

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии, психотерапии
и смежных дисциплин)**

2015 (15), № 1

Москва. 2015

УДК 616Ю89
ББК 88.37
Ж 15

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН)**

Главный редактор Н.М. Иовчук

Редакционная коллегия:

**Т.А. Баилова, И.В. Добряков, В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева,
С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина, И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, И.М. Никольская, А.А. Северный (зам. Главного редактора),
Е.О. Смирнова, В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова,
Э.Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)**

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

**ISBN 5-94668-004-7
ISSN 2305-9133**

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2014

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»).**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.Е. Строгова¹, Н.В. Зверева^{1,2}, А.И. Хромов^{1,2}, Симашкова Н.В.¹ ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФЕКТА ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....	5
В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ...	14
А.А. Шамова, И.Н. Отман, Л.В. Андросова ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ.....	24
Н.А. Ильчевская ТРАДИЦИОННЫЕ ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В РОССИИ (СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД).....	32

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень, М.С. Гармаш, М.Т. Датуашвили ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКРИНИНГ-ОПРОСНИКА ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	38
Е.В. Свистунова, Е.А. Мильке, М.Н. Демьянская ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ.....	46
Е.О. Смирнова, Е.А. Абдулаева ФОРМИРОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ОБРАЗА СЕБЯ В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	56
Т.М. Любимова, Т.А. Басилова ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭДИНБУРГСКОГО РИСУНОЧНОГО ТЕСТА ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	66
В.С. Собкин, Т.А. Лыкова ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-АКТЕРОВ.....	74

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И.А. Ермоленко, А.В. Северин ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ.....	85
Н.К. Кириллина ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ.....	89
А.А. Сергиенко, Е.И. Корнилова, Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАПОМИНАНИЯ НЕЙТРАЛЬНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО НАСЫЩЕННЫХ СЛОВ ДЕТЬМИ 9-12 ЛЕТ С НОРМОЙ РАЗВИТИЯ И С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	92

Т.Н. Симонова	
ПОТЕНЦИАЛ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	96
О. И. Шмырева	
ТАНАТОТРОПИЗМ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КРИЗИСА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	101
<u>ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ</u>	
О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко	
НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ.....	105
А.В. Шехорина	
ЗНАЧЕНИЕ НАДЕЖДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ.....	117
Р.Е. Барабанов	
ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА И СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ	120
<u>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ</u>	128
<u>ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ</u>	
<u>НЕКРОЛОГ</u>	
ДМИТРИЙ НИКОЛАЕВИЧ ИСАЕВ.....	142
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	144

С.Е. Строгова¹, Н.В. Зверева^{1,2}, А.И. Хромов^{1,2}, Симашкова Н.В.¹
**ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО
ДЕФЕКТА ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»¹, Московский город-
ской психолого-педагогический университет² (Москва).

Резюме. В статье сделана попытка проанализировать связь когнитивного дефекта с рядом клинических факторов (диагноз, ведущий синдром, тип течения, прогрессивность, возраст начала заболевания) у детей и подростков с разными формами шизофрении. Наличие когнитивного дефекта оценивалось по уровню интеллекта на основе вербального, невербального и общего показателей тест Векслера (WISC): распределение по уровням интеллекта, диссоциация вербального / невербального интеллекта, связь с клиническими факторами. Показано, что среди клинических факторов наибольшую связь с уровнем интеллекта имеют ведущий синдром, тип течения и прогрессивность. Когнитивный (интеллектуальный) дефект в большей мере связан с диагнозом «шизофрения, детский тип», с ведущим кататоническим синдромом, с непрерывным типом течения и злокачественной формой заболевания. Наименьший вклад в снижение интеллектуального уровня вносят гиперкинетический и невротоподобный синдромы, вялотекущая форма шизофрении, малопрогрессивная форма заболевания и позднее начало.

Ключевые слова: когнитивный дефект, шизофрения детей и подростков.

Известно, что проблема формирования дефекта и его квалификации при детской шизофрении далека от разрешения как в психиатрии, так и в клинической психологии [1, 2, 3, 6, 9, 12]. В рамках ранее начатой работы мы продолжаем анализ когнитивного дефекта при детской шизофрении [4, 5, 8, 9, 10]. Нами проведена более дифференцированная клиническая оценка группы с формирующимся олигофреноподобным дефектом при шизофрении.

Цель исследования – выделение вариантов когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков.

Гипотеза: Клинические факторы, такие как возраст начала заболевания, диагноз, ведущий синдром и тип течения, определяют вид и выраженность когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков.

Методы: психометрический (тест Векслера, детский вариант) [11], математическая обработка данных.

Материал. Обследованы 135 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (половозрастные характеристики представлены в табл. 1), которые составили 2 выборки: здоровые дети – контрольная группа (КГ) и больные шизофренией – экспериментальная группа (ЭГ). Больные обследованы в условиях психиатрического стационара ФГБНУ «НЦПЗ» в 2011-2014 гг. В ЭГ включены 74 ребенка, по диагнозу ЭГ разделена на четыре подгруппы: 1. F20 – шизофрения (детский тип); 2. F20.x – приступообразно-прогрессивная детская шизофрения с нарастающим или стабильным дефектом; 3. F21 – шизотипическое расстройство; 4. «Другие диагнозы». Диагностика проводилась в период относительной стабильности состояния. В КГ включен 61 человек без психических расстройств, ученики московских школ, исследование которых проводилось в период 2012-2014 гг.

Таблица 1.

Половозрастные характеристики выборок испытуемых

Группа испытуемых	Количество			Средний возраст, годы	ВНЗ, годы
	всего	муж.	жен.		
КГ	61	35	26	11,3 ± 3,0	—
ЭГ	74	52	22	11,0 ± 2,9	4,0 ± 4,5
Статистика ^а	$\chi^2=1,796$			$t=0,330$	—
p ^б	0,180			0,742	
Диагностические группы					
F20	13	12	1	11,3 ± 2,8	1,4 ± 1,6
F20.x	29	17	12	11,3 ± 3,0	5,8 ± 5,2
F21	25	18	7	10,7 ± 2,7	3,1 ± 3,2
Другие диагнозы	7	5	2	10,1 ± 4,0	4,3 ± 6,4
Статистика ^в	$\chi^2=6,351$			$F=0,335$	$\chi^2=9,367$
p ^б	0,174			0,854	0,025

ВНЗ – возраст начала заболевания; ^а различия между группами КГ и ЭГ: представлены различия по полу и возрасту; ^б значимость различий; ^в различия между диагностическими группами: представлены различия по полу и возрасту.

Показано, что отсутствуют статистически значимые различия по полу и возрасту между КГ и ЭГ, а также между диагностическими подгруппами ЭГ. При этом обнаружена связь между возрастом начала заболевания и диагнозом: в среднем для подгруппы F20 характерно самое раннее начало заболевания (1,4 года), а самое позднее – для подгруппы F20.x (5,8 года). Достоверные различия в ВНЗ между диагностическими подгруппами обнаружены лишь для F20 и F20.x ($p=0,018$).

