре, У. Бауманн, 2002 и др.).

В ряде современных научных работ, посвященных изучению психосоматических соотношений подчеркивается особая роль в развитии неинфекционных заболеваний базовых, формирующихся в детском возрасте психофизиологических структур реагирования, которые могут стать в дальнейшем основой для формирования многоуровневых функциональных патологических систем - структурных аттракторов болезни (САБ) (Ананьев В.А., 2005, Нестеренко О.Б., 2005, Горская Е.А., 2005). Составляющими структурного аттрактора болезни как функциональной системы реагирования на средовые воздействия, являются биологический, психологический и социальный компоненты. В последнее время в ряде научных работ была предпринята попытка анализа и изучения отклонений здоровья донозологического уровня, так называемого «общего девиантного синдрома адаптации». (Ананьев В.А. 2005, Захаров С. Я., 2005). Вместе с тем, мало изучен характер взаимодействия патогенных факторов с индивидуально-психологическими и конституциональными особенностями организма в процессе адаптации к условиям жизни и деятельности, а также процессы, способные приводить к определённым формам заболеваний. Также остается мало освещенным вопрос «перехода» ребенка от здоровья к болезни. И хотя термин «часто болеющий ребенок» широко употребляется в психологической литературе, недостаточно эмпирических данных для научного отнесения таких детей к группе риска по возникновению психосоматических расстройств.

Актуальной научной задачей, имеющей важное практическое значение является, таким образом, исследование и анализ психологических факторов, детерминирующих состояние здоровья школьников, а также вклад индивидуально-психологических особенностей детей и подростков в формирование патологической психосоматической функциональной системы. Анализ и изучение психологического компонента структурного аттрактора болезни у школьников, а также признаков отклонений здоровья на донозологическом уровне позволит повысить эффективность профилактических мероприятий по укреплению здоровья учащихся в образовательных учреждениях.

Цель работы: определить психологические элементы структурного аттрактора болезни у школьников в связи с задачами профилактики психического и психосоматического здоровья.

Задачи исследования:

1. Обоснование и разработка этапов исследования психического и психосоматического здоровья школьников.
2. Сравнительный анализ индивидуально-психологических характеристик школьников с разным уровнем здоровья.
3. Сравнительный анализ индивидуально-психологических характеристик школьников, проживающих в разных макросоциальных условиях.
4. Изучение возрастной динамики индивидуально-психологических характеристик здоровых и больных школьников.
5. Изучение индивидуально - психологических особенностей больных детей с различными нозологическими формами.
6. Систематизация социально-психологических факторов, участвующих в формировании психологического компонента САБ у детей.
7. Разработка практических рекомендаций по ранней диагностике и профилактике психосоматических и нервно-психических расстройств у школьников.

Объект исследования: дети, обучающиеся в общеобразовательных школах различных регионов РФ (Санкт-Петербург, Москва, г. Псков, г. Рига, г. Хабаровск, г. Чебоксары, Большие и малые Кармалы) и их родители.

Предмет исследования: нарушения в эмоционально-поведенческой сфере у детей школьного возраста, а именно: тревожность, агрессивность, алекситимия, психопатологическая симптоматика, конфликтность, а также анамнестические характеристики, уровень соматизации школьников.

Научно-методологическую основу исследования составили разработанные в отечественной и зарубежной психологии концепции педагогической психологии и психологии развития детей (Божович Л. И. Выготский Л.С., Эльконин Д. Б., Erikson E.H., Piaget, J.), медицинской и клинической психологии (Карвасарский Б.Д., Мясищев В.Н.), теории общего адаптационного синдрома (Г. Селье), саногенетические концепции профилактической медицины (Ананьев В.А., Алехин А.Н., Петленко В.П., Никифоров Г.С.), комплексный подход к изучению человека (Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.С. Мерлин); биопсихосоциальная модель

болезни и психосоматический подход в современной медицине и психологии; системно-теоретический подход (Ehrenfels, Gunthern, Von Bertalanffy), теория функциональных систем П.К. Анохина; теория адаптации и компенсации А.И. Воложина и Ю.К. Субботина, онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни В.А. Ананьева).

Методы и методики исследования.

Выбор психологических методик исследования определялся целями и задачами с учётом особенностей возраста обследуемых. Для подростков использовались следующие психодиагностические методики: шкала самооценки (Спилбергера-Ханина); шкала агрессии Спилбергера (STAXI); торонтская алекситимическая шкала (TAS); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R); «Мультимодальный интегративный опросник- (МИО) для подростков».

Для младших школьников использовались: Методика интегративной оценки уровня и характера детской тревожности Е.Е. Ромициной (УДТ); Опросник агрессивности Басса-Дарки; проективная методика «Где живут чувства?»; опросник «МИО для младших школьников».

Для родителей школьников использовались: опросник выраженности психопатологической симптоматики Т.М. Achenbach (лист детского поведения CBCL\4-18), анкета анамнестических сведений «МИО для родителей».

Математическая обработка полученных результатов проводилась с использованием общеупотребительных методов параметрической и непараметрической статистики. Для выявления статистически достоверных различий между группами использовался t-критерий Стьюдента. Для определения интегральных показателей структурного аттрактора болезни использовался факторный анализ. Уровни значимости, рассмотренные в исследовании, составили $p < 0,05$; $0,01$; $0,001$. Все статистические процедуры использованы в соответствии с пакетом прикладных программ обработки экспериментальных данных "STATISTICA" 6.0 для персональных компьютеров типа PENTIUM.

Процедура и этапы исследования.

Диссертационное исследование проводилось в 4 этапа:

1. Разработка методического инструментария, организация и осуществление пилотажного исследования уровня психосоматического здоровья детей школьного возраста;
2. Коррекция методического инструментария по результатам пилотажного исследования;
3. Проведение мониторинга психического и психосоматического здоровья школьников различных регионов РФ;
4. Описание и обсуждение результатов.

В мониторинге психического и психосоматического здоровья школьников приняли участие дети, обучающиеся в общеобразовательных школах различных регионов РФ (Санкт-Петербург, Москва, г. Псков, г. Рига, г. Хабаровск, г. Чебоксары, Большие и Малые Кармалы) в количестве 597 человек (179 детей младшего школьного возраста, 175 ребенка младшего подросткового

возраста и 243 ребенка старшего подросткового возраста), а также 200 родителей обследованных детей.

Гипотеза исследования: эмоционально-поведенческие нарушения являются элементами структурного аттрактора болезни и могут выступать в качестве психопрофилактических «мишеней».

Научная новизна.

Исследована возрастная динамика структурного аттрактора болезни (САБ) у детей и подростков с различным уровнем соматизации. Описаны особенности раннего формирования САБ на биогенетическом, психологическом и макросоциальном уровнях.

Выявлены и описаны основные типы эмоционального реагирования у часто болеющих и хронически больных детей.

Доказано, что на ранней стадии формирования, психологические элементы САБ не являются специфичными для той или иной нозологической формы, что обуславливает важность (необходимость) неспецифических психопрофилактических мероприятий.

Научно обоснован и разработан диагностический алгоритм, позволяющий выявлять признаки раннего формирования САБ у детей на донозологическом уровне, а также прогнозировать степень хронизации болезни и определять психологические «мишени» для психокоррекционной работы.

Доказана возможность выявления ранних признаков формирования САБ на донозологическом уровне у детей, что позволяет снизить уровень заболеваемости детей и подростков с помощью психопрофилактических методов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Формирование структурного аттрактора болезни в детском и подростковом возрасте вариабельно. Вариабельность определяется на био-генетическом и психологическом уровнях, и в большей степени обусловлено возрастными параметрами и степенью соматизации, нежели нозологическими формами;
2. Существуют психологические признаки, которые являются индикаторами раннего формирования структурного аттрактора болезни у школьников на донозологическом уровне, выявление и коррекция которых позволяет снизить уровень заболеваемости детей и подростков;
3. Характер эмоционального реагирования часто болеющих детей определяет степень риска хронизации психосоматического заболевания;
4. Донозологический уровень психосоматической патологии характеризуется признаками эмоционально-поведенческих нарушений, психологически проявляющиеся в двух типах эмоционального реагирования: астеническом и стеническом.
5. Общим признаком нарушений адаптации школьников является тревога, которая на этапе формирования донозологических нарушений здоровья является важнейшим психологическим элементом структурного аттрактора болезни.
6. Психосоматическое здоровье матери, а также качество эмоционального контакта матери и ребенка в перинатальном периоде выступают в качестве

онтогенетических предпосылок формирования психологических элементов структурного аттрактора болезни у ребенка.

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении концептуальных представлений об этиологии и патогенезе психосоматических заболеваний, как болезней адаптации и в дальнейшей разработке концептуальных представлений о структурном аттракторе болезни, психосоматическая составляющая которого формируется в онтогенезе и детерминирует развитие заболевания.

Практическая значимость определяется обоснованием методических подходов к комплексной оценке функционального состояния здоровья школьников, модели ранней диагностики нарушений адаптации, содержанию и направлениям психологической работы в системе профилактических мероприятий.

Разработаны психодиагностические комплексы для профилактических обследований учащихся с целью раннего выявления групп риска по развитию психосоматических расстройств.

Разработаны рекомендации по ранней психодиагностике и профилактике психосоматических расстройств у детей школьного возраста с применением интегративных методов семейного консультирования.

Рекомендации об использовании результатов диссертационного исследования. Материал исследования может быть использован в лекциях, спецкурсах и семинарах по подготовке клинических психологов и врачей-интернов. Описанная схема возрастной динамики формирования структурного аттрактора болезни у детей с разной степенью соматизации (часто болеющих и хронически больных) и разработанный психодиагностический алгоритм позволяют выявлять «группу риска» по хронизации психосоматического расстройства, а также определять «мишени» для первичной и вторичной психопрофилактической работы в образовательном учреждении.

Достоверность исследования обеспечивается надёжным теоретико-методологическим обоснованием эмпирического исследования, использованием валидных психодиагностических методик, соответствующих целям и задачам исследования, и адекватным выбором математико-статистических алгоритмов анализа эмпирических данных.

Апробация работы. Полученные в исследовании данные обсуждались на 1-ой Международной научно-практической конференции “Профилактика потребления психоактивных веществ” в 2002 г., на межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков» в 2002, на научно-практической конференции «Ананьевские чтения» в 2004 г. Результаты диссертационного исследования неоднократно докладывались на аспирантских семинарах кафедры клинической психологии психолого-педагогического факультета РГПУ им. А.И. Герцена в 2003 – 2005 гг.

Материалы исследования вошли в научные проекты кафедры клинической психологии, выполняемые по гранту Минобразования РФ в 2003-2005 г.г. в рамках научной программы «Федерально-региональная политика в науке и образовании».

Материалы диссертации отражены в 7 публикациях по теме исследования общим объемом 2,25 п.л.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Основной текст диссертации составляет 161 страницу. Список литературы состоит из 341 источника в том числе 108 источников на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены объект, предмет, цели, гипотеза и задачи диссертационного исследования.

В главе 1. «Состояние здоровья в свете современных научных представлений об этиопатогенезе болезней адаптации» рассмотрены современные научные представления о развитии психосоматических расстройств и проанализированы результаты клинико-психологических исследований детей и подростков с нарушениями здоровья.

В параграфе §1.1 «Концепции этиопатогенеза болезней адаптации» анализируются современные представления о здоровье и теоретические концепции возникновения и классификации психосоматических расстройств.

На этапе формирования психосоматики как науки, происхождение соматических симптомов связывалось с «подавленным аффектом», «психической травмой» (S. Freud, Brayer). Позднее, Ф.Александром, была создана модель *вегетативного невроза*, согласно которой бессознательный конфликт, не реализованный в соответствующем внешнем проявлении, приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе.

Теоретико-экспериментальное развитие эти представления получили в общепсихологической теории стресса и адаптации Г.Селье (Лазарус Р., 1970, Цыган В.Н., 1995, Кудрин И.Д., 1996 и др.). Эта теория является основой концептуальных представлений о динамике психологических и соматических реакций в процессе приспособления личности к условиям существования. Психологические аспекты адаптации состоят в том, что индивидуальная значимость жизненных событий, их психотравматичность определяются особенностями социализации, которые способствуют и формированию стереотипов реагирования на стресс (Березин Ф. Б., 1988, Reister G., 1989, Любан-Плоцца Б., 2000, Губачев Ю.М., 1981, Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002, Медведев В.И., 2003, Осницкий А.В., 2004).

Онтогенетическое (интегративное) направление в психосоматике основано и в значительной степени развито Weizsacker V., Th. Uexkull, Weiner H., Wesiack W., Sifneos P. E, Mitscherlich A. Согласно данной модели, состояние здоровья определяется не отсутствием болезни, а эффективным приспособлением к окружающему миру.