Клиническая характеристика диагностических подгрупп

Детская шизофрения с олигофреноподобным дефектом (F20, 13 больных) - начало преимущественно до 3-х лет жизни, течение злокачественное, утрата единства психических функций. Продуктивные симптомы: кататонические, гебефренные галлюцинаторно-бредовые нарушения. Эти расстройства сочетаются с негативными проявлениями: регресс, тяжелый аутизм, астения, когнитивный дефицит, обеднение эмоциональной сферы, истощение внимания, нарушения мышления, памяти, познавательной активности, приводящие к нарушению психического развития, формированию типичного для детской шизофрении дефекта, социальной дизадаптации. В динамике у больных нарастают дефициты в когнитивной, энергетической и эмоциональной сферах. Рано формируется олигофреноподобный дефект, который на отдаленном этапе болезни близок псевдоорганическому.

Приступообразно-прогредиентная детская шизофрения (F20.x, 29 больных) с нарастающим дефектом, манифестный этап болезни обычно прослеживается после 5 лет. Картина психоза полиморфная, наряду с кататоническими регрессивными расстройствами появляются более отчетливые аффективные нарушения, рудиментарные галлюцинации (зрительные, обонятельные). Ремиссии неполные, терапевтические с резидуальными кататоническими стереотипиями, эхо-речью, атипичными аффективными расстройствами, когнитивным дефицитом. Через 2—4 года от манифестации заболевания формируется олигофреноподобный дефект с выраженным аутизмом, эмоциональным снижением, пассивностью.

Шизотипическое расстройство (F21, 5 больных) в детском возрасте, по

МКБ-10 (1994,) или вялотекущая шизофрения, по отечественной классификации: характерна неоднородность по продуктивной симптоматике, по характеру, глубине формирующегося личностного дефекта. Негативные расстройства представлены личностными изменениями шизоидного круга, с искажениями и незрелостью ВПФ, способность к обучению и социализации сохранна. На раннем этапе течения заболевания психопатологические расстройства исчерпывались проявлениями шизотипического диатеза, начало заболевания установить сложно. Аффективные нарушения имеются на протяжении болезни в форме астеноподобных депрессий. Течение болезни непрерывное малопрогрессирующее либо среднепрогрессирующее.

Группу «*другие диагнозы*» (Др. д-зы – 7 больных) составили дети и подростки, у которых на определенном этапе лечения был изменен или уточнен диагноз, в основном это дети с процессуальным аутизмом и психотическими расстройствами (иногда на органическом фоне).

Ведущими синдромами у больных всех диагностических подгрупп были следующие: психопатоподобный, кататонический, неврозоподобный, гиперкинетический и другие, при этом самым часто встречающимся синдромом является психопатоподобный, за ним следуют кататонический и неврозоподобный.

Основные результаты

В детском варианте теста Векслера анализировались показатели общего (ОИП), невербального (НИП) и вербального (ВИП) интеллекта по всем группам и подгруппам. В табл. 2 представлены статистические характеристики показателей интеллекта.

Таблица 2.

Средние показатели интеллекта КГ и ЭГ

Показатель интеллекта	Группа	Среднее, стд. откл.	Разброс от мин. до макс.	F^a	p^b
ВИП	КГ	109,6±15,3	79 ... 142	69,524	< 0,001
	ЭГ	82,9±20,1	46 ... 129		
	F20	64,1±16,2	46 ... 86	4,881	0,004
	F20.x	81,8±20,6	51 ... 129		
	F21	91,7±18,4	55 ... 129		
	др. д-зы	81,7±11,1	66 ... 94		
НИП	КГ	111,1±15,7	67 ... 152	61,397	< 0,001
	ЭГ	84,5±21,2	44 ... 129		
	F20	74,7±22,1	51 ... 110	1,079	0,365
	F20.x	82,0±21,4	44 ... 124		
	F21	87,5±21,0	44 ... 129		
	др. д-зы	93,7±19,6	67 ... 121		
ОИП	КГ	111,3±14,1	75 ... 144	80,664	< 0,001
	ЭГ	84,5±18,3	48 ... 132		
	F20	70,0±15,8	57 ... 96	2,056	0,117
	F20.x	82,8±20,5	48 ... 122		
	F21	89,6±15,7	56 ... 132		
	др. д-зы	87,0±13,4	63 ... 103		

^a F-статистика однофакторного дисперсионного анализа; ^b значимость различий между диагностическими группами, оцененных с помощью однофакторного дисперсионного анализа

Рассмотрим все показатели в сопоставляемых выборках. В КГ показатель ОИП на высоком уровне, в ЭГ (без деления на диагностические группы) – на среднем уровне, а с учетом диагноза: F20 – на низком уровне, а все остальные подгруппы (F20.x, F21, «др. д-зы» имеют ОИП среднего уровня. Множественные сравнения (методом Бонферрони) КГ и диагностических подгрупп между собой показали наличие значимых различий ($p \leq 0,01$) между КГ и всеми диагностическими подгруппами по всем интеллектуальным показателям, кроме подгруппы «др. д-зы» по показателю НИП. Кроме этого, подгруппа F20 отличается от F21 по ВИП ($p=0,001$). В остальном не обнаружено значимых различий между диагностическими подгруппами по интеллекту.

В силу недоступности ряду больных теста Векслера представленные выше оценки не охватили всех пациентов. Для того чтобы более точно сопоставить результаты ЭГ по диагностическим подгруппам, был применен другой способ оценки показателей, основанный на выделении следующих уровней интеллекта [10]:

- дефект – если невозможно вычислить один или несколько показателей интеллекта;
- низкий уровень – если показатель интеллекта ниже 80 баллов;
- средний уровень – все входящие в интервал от 80 до 110 баллов;
- высокий уровень – все, набравшие более 110 баллов.

Распределение интеллектуальных показателей (ВИП, НИП, ОИП) по этим уровням во всех сопоставляемых группах представлено на рисунках 1, 2, 3.

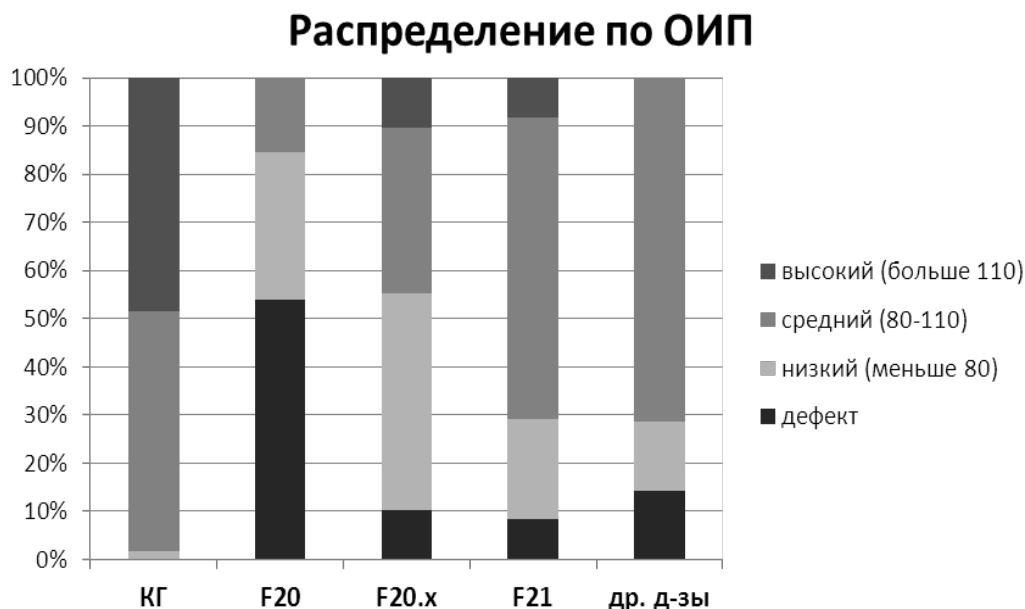


Рис. 1. Распределение вербального интеллектуального показателя по уровням интеллекта в сопоставляемых группах

Как видно из рис. 1, в КГ нет испытуемых с интеллектом на уровне дефекта. В подгруппе F20 по сравнению с другими диагностическими подгруппами наиболее представлен низкий и дефектный уровень ОИП. Следует отметить, что в подгруппах F20 и «др. д-зы» отсутствуют испытуемые с высоким уровнем интеллекта.

Распределение по ВИП

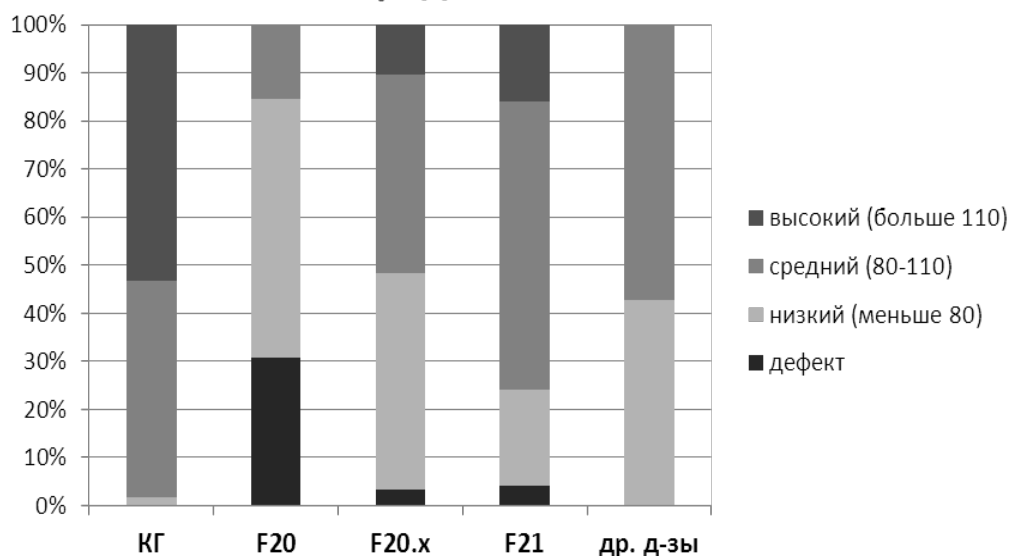


Рис. 2. Распределение вербального интеллектуального показателя по уровням интеллекта в сопоставляемых группах

На рис. 2 представлено распределение по ВИП для КГ и диагностических подгрупп ЭГ. Следует отметить отличия от распределения ОИП (рис.1), видно снижение доли испытуемых с интеллектом на уровне дефекта и повышение доли больных с низким уровнем ВИП. Для ОИП и ВИП характерно отсутствие в подгруппах F20 и «др. д-зы» показателей высокого уровня интеллекта.

Распределение по НИП

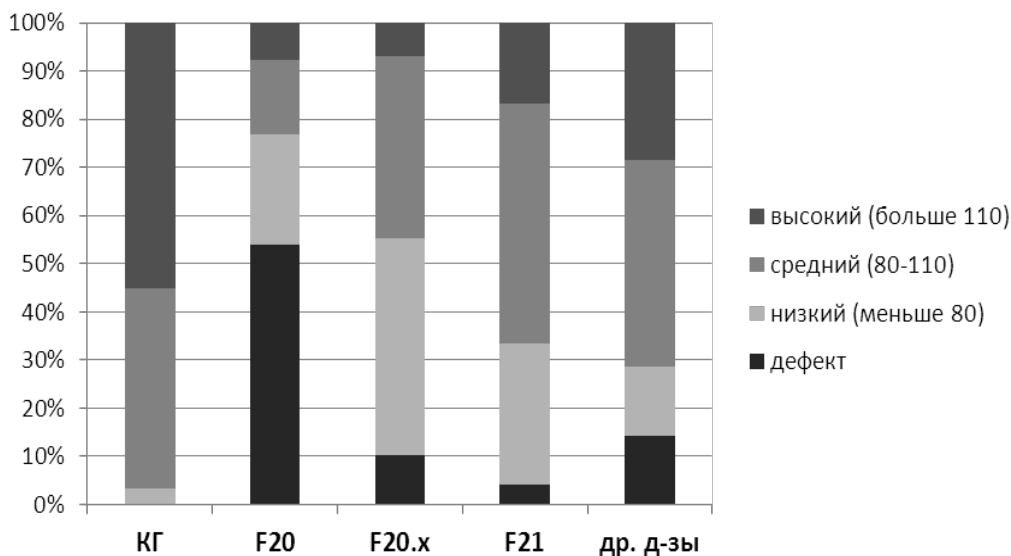


Рис. 3. Распределение невербального интеллектуального показателя по уровням интеллекта в сопоставляемых группах

Рис. 3 отражает распределение НИП для КГ и диагностических подгрупп ЭГ. Анализ показывает, что существенным отличием НИП от вышеописанных показателей ОИП и ВИП является наличие испытуемых с высоким уровнем невербального интеллекта в каждой подгруппе ЭГ. Отметим, что в КГ отсутствуют испытуемые с интеллектуальным дефектом, а для подавляющего большинства больных подгруппы F20 характерны высокий уровень дефекта и низкий интеллектуальный уровень.

Оценка соотношения уровней развития вербального и невербального компонентов интеллекта показала, что в исследуемых подгруппах отмечается как наличие, так и отсутствие диссоциации показателей. Сравнение КГ и ЭГ по всем 3-м показателям показывает высокосignимые различия в пользу КГ. Сравнение диагностических подгрупп по этим показателям выявило значимые различия лишь по ВИП. Средние показатели ВИП и НИП представлены в табл. 2.

Для возможности более углубленного анализа соотношения гармоничности/диссоциации показателей интеллекта нами был разработан определенный подход к оценке. Под диссоциацией показателей интеллекта в нашей работе понималось доминирование/преобладание одного из показателей интеллекта (ВИП или НИП). В качестве интервала, свидетельствующего о наличии диссоциации, была выбрана разница между показателями в 10 баллов. Данный интервал мы посчитали правомерным, ссылаясь на руководство по методике Векслера, где именно 10 баллов определяют уровень интеллекта. Например, 70–пограничный уровень, 80–сниженная норма, 90–средний уровень и т. п. [11].

Наличие или отсутствие диссоциации показателей в исследуемых группах может говорить как о тяжести состояния, когда все равномерно снижено, так и о возможности компенсации менее успешного вида деятельности в случае диссоциации (см. табл. 3).

Таблица 3.