В современных зарубежных и отечественных исследованиях психосоматических расстройств ряд работ посвящены поиску общего психологического радикала, предрасполагающего к их развитию. (Rosenman, Friedman Калигиевская Е.Р., 1993, Исаев Д.Н., 1993, Ананьев В.А., 1998, И.Г. Малкина-Пых, 2003, Соловьева С.Л., 2003,).

В. А. Ананьевым и Симаненковым В.И. (1991, 1999) была сформулирована онтогенетическая концепция психосоматической дезадаптации. Развиваясь на базе генетических предпосылок, психосоматические варианты висцеральной патологии являются по своей природе онтогенетическими, то есть возникновение и течение ее связано с индивидуальным опытом формирования личности, историей ее существования, развитием человека как индивидуальности. На этапе условного здоровья у человека начинает формироваться психосоматическая «патологическая» функциональная система – структурный аттрактор болезни – которая включает в себя специфическую перестройку гипоталамической активности. Характер этой перестройки обусловлен как конституционально-генетическими факторами, так и характерологическими, личностными и др. Эти параметры реагируют на воздействие внешней и внутренней среды одним специфическим паттерном. Этот паттерн представляет собой ту или иную «систему-мишень», актуализация которой приводит к локальной перегрузке («поломке») этой системы и развитию заболевания.

В параграфе §1.2 «Стресс, адаптация и нарушения здоровья у школьников» рассматриваются современные подходы к проблеме патогенеза психосоматических расстройств с точки зрения возрастной психологии, анализируется процесс нарушения психической адаптации и его значение в происхождении и развитии психосоматической патологии у детей. Любая деятельность, связанная с освоением новых условий (обучение, общение) предполагает выработку нового поведения. С этой точки зрения, наряду с обычным пониманием стресса, в психологии вводится понятие повседневного стресса (Lazarus R. S., 1998, А. де Лонгис, 1999).

В общем плане нарушение физиологической адаптации по мере углубления степени выраженности, от доклинических до клинически манифестных проявлений, протекает соответственно следующим стадиям (Баевский Р.М., Берсенева А.П., Максимов А.Л., 1996): 1) донозологические состояния, при которых адаптационные возможности организма сохраняются за счет повышенного напряжения механизмов адаптации; 2) преморбидные состояния характеризуются снижением функциональных возможностей организма на фоне перенапряжения механизмов адаптации, протекая в две стадии: вначале с преобладанием неспецифических изменений при сохранности гомеостаза важнейших систем организма, а затем - с преобладанием специфических изменений со стороны определенных органов и систем, гомеостаз которых нарушен; 3) срыв адаптации, с развитием конкретных нозологических форм.

Учет возрастающего значения психических факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации различных соматических расстройств определяет онтогенетическую психосоматическую концепцию, разработанную В.А. Ананьевым. Как показывают клинические исследования, эмоционально-стрессовые реакции довольно жестко сопряжены с предболезненными состояниями, которые представляют из себя непатологические адаптационные реакции, близкие по клинической картине к невротическим реакциям.

Структурные аттракторы болезни формируются в процессе онтогенетического развития индивидуума, что позволяет говорить о заболеваниях внутренних органов как об онтогенетических адаптационно – компенсаторных процессах, а здоровье рассматривать как процесс устойчивости неустойчивого взаимодействия (динамического равновесия) адаптационных и компенсаторных механизмов.

Рассмотренные концепции патогенеза психосоматических расстройств с точки зрения возрастной психологии приобретают дополнительные аспекты. На период школьного обучения приходятся весьма значимые онтогенетические фазы формирования личности. Формирование личности и есть, по существу, процесс адаптации к требованиям социума. Но ребёнок к этому возрасту ещё не располагает сформировавшимися механизмами личностной защиты, адекватными психологическими отношениями, опытом преодоления кризисных ситуаций и т.п. На период школьного обучения приходятся кризисные периоды формирования, связанные с задачами идентификации, процессами полового созревания, освоением новых социальных ролей. Ребёнок, таким образом, вынужден, адаптируясь к условиям жизнедеятельности, самостоятельно искать оптимальные адаптивные стратегии, формируя их «на ходу». Видимо поэтому, трудности адаптации у детей проявляются многообразно и не имеют до поры до времени чётко очерченных синдромальных проявлений (Ковалёв В.В.). Такие состояния родителями и педагогами чаще воспринимаются и оцениваются как лень, неусидчивость и т.п. Все эти признаки свидетельствуют о формировании симптоматических комплексов, определяющих в дальнейшем «русло» развития нозологических форм. Данные симптомокомплексы В.А.Ананьев относит к так называемому «общему девиантному синдрому адаптации».

Общий девиантный синдром адаптации (ОДСА) — это базовые нарушения донозологического уровня на когнитивном, либо эмоциональном, либо поведенческом уровнях. Эти нарушения неспецифичны, полиморфны по проявлениям, они не относятся к патологическим и представляют собой донозологический уровень реагирования. Проявления данного синдрома выступают как факторы, затрудняющие адаптацию.

Поэтому диагностика таких состояний требует специальных методов. Важную роль в профилактике развития болезней адаптации играет своевременная диагностика и выявление так называемых «зон неустойчивости адаптации», что затрудняется особенностями школьного возраста, когда говорить об устойчивых личностных характеристиках или сформированных паттернах реагирования говорить ещё не приходится. Однако, профилактика ухудшения состояния здоровья, как это следует из рассмотренных концепций предполагает проведение медико – психологических коррекционных мероприятий (донозологическая диагностика и донозологическая терапия). В свою очередь, обоснование направлений и содержания этих мероприятий требует исследований возрастной динамики индивидуально-психологических особенностей, отражающих состояния неустойчивой адаптации.

В параграфе §1.3 «Распространённость и проявления болезней адаптации у детей» анализируется представленность психосоматических расстройств в общей картине заболеваемости школьников. Особое место в структуре детской патологии занимают заболевания нервной системы и психической сферы. Около 7,5 млн. детей России страдают заболеваниями нервно – психической сферы. Распространенность психической патологии (на 100 тыс. населения) на 21% выше среди детей старшего подросткового возраста, чем среди детей до 14 лет. Структура патологии детей и подростков за последние годы не меняется. Так, среди детей в 65,9% выявляются непсихотические психические расстройства, в 31% - умственная отсталость, в 3,1% - психозы (в том числе 0,5% шизофрения). Среди подростков первое место занимает умственная отсталость (50,3%, из них 80% - легкие формы), второе и третье – непсихотические психические расстройства (43,9%) и психозы (5,84%, в том числе шизофрения – 1,84%). Психические нарушения занимают ведущее место среди причин инвалидности детей (18,6 (Волошин В. М.2002, Казаковцев Б. А., 2001, Шевченко Ю. С.,2003, Северный А. А., 2002). По данным ряда исследователей, дети и подростки с такими нарушениями составляют до 80% учащихся общеобразовательных школ. Наиболее широко распространенными расстройствами детей, включенными в классификацию ВОЗ, являются эмоциональные расстройства, отклонения в поведении и гиперактивность. К числу факторов, вызывающих нарушение онтогенеза, некоторые исследователи относят длительное эмоциональное напряжение (Ш. Левис, Ш. К. Левис ,1997).