Диссоциация вербального и невербального интеллекта

Группы	КГ		F20		F20.x		F21		Др. д-зы	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Соотношение показателей интеллекта										
ВИП > НИП	15	25%	5	38,5%	11	37,9%	11	45,8%	1	14,3%
ВИП < НИП	13	22%	3	23,1%	8	27,6%	7	29,2%	2	28,6%
ВИП – НИП	28	47%	8	61,6%	19	65,5%	18	75%	3	42,9%
ВИП=НИП	32	53%	5	38,5%	10	34,5%	6	29,2%	4	57,1%

Из данных табл. 3 видно, что во всех диагностических подгруппах, кроме подгруппы «др. д-зы» (возможно, из-за ее малочисленности), подавляющее большинство испытуемых имеет диссоциацию показателей НИП и ВИП в ту или иную сторону: для F20–61,6%, F20.x–65,5%, F21–75%, т. е. можно в определенной мере предполагать наличие парциального дефекта.

Сравнение наличия диссоциации (строка «|ВИП-НИП|») и ее отсутствия (строка «ВИП=НИП») в табл. 3 в диагностических подгруппах с помощью критерия χ^2 показало наличие достоверных различий между подгруппами: F20.x и КГ ($p=0,098$), F21 и КГ ($p=0,010$), F21 и «др.д-зы» ($p=0,056$). Аналогичное сравнение наличия разных видов диссоциации (1, 2 и 4 строки в табл. 3) показало значимость различий подгруппы F21 и КГ ($p=0,029$), а также подгрупп F21 и «др. д-зы» ($p=0,050$).

Для оценки особенностей когнитивных дефицитов и проявлений дефекта в

ЭГ мы рассмотрели связь показателей интеллекта и клинических факторов: диагноз, ведущий психопатологический синдром, тип течения, прогрессивность и возраст начала заболевания. В табл. 4 приведены данные по уровню интеллекта для каждого из клинических факторов в ЭГ.

Таблица 4.

Связь клинических факторов с общим интеллектуальным показателем

Фактор	Кол-во	ОИП, среднее	F ^a	Знач. различий ^б
Диагноз	59	84,5		
F20	6	70,0	2,056	0,117
F20.x	25	82,8		
F21	22	89,6		
др. д-зы	6	87,0		
Синдром	49	85,1		
Психопатоподобный	10	84,8	6,567	< 0,001
Кататонический	13	68,1		
Неврозоподобный	11	92,4		
Гиперкинетический	6	96,8		
Другие	9	93,1		
Тип течения	51	83,3		
Вялотекущая	22	91,0	6,158	0,004
Непрерывная	3	59,7		
Приступообразно-прогрессивная	26	79,4		
Прогрессивность	27	78,7		
Злокачественная	7	60,1	8,584	0,002
Малопрогрессивная	14	85,2		
Среднепрогрессивная	6	85,0		
Возраст начала заболевания	60	83,5		
до 3 лет	33	80,3	1,811	0,156
3-7 лет	11	79,3		
7-10 лет	5	95,2		
после 10 лет	11	92,0		

^a F-статистика однофакторного дисперсионного анализа; ^б значимость различий между диагностическими группами, оцененная с помощью однофакторного дисперсионного анализа

Фактор диагноза. Проведенная оценка не выявила значимой связи уровня интеллекта с различными диагнозами больных ($p=0,117$). Множественное сравнение также не показало значимых различий между диагностическими группами. Самый низкий ОИП – в подгруппе F20 (ОИП=70,0); самый высокий – в подгруппе F21 (ОИП=89,6).

Фактор синдрома. Обнаружена значимая связь выделенных ведущих синдромов и уровня интеллекта ($p<0,001$). Наиболее высокие показатели ОИП – при гиперкинетическом (96,8) и неврозоподобном (92,4) синдромах; самый низкий ОИП – при кататоническом синдроме (68,1). Множественные сравнения показали, что различия обусловлены преимущественно кататоническим синдромом – значимые различия получены только между: кататоническим и неврозоподобным ($p=0,002$), кататоническим и гиперкинетическим ($p=0,003$), кататоническим и другими ($p=0,003$). При сравнении с КГ отличия обнаружены значимые различия по

всем синдромам, кроме гиперкинетического (нет различий по всем 3-м показателям) и неврозоподобного по ВИП.

Фактор типа течения. Обнаружена значимая связь типов течения заболевания и уровня интеллекта ($p=0,004$). Наиболее высокий показатель ОИП наблюдается в случае вялотекущей шизофрении (91,0); наиболее низкий ОИП – при непрерывном типе течения (59,7). Множественные сравнения показали значимые различия в уровне ОИП лишь между вялотекущим и непрерывными типами течения ($p=0,010$). Сравнение с нормой показывает значимые различия по всем типам течения.

Фактор прогрессивности. Обнаружена значимая связь прогрессивности и уровня интеллекта ($p=0,002$). Наиболее высокие показатели ОИП наблюдаются при мало- (85,2) и среднепрогрессивной (85,0); наиболее низкий ОИП – при злокачественной форме (60,1). Множественные сравнения показали значимые различия в уровне ОИП лишь между злокачественной и малопрогрессивной ($p=0,002$), злокачественной и среднепрогрессивной ($p=0,010$). Сравнение с нормой показывает значимые различия по всем степеням прогрессивности.

Возраст начала заболевания. Оценка линейной зависимости между уровнем ОИП и ВНЗ показывает наличие значимой, но не сильной связи: $R^2=0,068$ ($p=0,045$), т. е. лишь около 7,8% изменчивости ОИП обусловлено возрастом начала заболевания.

Заключение

Проведенное исследование позволило сделать следующие обобщения относительно уровня когнитивного развития/дефекта у детей и подростков при шизофрении.

1. Сравнение КГ и диагностических подгрупп ЭГ по уровню интеллекта показывает, что имеются значимые различия между КГ и всеми основными диагностическими подгруппами ЭГ, это проявляется в разном распределении уровней интеллекта (в КГ – только средний и высокий) и наличии пациентов с уровнем интеллектуального дефекта в клинических подгруппах ЭГ.

2. В клинических подгруппах разных видов расстройств круга шизофрении отмечается выраженная диссоциация показателей ВИП и НИП по сравнению с группой нормы и группой «другие диагнозы».

3. Клинические факторы по-разному связаны с уровнем интеллекта больных эндогенной психической патологией:

- ведущий кататонический и психопатоподобный синдромы связаны с наиболее низкими показателями интеллекта;
- ведущие гиперкинетический и неврозоподобный синдромы в наименьшей степени связаны со снижением уровня интеллекта, больные с этими нарушениями имеют самый высокий уровень интеллекта в ЭГ;
- прогрессивность заболевания прямо связана со снижением интеллектуальных показателей;
- в наименьшей степени на уровне интеллекта сказываются вялотекущие формы заболевания, в наибольшей – непрерывно текущие формы расстройств круга шизофрении.

4. Возраст начала заболевания имеет значение, по-видимому, для самых тяжелых форм болезни, а также в сочетании с другими клиническими факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1989. — 256 с.
2. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. — М.: Медицина, 1971. —

128 с.

3. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. - М.: Академия. 2013. – 272 с.

4. Зверева Н.В., Строгова С.Е. Подход к оценке когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2013 (13), № 2. - С. 94-100.

5. Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1 (24). – С. 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 27.04.2015).

6. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – М.: Питер, 2006. – 416 с.

7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей).- М.: Медицина, 1979. – 608 с.

8. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами // Автореф. дис....канд. психол. наук. – СПб, 2010. – 26 с.

9. Симашкова Н.В. Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И. Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра // Психиатрия, 2010, № 6 (48). - С. 5-16.

10. Строгова С.Е. Психометрический метод в оценке видов когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков // Вестник Южно-Уральского федерального университета, 2014, т. 7, вып.4. – С. 37-42.

11. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (Детский вариант): методическое руководство.– СПб.: ИМАТОН, 2011. – 106 с.

12. Шевченко Ю.С. (ред.) Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – С.384-411.

S. Strogova¹, N. Zvereva^{1,2}, A. Khromov^{1,2}, N. Simashkova¹

PSYCHOMETRIC ASSESSMENTS OF INTELLECTUAL DEFECT AT DIFFERENT VARIANTS OF CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA

Mental Heath Research Center¹, Moscow City University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. This article made the attempt to analyze the relationship of cognitive defect with a number of clinical factors (diagnosis, leading syndrome, type of flow, a progredience, age of onset of the disease) in children and adolescents with different forms of schizophrenia. The presence of cognitive defect was assessed by the level of intelligence on the basis of Verbal, Performance and General scales of Wechsler intelligence test (WISC): the distribution of the level of intelligence, the dissociation of Verbal / Performance intelligence, the relationship with clinical factors. It is shown that among the clinical factors greatest relationship with the level of intelligence have leading syndrome, a type of flow, and a progredience. Cognitive (intellectual) defect is mostly associated with a diagnosis of "schizophrenia, children's type", with a leading catatonic syndrome, with a continuous flow type, and malignant form of the disease. The smallest contribution to the reduction of intellectual level is made by hyperkinetic and neurotic syndromes, sluggish form of schizophrenia, low progredience form of the disease and late onset.

Key words: cognitive defect, schizophrenia in childhood and adolescence.

В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова
ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
СВОЙСТВ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова» (Москва).

Резюме: Интернет-зависимое поведение – вариант нехимической аддикции, где объектом зависимости становится определенный поведенческий паттерн, связанный с негармоничным использованием ресурсов Интернета. Подростки являются наиболее уязвимой группой для возникновения интернет-зависимого поведения в силу возрастной незрелости личности и неустойчивости ее структуры. Проведено сплошное невыборочное исследование 1084 подростков (средний возраст по выборке – 15,56), из которых 4,25% были диагностированы как интернет-зависимые и 29,33% как злоупотребляющие Интернетом. Был составлен личностный профиль интернет-зависимого подростка и выявлены психологические факторы риска возникновения интернет-зависимости: эмоциональная неустойчивость, снижение способности к саморегуляции и самоконтролю, низкий уровень эмоциональной и социальной компетентности.

Ключевые слова: интернет-зависимость, интернет-зависимое поведение у подростков, психологические факторы риска, индивидуально- психологические черты, свойства характера.

Введение. Современное общество невозможно представить без высоких технологий, в частности, без Интернета. Интернет является мощным средовым фактором, под влиянием которого происходит формирование личности современных подростков. Именно пользователи данной возрастной группы являются наиболее активными в интернет-пространстве. Вместе с тем, дети и подростки наиболее уязвимы для разного рода негативных воздействий в силу возрастной незрелости личности и неустойчивости ее структуры [3]. Сверхувлеченность интернет-ресурсами часто происходит именно в этом возрасте, что нередко приводит к нарушениям социальной адаптации: конфликтам в семье и школе, проблемам в общении со сверстниками, общей инфантилизации [1, 12]. Привлекательность деятельности в Интернете для подростков обусловлена рядом возможностей, которые предоставляет киберпространство: 1) возможность иметь собственный интимный мир, к которому нет доступа никому, кроме самого подростка; 2) возможность избегать ответственности за происходящее; 3) возможность ощущать реалистичность процессов и полностью абстрагироваться от окружающего мира; 4) возможность исправить любую ошибку путем многократных попыток; 5) возможность самостоятельно принимать любые решения (например, в рамках игровой деятельности); 6) снижение рисков общения [1]. Интернет-среда - само по себе очень многоликое и гибкое пространство, которое можно сформировать под себя и выбрать наиболее привлекательную деятельность в Сети.

В свое время был широко разработан вопрос о выявлении индивидуально-психологических предпосылок формирования зависимого поведения от психоактивных веществ. Исследователи стремились выявить и описать «зависимый тип личности» [4, 7, 9]. Исследования по выявлению профиля личности, специфичного для формирования интернет-аддикции, ведутся сравнительно недавно. Первые попытки выявления индивидуальных черт, ассоциированных с интернет-зависимым поведением, были реализованы в 1998 г. К. Young и R.C. Rodgers [23]. Следующие личностные черты различные исследователи связывают с интернет-

зависимым поведением: шизоидные тенденции [11], интроверсия и чувство одиночества [13], агрессивность и враждебность [13, 14, 19, 21], поиск острых ощущений [14, 21], снижение самоконтроля и нарциссические черты личности [19], низкая самооценка [20], нейротизм [21], низкий эмоциональный интеллект [22], низкая самооэффективность в реальной жизни по сравнению с высокой самооэффективностью в виртуальной жизни. Отечественные исследователи Р.Ф. Теперик, М.А. Жукова обозначили связь интернет-зависимости с алекситимией и уровнем эмпатических способностей [10]. А.Ю. Егоров отмечает низкую самооценку и наличие симптомов депрессии среди интернет-зависимых [2]. О.В. Литвиненко, В.Ю. Рыбников, В.А. Юренкова связывают компьютерную игровую зависимость с высоким уровнем ситуационной тревожности, психического напряжения, суммарного отклонения от аутогенной нормы, а также снижением работоспособности и вегетативного коэффициента [5, 8].

Несмотря на неоспоримую теоретическую и практическую значимость данных исследований, работы, проведенные на ранних этапах разработки проблемы интернет-зависимости, подвергаются всесторонней критике. Это связано, в первую очередь, с отсутствием единого диагностического подхода, использованием внутренне несогласованных опросных методик. Так, например, в работах J.B. Gray, N.D. Gray [17] приводятся данные о том, что тест К. Янг, который долгое время был единственным диагностическим инструментом для определения Интернет-зависимости, недостаточно валиден и его внутренняя согласованность оценок редко достигает приемлемой альфы Кронбаха. Среди других недостатков проведенных исследований отмечают также опору исключительно на испытуемых-волонтеров, отсутствие контрольных групп, малочисленность выборки [1].

Цель исследования: изучение индивидуально-психологических особенностей подростков с интернет-зависимым поведением.

Материалы и методы: Сплошное невыборочное исследование старших школьников проводилось на базе шести средних образовательных учреждений г. Москвы и Подмосковья. В исследовании приняли участие 1084 подростка – ученики старших классов, из них 436 девушек (40,2%), 648 юношей (59,8%). Возраст испытуемых от 14 до 17 лет. Основу выборки (80%) составили подростки 15-16 лет, соответственно 40% и 40%. Средний возраст по выборке – 15,56 (SD=0,81 лет). Критерием включения в исследование являлся факт наличия дома доступа в Интернет.