Таким образом, согласно усредненным данным, полученным разными специалистами в последние годы, практически здоровыми можно признать не более 10% нынешних школьников.

В главе 2 «Характеристика обследованных групп. Методы психологической диагностики и анализа данных» описана программа исследования, экспериментальная база, методики исследования. Особое внимание уделено обоснованию выбора психодиагностических методик, подходам к анализу эмпирических данных.

В главе 3. «Результаты исследований и их обсуждение» описаны результаты эмпирического исследования и их анализ.

В параграфе 3.1. «Сравнительный анализ психосоматических характеристик детей из разных регионов проживания» представлены результаты исследования психологических характеристик детей и подростков школьного возраста проживающих в разных макросоциальных условиях.

Сравнение школьников - жителей мегаполисов с остальной частью выборки показало, что первые чаще болеют гастритом (21,2% против 9,3%) и ревматоидным артритом (8,6% против 1,2 %).

Результаты исследования семейной сферы с помощью опросника семейного окружения FES показали более высокие уровни конфликтности и экспрессивности ($p < 0,05$) у детей мегаполисов (таб.3.1.). В семьях же малых городов сохраняются больше традиционные патриархальные отношения.

Полученные данные подтверждают имеющиеся в литературе положения о том, что традиционные семьи, где имеется жесткая структурированность ролевых семейных отношений отличаются более высокими показателями здоровья членов этих семей

С помощью опросника STAXI были выявлены достоверные различия по шкале агрессивности, как компонента в структуре темперамента и агрессии как реакции на текущие события.

У школьников из Москвы и Санкт-Петербурга значения агрессивности выше ($p < 0,05$), чем у жителей других городов. Повышенные показатели агрессивности школьников мегаполиса, возможно, связаны с более жесткой регламентацией жизни, повышенными требованиями социальной среды. Как известно, агрессивность имеет выраженный вегетативный компонент и является существенным элементом САБ. Например, подавленная агрессия с помощью механизмов психологической защиты (интеллектуализация) может выступать значимым фактором риска развития бронхиальной астмы и ревматоидного артрита (Ананьев В.А, Горская Е.А., 2005).

Анализ результатов обследования по опроснику SCL-90-R выявил у жителей мегаполисов более высокие показатели по шкалам «депрессия», «обсессивно-компульсивная симптоматика» и «психотическая симптоматика», а также более высокие значения по шкалам «реактивное поведение» и «агрессивное поведение».

Полученные данные свидетельствуют о том, что у детей мегаполисов обнаруживаются более выраженные как невротические, так и психотические черты. Возможно, это также может быть связано с более динамичным ритмом жизни и значительно меньшими возможностями для компенсации указанных черт.

Школьники из малых городов и сельской местности обнаруживают более высокий уровень алекситимии по сравнению с жителями мегаполисов. Скорее, полученные данные могут объясняться скудностью словарного запаса, слабой рефлексией своих состояний, традиционной сдержанностью в демонстрации своих недомоганий лиц живущих в малых городах. Таким образом, речь скорее идет о культурологических особенностях, нежели о алекситимии как психосоматическом феномене, описанном Sifneos P.E. в 1974.

Исследование с помощью проективной методики «Где живут чувства?» показала различия в частоте актуальных эмоциональных переживаний в сравниваемых группах. Жители крупных городов реже ($p < 0,05$) испытывают скуку, обиду, чувство вины, чаще чувство удовлетворения, оптимизм, чувство возбуждения, конфликтность, пессимизм.

Полученные данные о более выраженных эмоционально-поведенческих нарушениях в группе детей, жителей мегаполисов позволяют сделать вывод о влиянии социально-экологических факторов на психологическое состояние детей. Менее агрессивная окружающая среда малых городов способствуют смягчению трудностей адаптации школьников, что отражается в более низких показателях соматических и психических нарушений.

Таким образом, исследование доказывает, что адаптивные механизмы у детей и подростков зависят от макросоциальных и экологических вредностей.

Макросоциальная среда мегаполисов является одной из причин перенапряжения и истощения адаптивных механизмов, что способствует развитию эмоциональных и психосоматических расстройств, и что в свою очередь ведет к повышению заболеваемости и болезненности школьников.

В параграфе 3.2. «Заболеваемость среди школьников» путем качественного анализа медицинской документации образовательных учреждений, данных анкетирования и сведений, полученных от родителей школьников, были получены данные, характеризующие уровни заболеваемости (количество больных и здоровых детей в выборке) и болезненности (степень соматизации – здоровые, часто болеющие, хронически больные) обследованных детей. Как Процент здоровых детей с возрастом уменьшается: в младшем школьном возрасте - 35,7%, в младшем подростковом возрасте - 26,2%, а в старшем подростковом возрасте - 24,2%.

Наиболее распространенной патологией среди обследованных детей младшего школьного возраста являются заболевания системы пищеварения (18,9%), а также аллергические заболевания, которые составляют 16,7% от всех обследованных детей этой возрастной группы. Наиболее распространенной патологией среди обследованных детей младшего подросткового возраста являются офтальмологические заболевания (20,5%) и заболевания системы пищеварения (19,4%). На первом месте среди наиболее распространенных заболеваний у старших подростков являются нарушения зрения (46,9%), далее следуют нарушения системы пищеварения (23,0%). Данные таблицы иллюстрируют увеличение количества часто болеющих детей с возрастом от 17,8% в младшем школьном возрасте до 20,9% в старшем подростковом. Также можно говорить о тенденции к увеличению с возрастом числа детей, страдающих хроническими заболеваниями зрительной и желудочно-кишечной системы. Так, в младшем школьном возрасте выявляется 18,9% детей с патологией системы пищеварения, в младшем школьном возрасте - 19,4%, а в старшем подростковом возрасте - 23,0%.