В соответствии с критериями формирования исследовательских групп, были выделены три группы: группа интернет-зависимых, группа злоупотребляющих Интернетом, контрольная группа.

Таким образом, группу интернет-зависимых составили 46 человек (4,25% от общей выборки), из них 25 юношей (54,3%) и 21 девушка (45,7%). Средний возраст испытуемых: $15,7 \pm 0,87$. Средний стаж пользования Интернетом $4,7 \pm 2,9$ лет. Среднее время в день, проводимое в Сети, $6,32 \pm 2,31$ часов, в неделю – $38,65 \pm 15,6$ часов.

Группу злоупотребляющих Интернетом составили 318 человек (29,33% от общей выборки), из них 185 юношей (55%) и 133 девушки (45%). Средний возраст испытуемых: $15,53 \pm 0,81$. Средний стаж использования Интернета $4,77 \pm 2,13$ лет. Среднее время в день, проводимое в Сети, $3,89 \pm 2,26$ часов, в неделю – $24,26 \pm 15,41$ часов.

Контрольную группу составили 105 человек, из них 54 юноши (51,43%) и 51 девушка (48,57%). Средний возраст испытуемых $15,66 \pm 0,75$. Средний стаж использования Интернета $4,4 \pm 2,127$ года. Среднее время в день, проводимое в Сети, $1,92 \pm 0,953$ часов, в неделю – $11,89 \pm 7,54$ часов.

Для реализации цели и задач исследования использовались следующие **методы**: клинико-психологический и экспериментально-психологический. Клинико-психологический метод включал полуструктурированное интервью. Анкета участника исследования (В.Л. Малыгин, К.А. Феклисов, Е.А. Смирнова, Н.С. Хомерики) была разработана для оценки параметров интернет-зависимого поведения. Экспериментально-психологический метод представлен следующими методиками и техниками:

- Тест Chen Internet addiction Scale-CIAS в адаптации К.А. Феклисова, В.Л. Малыгина.
- Опросник Кеттелла HSPQ для описания структуры личности исследуемых на уровне индивидуальных черт и диспозиций.
- Модифицированный патохарактерологический опросник (МПДО) С.И. Подмазина с целью исследования типов акцентуаций характера и типов психопатий.
- Методика исследования социального интеллекта Гилфорда (адаптация Е.С. Михайловой).

Результаты.

Изучение индивидуально-психологических черт интернет-зависимых подростков с помощью опросника Кеттелла HSPQ выявило, что в группе подростков с выраженным проблемным использованием Интернета статистически значимы различия по показателям возбудимости-уравновешенности - фактор D ($p=0,014$, $p<0,05$) и способности к самоконтролю и организованности - фактор Q3 ($p=0,046$, $p<0,05$). На уровне тенденций можно выделить различия по показателям общей фрустрированности-расслабленности - фактор Q4 ($p=0,066$) (Таб. 1).

Таблица 1.

Особенности индивидуально-психологических черт интернет-зависимых подростков по данным опросника Кеттелла HSPQ.

№	Характерологическая черта		Интернет-зависимые подростки (n=46)		Контрольная группа (n=105)		Значимость различий
	+	-	M	SD	M	SD	
1.D	Возбудимость	Флегматичность	6,33	±0,649	4,72	±0,292	$p1-p3=0,014$
Q2.	Высокий самоконтроль Организованность	Низкий самоконтроль Импульсивность	4,48	±0,481	5,75	±0,327	$p1-p3=0,046$
Q3.	Фрустрированность Напряженность	Нефрустрированность Расслабленность	5,81	±0,661	4,39	±0,391	$p1-p3=0,066$

Таким образом, интернет-зависимые подростки, характеризуются большей импульсивностью, сверхактивностью на слабые провоцирующие стимулы по сравнению с контрольной группой. Их отличают беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, а также трудности самоконтроля в поведении и эмоциях. Подростки с интернет-зависимостью склонны тревожиться, находится в состоянии постоянного напряжения. Их эмоциональную сферу можно описать как нестабильную, неустойчивую с преобладанием пониженного настроения.

Сравнительный анализ показателей по шкалам акцентуаций личности (методика МПДО) в группах интернет-зависимых и подростков контрольной группы выявил, что в группе подростков, демонстрирующих интернет-зависимое поведение, статистически значимы более высокие показатели по всем типам акцентуаций (кроме гипертимного типа) (Таб. 2).

Следовательно, повышение характерологических черт, стремящееся к уровню акцентуации (выраженность дизадаптивных черт) является фактором, ассоциированным с формированием интернет-зависимого поведения.

Таблица 2.

Усредненные показатели выраженности акцентуированных черт характера у интернет-зависимых подростков (опросник МПДО)

Типы психопатий и акцентуаций	Интернет-зависимые подростки (n=46)		Контрольная Группа (n=105)		Значимость полученных различий
	M	SD	M	SD	
Гипертимный	7,35	±0,452	6,82	±0,298	p1-p3= 0,359
Циклоидный	5,8	±0,412	4,44	±0,198	p1-p3=0,007
Лабильный	7,08	±0,404	5,57	±0,241	p1-p3=0,001
Астеноневротический	5,05	±0,493	3,26	±0,226	p1-p3=0,001
Сенситивный	5,5	±0,425	3,99	±0,242	p1-p3=0,002
Тревожно-педантический	5,38	±0,414	4,44	±0,242	p1-p3=0,041
Интровертированный	5,65	±0,498	4,12	±0,237	p1-p3=0,01
Возбудимый	6,43	±0,457	4,57	±0,228	p1-p3=0,001
Демонстративный	6,5	±0,343	5,54	±0,233	p1-p3=0,027
Неустойчивый	5,78	±0,432	3,76	±0,227	p1-p3=0,000

Качественный анализ исследуемых групп позволил наметить характер специфики патохарактерологического профиля интернет-зависимых подростков (Таб. 3). С учетом минимальных диагностических значений акцентуаций, а также правил подсчета в каждой из групп были выявлены подростки, у которых значения патохарактерологических черт достигали уровня акцентуаций. Результаты представлены в процентах в табл. 3.

Таким образом, подростки с интернет-зависимым поведением раздражительны, склонны к аффективным вспышкам. Внешне они могут выглядеть бледными, ослабленными, что усиливается тем фактом, что данная группа подростков проводит существенно больше времени за компьютером, чем подростки контрольной группы. Им трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты — эта неспособность нередко тяжело переживается, быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя, недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. Интернет-зависимые подростки испытывают трудности самоконтроля и саморегуляции, а эти навыки особенно важны при планировании эффективной деятельности в Интернете, поскольку необходимо сопротивляться гиперстимулирующей интернет-среде.

Примечательно, что у 48,11% подростков контрольной группы характерологические черты не достигают уровня акцентуаций, в то время как среди интернет-зависимых подростков акцентуированные черты характера выявляются в 84% случаев, что дает основание полагать, что формирование интернет-зависимости

связано не столько со специфическими характерологическими особенностями, сколько с выраженностью дизадаптивных личностных черт.

Таблица 3.