Полученные нами данные о распространенности указанной патологии среди школьников в целом соответствуют результатам диспансеризации, проведенной Министерством здравоохранения в 2003 г.

В параграфе 3.3. «Исследование био-генетической предрасположенности к развитию психосоматических расстройств у школьников» проводился анализ значения психосоматического здоровья матери и качества эмоционального контакта матери и ребенка в перинатальном периоде для формирования психологических элементов структурного аттрактора болезни у детей.

В результате математической обработки анкетных данных были выделены наиболее типичные ответы для родителей трех групп детей: здоровых, часто болеющих и хронически больных детей.

Родители здоровых детей в 94% случаев отмечали: наличие в режиме ребенка дневного сна (вплоть до младшего подросткового возраста), организация летнего отдыха – 78% (из них: выезды на дачу – 48%/ на море –

30%/ на природу – 22%), наличие физической активности и занятия спортом до и во время беременности – 79% (из них: посещение секций для беременных – 64%/ посещение спортивных клубов – 10%/ самостоятельные занятия – 30%), использование общественного транспорта по дороге в ДООУ и ОУ – 40%

На первом месте у родителей часто болеющих детей - наличие опасений и страхов матери относительно собственного здоровья и состояния плода во время беременности – 66%, заболеваемость ребенка на первом году жизни - 64%; использование общественного транспорта по дороге в ДООУ и ОУ – 58%; наличие физической активности и занятия спортом до и во время беременности подтверждают только 14%, прием антибиотиков во время беременности – 43%, наличие в режиме ребенка дневного сна – 30%,

Родители детей с хроническими заболеваниями в большинстве случаев отметили: 68% – заболеваемость матери во время беременности, наличие патологии беременности 47%, характер вскармливания (искусственное) – 47%, организация летнего отдыха – 46% (из них: выезды на дачу – 61%/ на море – 18%/ на природу – 21%); использование общественного транспорта по дороге в ДООУ и ОУ- 42%.

Полученные данные позволяют предположить связь частоты заболевания ребенка и наличия возможных «вредностей», сопутствующих перинатальному периоду, таких как прием антибиотиков во время беременности, заболевания матери, отсутствие достаточной физической активности, регулярное использование общественного транспорта в дошкольном возрасте, искусственное вскармливание, которые могут рассматриваться как онтогенетические факторы риска развития психосоматических заболеваний у детей.

В параграфе 3.4. «Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста» проводился сравнительный анализ индивидуально-психологических характеристик детей младшего школьного возраста с разным уровнем здоровья. С помощью статистической обработки данных показано, что часто болеющие дети отличаются повышенным уровнем общей тревожности в группе своих сверстников. Такие данные могут объясняться нарастанием уровня неопределенности в будущем у ребенка. При частом появлении соматических недомоганий он оказывается «выключен» из процесса обучения, прерывается общение со сверстниками, что в свою очередь может приводить к повышению уровня тревоги. В то же время у хронически больных детей уровень тревожности ниже, чем в группе часто болеющих, что может быть связано с нарастанием родительской опеки по отношению к ребенку с хроническим диагнозом и формированием рентных отношений, при которых ребенок получает некую выгоду от своей болезни (например, освобожден от нелюбимых занятий (уборка, физкультура в школе), получает дополнительную помощь и чувствует особое отношение учителей).

Для изучения психосоматических соотношений очень важным является исследование связи между эмоциональными реакциями и их вегетативным сопровождением, так как через нейрогормональное «обеспечение» эмоций может происходить астенизация всего организма.

Нами были выявлены достоверные различия по показателям, характеризующим вегетативное сопровождение эмоциональных реакций. Показатели по шкале «тревога, приводящая к астенизации» выше у хронически больных детей, а тревога, выраженная в вегетативных реакциях, имеет наиболее высокий уровень у часто болеющих детей, и менее всего выражена у хронически больных. Показатель агрессивности достоверно различается ($p < 0.05$) в группах здоровых и часто болеющих детей, причем часто болеющие дети чаще оценивают себя склонными к агрессивным реакциям, чем здоровые и больные. Средний уровень агрессивности в группе здоровых детей составил 4.14 ± 1.92 , в группе часто болеющих - 5.92 ± 1.96 , в группе хронически больных - 5.00 ± 2.41 . Данные свидетельствуют, что уровень осознания агрессивных реакций выше у часто болеющих детей, что подтверждается результатами проективных тестов.

В качестве экспертной оценки выраженности психопатологической симптоматики у детей младшего школьного возраста, мы использовали клинический опросник для родителей (лист детского поведения CBCL\4-18, Т.М. Achenbach). В результате статистической обработки данных показано, что имеют место достоверные различия в группах с разным уровнем соматического здоровья по параметру «психосоматические нарушения» ($p < 0.01$; $p < 0.05$), причем больший объем жалоб приходится на группу часто болеющих детей. Часто болеющие дети младшего школьного возраста, по оценке родителей, обнаруживают более высокий уровень тревоги-депрессии ($p < 0.05$), а также достоверно более высокие показатели по шкале «психические нарушения». Подобные результаты могут интерпретироваться в пользу повышенного внимания родителей к психосоматическому здоровью часто болеющего ребенка. Родители, не имея определенного представления о причинах заболевания и перспективах лечения ребенка (нет верифицированного диагноза), испытывают неопределенность и тревогу за его будущее. Малейшие отклонения в эмоциональных реакциях, которые могут индуцироваться самими родителями, ими могут восприниматься как симптом заболевания, что в свою очередь усиливая родительский контроль создает условия для развития у ребенка протестных реакций. Вместе с тем, полученные данные могут свидетельствовать и об объективных сложностях в адаптации у часто болеющих детей. Средние значения по общему индексу нарушений у часто болеющих достоверно выше, чем у хронически больных детей, а высокий показатель по шкале «интернальность», свидетельствует, что нарушения адаптации часто болеющих детей связаны с внутренними переживаниями и могут выражаться в соматизации, повышенной рефлексии, переживании чувства вины.

В параграфе 3.5. «Индивидуально-психологические особенности часто болеющих и хронически больных детей подросткового возраста» представлены результаты исследования индивидуально-психологических характеристик часто болеющих и хронически больных школьников подросткового возраста, а также показана возрастная динамика в формировании психосоматической патологии у младших и старших подростков. Экспериментальный материал, полученный нами при

обследовании школьников подросткового возраста позволил обнаружить первичные признаки отклонения в адаптации, участвующие в развитии соматической патологии, а также выделить группу часто болеющих детей, находящихся на донозологическом уровне и обнаруживающих индивидуально-психологические характеристики, отличающие их от здоровых и хронически больных детей. Показано, что часто болеющие дети младшего подросткового возраста демонстрируют самый высокий уровень личностной тревожности среди детей своего возраста из других групп здоровья. Выявлены также достоверные различия ($p < 0.01$; $p < 0.05$) по параметру «контроль за агрессией», причем наиболее высокие показатели характерны для здоровых подростков, а самые низкие для больных.