Распространенность акцентуированных черт характера среди интернет-зависимых (опросник МПДО)

Типы психопатий и акцентуаций	Интернет-зависимые подростки (%)	Контрольная группа (%)
Гипертимный	6,38	13,21
Циклоидный	2,38	0,94
Лабильный	8,5	5,66
Астеноневротический	6,38	0
Сенситивный	4,25	2,83
Тревожно-педантический	2,38	1,89
Интровертированный	8,5	0
Возбудимый	12,76	0,94
Демонстративный	14,89	11,32
Неустойчивый	4,25	0,94
Не доходит до уровня акцентуации	16	48,11
Не достоверны результаты согласно контрольной шкале	15,04	14,15

Сравнительный анализ показателей эмоционального интеллекта подростков с интернет-зависимым поведением и подростков контрольной группы выявил статистически значимые различия по следующим показателям: Общий интегральный показатель эмоционального интеллекта ($p=0,0042$), Секция А «Измерение восприятия лиц» ($p=0,002$), Секция Е «Измерение восприятия картинок» ($p=0,02$). Различия по шкалам Секции D «Управление своими эмоциями» и Секции Н «Способность управления эмоциями других людей» также стремятся к статистической достоверности ($p=0,08$ и $0,05$ соответственно) (табл. 4).

Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что у интернет-зависимых подростков показатели эмоционального интеллекта снижены в сравнении с подростками контрольной группы. Они хуже идентифицируют собственные эмоции, испытывают затруднение в эмоциональной самоорганизации, обнаруживают сложности эмоционального контакта с окружающими. Способность идентифицировать эмоции является базовым фактором, лежащим в основании иерархической структуры эмоционального интеллекта. Его нарушение в группе интернет-зависимых подростков говорит о нарушениях, возникших на ранних этапах его формирования, что обуславливает особенности формирования более поздних навыков, таких как управление эмоциями и общее снижение эмоциональной компетентности.

Таблица 4.

Показатели эмоционального интеллекта у интернет-зависимых подростков по данным теста MSCEIT

Компоненты/ Общий показатель	Секции	Интернет-зависимые подростки (n=46)		Контрольная группа (n=105)		Значимость различий
		M	SD	M	SD	
Идентификация эмоций	Секция А - восприятие лиц	6,92	±1,61	7,58	±1,40	p1-p3=0,002
	Секция Е - восприятие картинок	12,16	±1,99	12,79	±1,98	p1-p3=0,027
Использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности	Секции В - способность ассимилировать свой опыт, описывать свои чувства к определенному человеку	4,51	±0,85	4,54	±0,85	p1-p3=0,834
	Секция F - способность описать свои эмоц. состояния.	5,28	±1,08	5,47	±1,10	p1-p3=0,24
Понимание и анализ эмоций.	Секция С – понимание протекания эмоций во времени	8,11	±1,47	8,33	±1,51	p1-p3=0,322
	Секция G – способность различать смешанные и сложные чувства.	4,79	±1,04	4,89	±1,01	p1-p3=0,52
Сознательное управление эмоциями	Секция D - управление своими эмоциями.	5,09	±0,80	5,29	±0,801	p1-p3=0,089
	Секция H - управление эмоциями других людей.	2,36	±0,61	2,52	±0,59	p1-p3=0,05
Общий показатель		49,24	±4,98	51,42	±5,44	p1-p3=0,004

Исследование социального интеллекта интернет-зависимых подростков как совокупности способностей, определяющих успешность общения и социальной адаптации, а также объединяющей и регулирующей познавательные процессы, связанные с отражением социальных объектов, выявило статистически значимое снижение в экспериментальной группе общих показателей социального интеллекта, а так же показателей субтеста «Вербальная экспрессия» (таб. 5).

Таким образом, можно говорить о том, что интернет-зависимые подростки испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, а также хуже распознают различные смыслы, которые принимают одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Данные результаты, вероятно, связаны с особенностями протекания коммуникативной деятельности в Интернете, которая в первую очередь характеризуется физической непредставленностью партнеров. Как следствие этого факта теряют значение невербальные средства общения, утрачивается пласт мета-коммуникаций, связанный не только с экспрессивностью поведения, но и с чувствительностью к тонкостям вербального интонирования, способностью различать скрытые смыслы сообщений

Таблица 5.

Показатели эмоционального интеллекта у интернет-зависимых подростков по данным теста Гилфорда «Социальный интеллект»

Субтесты/Общий показатель	Интернет-зависимые подростки (n=46)		Контрольная Группа (n=105)		Значимость полученных различий
	М	SD	М	SD	
Субтест 1 «Истории с завершением»	7,55	±0,606	8,18	±0,341	p1-p3=0,413
Субтест 2 «Группы экспрессии»	5,55	±0,496	6,77	±0,291	p1-p3=0,781
Субтест 3 «Вербальная экспрессия»	5,77	±0,759	7,98	±0,390	p1-p3=0,027
Субтест 4 «Истории с дополнением»	4,91	±0,667	5,09	±0,281	p1-p3=0,596
Единая композитная оценка	24,05	±1,759	27,67	±0,872	p1-p3=0,053

В результате корреляционного анализа выявлено, что общий показатель интернет-зависимости статистически значимо положительно коррелирует с показателями опросника Р. Кеттелла (рис. 1): с эмоциональной неустойчивостью (фактор С), робостью в поведении и межличностных отношениях (фактор Н), низкой способностью к самоконтролю и организованности (фактор Q3), с возбудимостью (фактор D), склонностью к чувству вины (фактор О), с общей фрустрированностью (фактор Q4).

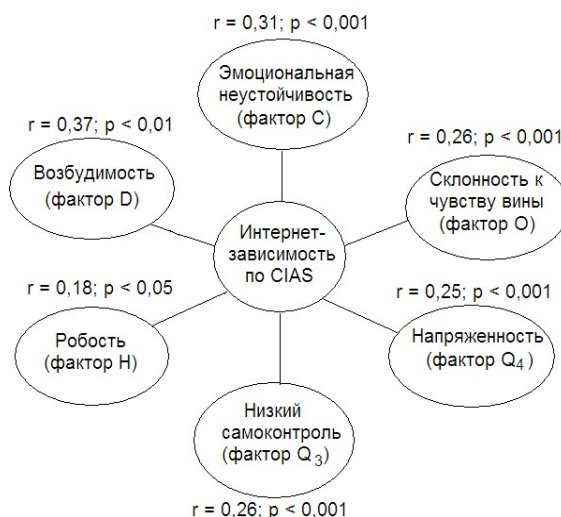


Рис. 1. Взаимосвязи индивидуально-психологических свойств интернет-зависимых подростков (данные теста Кеттелла) и показателей выраженности интернет-зависимости (данные теста Чена).

Проведенный в дальнейшем дискриминантный анализ позволил оценить наиболее информативные признаки, определяющие вероятность попадания подростков группы риска в группу интернет-зависимых или здоровых подростков (Таб. 6). В качестве группирующего фактора (переменной) использовался фактор наличия или отсутствия интернет-зависимого поведения у подростков. Факторы по методике Кеттелла, типы акцентуаций (МПДО), субтесты по методике Гилфорда и показате-

ли шкал эмоционального интеллекта (всего 38 показателей) считались независимыми переменными. Информативность признаков оценивали по F-критерию Фишера.