Результаты анализа особенностей поведения детей школьного возраста и признаков нервно-психических расстройств, выявленных с помощью клинического опросника SCL-90-R, показали, что часто болеющие дети подросткового возраста обнаруживают более выраженный характер исследуемых нарушений, по сравнению с группой здоровых детей. Выявленные нарушения в группе часто болеющих детей можно объединить в «эмоционально-поведенческий» симптомокомплекс, при котором симптоматика проявляется как в виде сниженного настроения, повышенной тревожности, вегетативных реакциях, жалобах на нарушения сна, аппетита и беспричинные боли, так и в малоадекватных поведенческих реакциях, повышенной импульсивности, формировании навязчивостей. Данные также позволяют говорить о различиях в межличностных проявлениях между здоровыми и хронически больными детьми младшего подросткового возраста. Дети, имеющие хроническое заболевание обнаруживают у себя большую сензитивность в общении по сравнению со здоровыми детьми. Специфика описываемой возрастной группы заключается в том, что нет существенной разницы в выраженности психопатологической симптоматики в группах часто болеющих и хронически больных детей младшего подросткового возраста.

Углубленное изучение часто болеющих подростков с привлечением экспертных оценок выраженности психопатологической симптоматики родителей (опросник Т.М. Achenbach) показывает, что нарушения механизма эмоционального реагирования у таких детей группируются в два сочетающихся симптомокомплекса: астенический (сниженная работоспособность, тревожность, утомляемость, гипотимия, интрапунитивность, повышенная рефлексивность) и стенический /поведенческий (повышенная отвлекаемость внимания, агрессивность, конфликтность, девиантность, экстрапунитивность).

В параграфе 3.6. «Индивидуально - психологические особенности больных детей с различными нозологическими формами» была предпринята попытка обнаружить специфические индивидуально-психологические черты для подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с заболеваниями аллергического характера, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и для детей с диагнозом «ревматоидный артрит». По результатам статистической обработки данных обнаруживаются статистически

достоверные различия ($p < 0,05$) в группах здоровых и хронически больных детей перечисленных выше нозологий по всем исследуемым признакам. Как показано в таблице 3.6. значения по показателям «личностная тревожность», «аутоагрессия», «межличностная чувствительность» и «обсессивно-компульсивная симптоматика» у детей с нарушениями ЖКТ, аллергическими заболеваниями, кардиологическими нарушениями и ревматоидным артритом достоверно выше, чем у здоровых детей.

В результате статистического анализа данных в четырех нозологических группах и сравнении их между собой статистически значимых различий по исследуемым параметрам не обнаружилось, однако можно говорить о следующих особенностях (на уровне тенденций), представленных в виде средних значений в табл. 3.6.. Как видно из таблицы, подростков, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, такими как гастрит и гастродуоденит, характеризует более высокий уровень личностной тревожности (ЛТ, шкала самооценки Спилбергера-Ханина), по сравнению с группой здоровых детей ($p < 0,05$). В результате статистической обработки данных также обнаружена закономерность на уровне тенденции: у детей с заболеваниями ЖКТ по сравнению с другими нозологическими группами, выше личностная тревожность ($p = 0,054$), выше показатели по аутоагрессии ($p = 0,053$), межличностной чувствительности ($p = 0,054$), обсессивно-компульсивной симптоматики ($p = 0,055$).

Обнаруженные тенденции позволяют предположить, что для подростков с нарушениями ЖКТ более, чем для остальных подростков с хроническими заболеваниями, характерно накопление негативных эмоций (кумуляция аффекта), с тенденцией к развитию интрапунитивных реакций (разрядка аффекта не во вне, а в рамках собственной личности- реакции самообвинения, аутоагрессии, чувство вины). Это может проявляться в “тихой” раздражительности, сниженном настроении без видимых причин (в эмоциональной сфере) и в появлении навязчивостей и вредных привычек (например, кусание ногтей и кожи), самообвинительных концепциях и повышенной требовательности к себе, актуализации заведомо осуждаемых поступков или наоборот повышенный контроль собственного поведения (в поведенческой сфере). Такие особенности эмоционально-поведенческой сферы могут говорить о низкой адаптивной способности этих детей, приводящей к соматизации.

Исследование индивидуально - психологических особенностей больных детей с различными нозологическими формами не обнаружило существенных различий в психологических элементах структурного аттрактора болезни и дало основания рассматривать подростков, страдающих различными по нозологии хроническими заболеваниями как однородную группу хронически больных детей. Полученные нами данные подтверждают современные теоретические положения об отсутствии каких-либо характерных для определенной формы патологии специфических психологических черт. Сходность структуры психологического компонента САБ у детей с различными заболеваниями, выводит на первый план важность неспецифической профилактики психосоматических расстройств у школьников, мишенями для

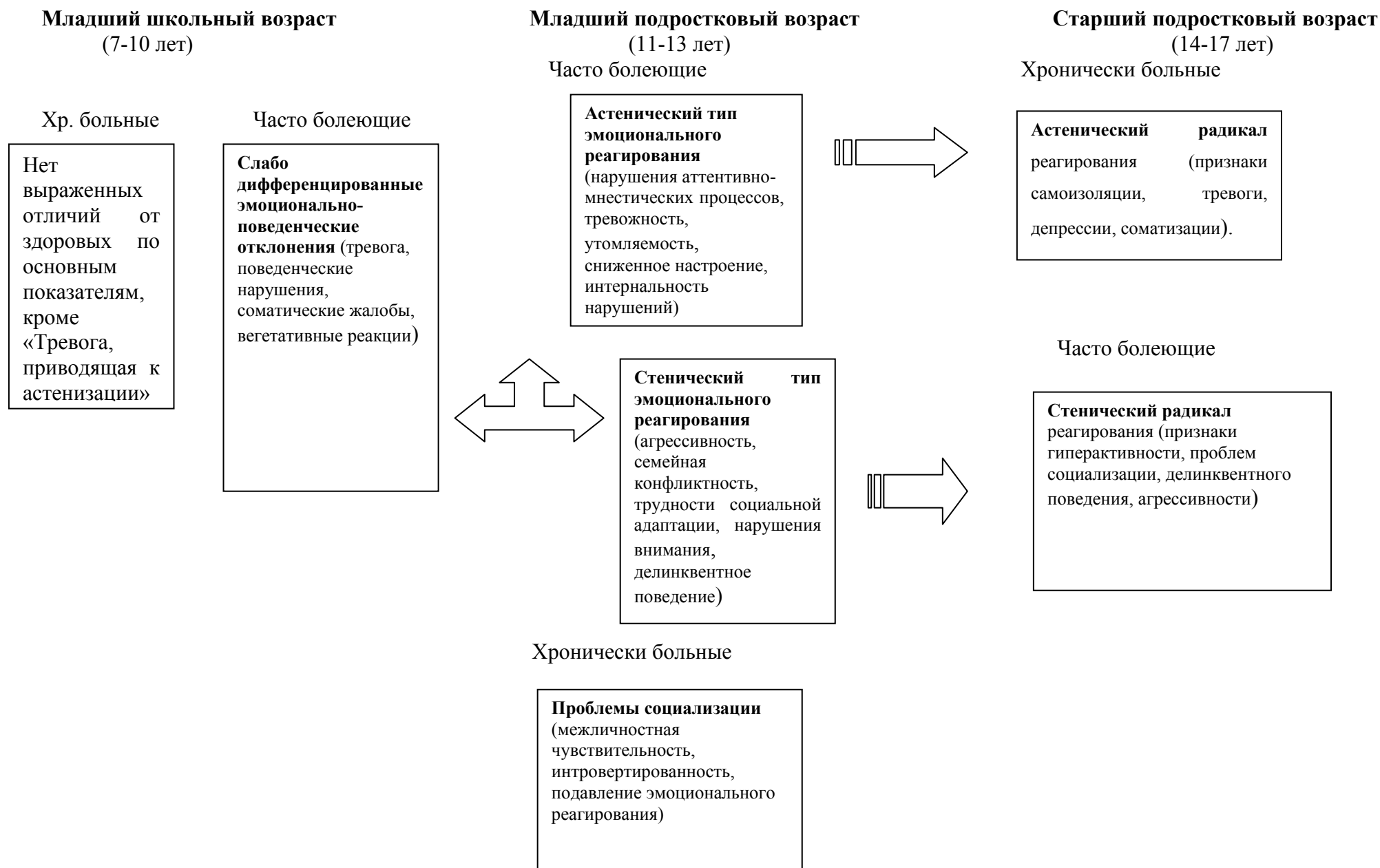
которой могут являться описанные индивидуально-психологические характеристики или признаки общего девиантного синдрома адаптации.

В параграфе 3.7. «Систематизация социально-психологических признаков определяющих динамику формирования структурного аттрактора болезни у школьников» представлены результаты факторизации признаков, описывающих эмоционально-поведенческие нарушения школьников по оценке их родителей, используя клинический опросник Т.М. Achenbach. В соответствии с методологическими основаниями проводимых исследований формирование структурного аттрактора болезни определяется на основании генетически детерминированных особенностей реактивности организма и других био-психо-социальных факторов, в числе которых перенесенные заболевания детства, усиливающие ранимость органов или систем, условия воспитания, перенесенный психотравмирующий опыт и личностные особенности дискретного типа. Результаты факторного анализа показателей подтверждают сделанные нами ранее выводы о различиях клинко-психологических проявлений у здоровых, часто болеющих и хронически больных детях и отражены на рис.1 «Схема формирования аттрактора болезни в возрастной динамике у школьников». Полученные закономерности позволяют проследить формирование структурного аттрактора болезни у школьников в возрастной динамике. Обнаруженные нарушения в группе часто болеющих детей младшего школьного возраста можно объединить в «эмоционально-поведенческий» паттерн реагирования, при котором симптоматика проявляется как в виде сниженного настроения, повышенной тревожности, вегетативных реакциях, жалобах на нарушения сна, аппетита и беспричинные боли, так и в неадекватных поведенческих реакциях, повышенной импульсивности, формировании навязчивостей. Описанные нарушения при наличии выраженной клинической симптоматики и субъективных переживаний можно отнести к пограничным психическим расстройствам.

Изучение возрастной динамики индивидуально-психологических характеристик здоровых и больных школьников показал, что к старшему подростковому возрасту показатель личностной тревожности становится индикаторным признаком степени психосоматизации ребенка, так как достоверно различается во всех трех группах здоровья, причем самая высокая выраженность тревожности обнаруживается у хронически больных детей. Такой результат может как отражать возрастные особенности формирования рефлексии, так и говорить о более зрелых механизмах антиципации, прогностических функциях у этой группы подростков.

Анализ полученных данных позволяет констатировать, что в подростковом возрасте формирование структурного аттрактора болезни вариабельно и зависит как от уровня соматизации, так и от возрастного развития ребенка. Так, обнаружено, что в младшем подростковом возрасте выявленные отклонения в адаптации на донозологическом уровне группируются в два симптомокомплекса: это астенический симптомокомплекс, который включает в себя трудности сосредоточения, снижение памяти, тревожность, утомляемость, гипотимия, интрапунитивность, повышенная

Схема формирования аттрактора болезни в возрастной динамике у школьников



рефлексивность) и стенический /поведенческий (повышенная отвлекаемость внимания, агрессивность, конфликтность, трудности социальной адаптации, девиантность, экстрапунитивность). С возрастом совокупность наблюдаемых отклонений становится более дифференцированной, а удельный вклад каждого патологического признака возрастает: часто болеющие старшие подростки демонстрируют стенический тип эмоционального реагирования, а хронически больные – астенический.

Таким образом, эмоционально-поведенческие признаки, такие как тревожность, агрессивность и аутоагрессия, алекситимия, наличие обсессивно-компульсивной, тревожной, депрессивной симптоматики являются психологическими элементами САБ и могут быть диагностическими критериями состояния психосоматического здоровья на донозологическом уровне и риска хронизации психосоматического расстройства.

В главе 4. «Разработка рекомендации по ранней психологической диагностике и профилактике нарушений здоровья у школьников» обосновываются принципы психопрофилактических мероприятий для детей и подростков с эмоционально-поведенческими нарушениями в условиях образовательных учреждений. Полученные в нашем исследовании результаты свидетельствуют, во-первых, о качественном различии содержания психологических элементов структурного аттрактора болезни у детей с разным уровнем соматизации (часто болеющих и хронически больных), а также о неспецифичности эмоционально-поведенческих нарушений у хронически больных детей с различными нозологиями. Сходность структуры психологических элементов САБ у детей с различными заболеваниями, выводит на первый план важность неспецифической профилактики психосоматических расстройств у школьников, целью которой может стать снижение выраженности психо-эмоционального напряжения, проявляющегося в повышенной тревожности, семейной конфликтности, агрессивности и аутоагрессии, выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики и астенических проявлениях.

Исследование показало возможность раннего выявления признаков психо-эмоционального напряжения у младших школьников, находящихся на донозологическом уровне соматизации. Для решения этой задачи адекватным инструментом является опросник – формализованная анкета, позволяющая дифференцировать группы с признаками психосоматического неблагополучия. (Мультимодальный интегративный опросник (МИО) для подростков, МИО для младших школьников, МИО для родителей). Предложена также психопрофилактическая программа для детей школьного возраста с использованием интегративных методов семейного консультирования, цели, задачи и основные положения которой изложены в Приложении 6 текста диссертации.

В заключении подводятся итоги теоретического и эмпирического исследования, излагаются основные выводы и практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Обнаруженные эмоциональные отклонения, такие как повышенный уровень агрессивности; выраженность обсессивно-компульсивной, психотической и депрессивной симптоматики, а также повышенный уровень семейной конфликтности и экспрессивности, выступают в качестве психологических элементов структурного аттрактора болезни школьников
2. К ранним детерминантным признакам формирования САБ у детей и подростков относятся наличие соматических жалоб, тревоги, агрессии и аутоагрессии. Данные особенности эмоциональной сферы детей и подростков выступают в качестве «мишеней» для первичной психопрофилактики психосоматических расстройств;
3. Соматическое и психологическое здоровье матери, а также качество эмоционального контакта матери с ребенком в перенатальном периоде выступают в качестве онтогенетических предпосылок при формировании психологического компонента САБ у детей;
4. Эмоционально-поведенческое реагирование часто болеющих детей младшего подросткового возраста описывается двумя основными типами: астеническим (сниженная работоспособность, тревожность, утомляемость, гипотимия, интрапунитивность, повышенная рефлексивность) и стеническим (повышенная отвлекаемость внимания, агрессивность, конфликтность, девиантность, экстрапунитивность);
5. Астенический тип эмоционального реагирования повышает риск хронизации заболевания у часто болеющих младших подростков. Данная категория младших подростков выступает в качестве группы высокого риска, требующая своевременных превентивных интервенций.
6. Содержание психологических элементов САБ у часто болеющих и хронически больных старших подростков различно. Для часто болеющих детей характерен стенический радикал реагирования (признаки гиперактивности, проблем социализации, делинквентного поведения, агрессивности), а для хронически больных - астенический (признаки самоизоляции, тревоги, психосоматических нарушений);
7. Возрастная динамика формирования САБ в детско-подростковом возрасте характеризуется усложнением психологических проявлений нервно-психического неблагополучия и увеличением удельного веса, т.е. вклада каждого патологического признака (тревожности, агрессивности, аутоагрессии, обсессивно-компульсивной симптоматики, соматизации) в структуру САБ;
8. Сравнительный анализ психологических констелляций личности больных подростков с различными нозологическими формами не выявил специфических характеристик в профиле личности подростков тех или иных групп заболеваний, что подчеркивает важность разработки программ неспецифической психопрофилактики психосоматических расстройств у школьников;

9. Выявленные особенности формирования психологических элементов САБ у детей на донозологическом уровне позволяют прогнозировать риск возникновения психосоматических расстройств или хронизации симптомов «общего девиантного синдрома адаптации» у часто болеющих детей и подростков;
10. Макросоциальные условия оказывают влияние на формирование психологических элементов САБ у детей. Доказано, что школьники, проживающие в мегаполисах, по сравнению с детьми, проживающими в «малых» городах обнаруживают худшие показатели по психосоматическим характеристикам, а именно: повышенный уровень семейной конфликтности и экспрессивности, агрессивности; более выражена обсессивно-компульсивная, депрессивная и психотическая симптоматика; отмечаются высокие значения по шкалам «расстройство поведения» и «агрессивное поведение». Школьники из «малых» городов и сельской местности обнаруживают более высокий уровень алекситимии по сравнению с жителями мегаполисов.

Основное содержание работы отражено в следующих **публикациях:**

1. **Малиновская Н.Д.** Нарративный подход в семейном консультировании подростка четырнадцати лет с компьютерной зависимостью // Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики, Материалы научно-практической конференции, Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия», СПб, 2002. (0,125 п.л.);
2. **Кулаков С.А., Малиновская Н.Д.** Нарративный подход в интервью подростков с зависимостями // Материалы 1-ой Международной научно-практической конференции 30 сентября-1 октября 2002 г. «Профилактика потребления психоактивных веществ», Санкт-Петербург, 2002, (0,4/0,3 п.л.)
3. **Малиновская Н.Д.** Нарративный подход в семейном консультировании детей и подростков с эмоциональными и поведенческими расстройствами // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы. Материалы межрегиональной научно-практической конференции 23-24 апреля. Муниципальный «Центр психотерапии и практической психологии», 2002. (0,125 п.л.);
4. **Ананьев В.А., Васильев М.А., Горская Е.А., Малиновская Н.Д.** Психология здоровья: эмпирические исследования психосоматического и психического здоровья школьников // Вестник Балтийской Педагогической Академии, Вып 61, 2005 г., «Теоретико-эмпирические исследования в медицинской психологии» СПб, (0,9/0,25 п.л.)
5. **Малиновская Н.Д.** Результаты многоуровневого полисистемного изучения психосоматического здоровья российских школьников // Вестник Балтийской Педагогической Академии, Вып.61- «Теоретико-эмпирические исследования в медицинской психологии»- СПб, 2005 г., (0,25 п.л.)
6. **Ананьев В.А., Малиновская Н.Д., Горская Е.А., Нестеренко О.Б., Пятакова Г.В., Реброва Н.П., Васильев М.А.** Мониторинг психического и

психосоматического здоровья детей // Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика. Юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена, под ред. проф. Ананьева В.А., проф. Кулакова С.А., ЗАО «ТАТ», 2005 г. (4,4 п.л./0,68 п.л.)

7. **Малиновская Н.Д.** Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников РФ // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Аспирантские тетради: №2 (19): Научный журнал.-СПб., 2006. (0,56 п.л.)