Результаты дискриминантного анализа показали, что для определения вероятности попадания подростка в группу интернет-зависимых или здоровых подростков необходимо оценить 8 признаков: субтест 4, фактор G, показатели по интровертированному типу акцентуации, фактору E, фактору O, субтесту 1, фактору Q4, фактору D. Вероятность правильного распознавания в этом случае составила 90%.

Таблица 6.

Значимые факторы риска формирования интернет-зависимости у подростков по данным дискриминантного анализа

Наименование признака	Лямбда Уилкса	Уровень значимости
Прогнозирование ситуации: субтест 4 – «Истории с дополнением»	,381	,004
Фактор G «Нормативность поведения»	,189	,001
Акцентуация х-ра по интровертированному типу	,077	,000
Фактор E «Подчиненность-Доминантность»	,031	,000
Фактор O «Спокойствие-Тревожность»	,008	,000
Прогнозирование ситуации: субтест1- «Истории с завершением»	,003	,000
Фактор Q4 «Расслабленность - Напряженность»	,001	,000
Фактор D «Флегматичность-Возбудимость»	,001	,002

При проведении анализа были получены коэффициенты дискриминантных функций (таб. 7). Из таблицы видно, что наибольший вклад в вероятность формирования интернет-зависимости вносят показатели уровня интроверсии, нормативности поведения (фактора G) и способности распознавания структуры межличностных ситуаций в динамике (субтест 4).

Таблица 7.

Коэффициенты канонической дискриминантной функции

	Функция
	1
Акцентуация х-ра по интровертированному типу	6,790
Фактор D «Флегматичность-Возбудимость»	-1,240
Фактор E «Подчиненность-Доминантность»	3,921
Фактор G «Нормативность поведения»	-10,288
Фактор O «Спокойствие-Тревожность»	3,575
Фактор Q4 «Расслабленность - Напряженность»	1,123
Прогнозирование ситуации: субтест1 «Истории с завершением»	-1,472
Прогнозирование ситуации: субтест4 «Истории с дополнением»	13,724
(Константа)	-67,761

Таким образом, чем выше уровень интроверсии и чем ниже способность к распознаванию структуры социальных ситуаций, а также чем ниже нормативность поведения подростка, тем большая вероятность попадания в группу интернет-зависимых.

Обсуждение результатов. Таким образом, исследование выявило, что индивидуально-психологические свойства подростков с интернет-зависимым поведением отличаются снижением регуляторно-волевой сферы, в частности повышенной импульсивностью, сверхактивностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них

свойственны беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, трудность самоконтроля как над своим поведением, так и над своими эмоциями, склонность к аффективному реагированию, и повышенной личностной фрустрированности. Особенности характерологических черт интернет-зависимых подростков проявляются повышением профиля по всем типам, кроме гипертимного, что дает основание полагать, что формирование интернет-зависимости связано не столько со специфическими характерологическими особенностями, сколько с выраженностью дизадаптивных личностных черт. Обращает на себя внимание то, что социальная компетентность интернет-зависимых подростков достоверно ниже, чем у подростков контрольной группы. Интернет-зависимые подростки хуже распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Эмоциональный интеллект как система навыков идентифицировать и понимать эмоции, использовать их для повышения эффективности общения также значимо снижен у подростков с интернет-зависимым поведением, что препятствует построению близких межличностных отношений и способствует компенсаторному использованию подростками Интернета для удовлетворения потребностей, фрустрированных в реальной жизни. Наиболее значимыми индивидуально-психологическими факторами риска возникновения интернет-зависимости у подростков являются повышенная возбудимость, сниженный самоконтроль, эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревожности, склонность к интроверсии, а также недостаточная развитость социального и эмоционального интеллекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал – 2004 – Т.25 – № 1. – С. 90-100.
2. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков – 2005 (5), № 2. – С. 20-27.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
4. Личко А.Е. Подростковая наркология: руководство для врачей / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – Л. : Медицина, 1991. – 301 с.
5. Литвиненко О.В. Психологические детерминанты компьютерной игровой зависимости и особенности ее профилактики. Автореферат дисс.. канд. психол. наук. - СПб., 2008. – 20 с.
6. Малыгин В.Л. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика. – М.: Мнемозина, 2010. – 136 с.
7. Пятницкая И.Н. Наркомании / И.Н. Пятницкая. - М.: Медицина, 1994. – 541 с.
8. Рыбников В. Ю. Распространенность компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса / В.Ю. Рыбников, О.В. Литвиненко, В.А. Юренкова // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 72–76.
9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 1996. – № 4. – С. 59-67.
10. Теперик Р.Ф. Особенности общения Интернет-зависимых пользователей / Р.Ф. Теперик, М.А. Жукова // Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития /под ред. А.Е. Войскунского. – М., 2009 – С. 165-187.
11. Allison S.E. The development of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games/ S. E. Allison, von L. Wahlde, T. Shockley, G.O. Gabbard// The

American Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 163 (3). – P. 381–385.

12. Baruch Y. The autistic society // Information & Management – 2001. – Vol. 38 – № 3. – P.129.

13. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory – based cognitive-behavioral measurement instrument / S.E. Caplan // Computers in Human Behavior. – 2002, – Vol.18. – № 5. – P. 553-575.

14. Chiu S.I. (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan/ S.I. Chiu, J.Z. Lee, D.H. Huang // Cyber Psychology and Behavior. – 2004. - Vol. 7(5). – P. 571–581.

15. Chen S.-H., Weng L.-J., Su Y.-J., Wu H.-M., Yang P.-F. Development of a Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study // Chinese Journal of Psychology. – 2003. – Vol. 45 – N. 3. – P. 279-294.

16. Griffiths M.D. Избыточное применение Интернета: онлайновое аддиктивное поведение // Интернет-зависимость. Психологическая природа и динамика развития / сост. и ред. А.Е. Войскунский. – М.: Акрополь, 2009. – С. 253-256.

17. Griffiths M.D. Internet addiction - time to be taken seriously? // Addiction Research. 2000. - Oct. - V. 8. - N. 5. - P. 413-419.

18. Gray J.B. The web of internet dependency: Search results for the mental health professional / J.B. Gray, N.D. Gray // International Journal of Mental Health and Addiction. – 2006. – Vol. 4 (4). – P. 307-318.

19. Kim K. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey / K. Kim, E. Ryu, M.-Y. Chon et al. // International Journal of Nursing Studies. – 2006. – Vol. 43. – P. 185-192.

20. Ko C.H. Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents / C.H. Ko, J.Y. Yen, C.C. Chen, S.H. Chen, C.F. Yen // The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2005. – Vol. 193. – P. 728-733.

21. Mehroof M. Online gaming addiction: the role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety / M. Mehroof, M.D. Griffiths // Cyber Psychology and Behavior. – 2010. – Vol. 13 (3). – P. 313–316

22. Parker J.D. Problem gambling in adolescence: relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence / J.D. Parker, R.N. Taylor, J.M. Eastbrook, S.L. Schell, L.M. Wood // Personality and Individual Differences. – 2008. – Vol. 45. – P. 174–180.

23. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // Cyber Psychology and Behavior – 1998b. – Vol. 1. – P. 237-244.

V.L. Malygin, N.S. Khomeriki, Yu.A. Merkurieva, A.S. Iskandirova
INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS
AS RISK FACTORS OF INTERNET-DEPENDENT BEHAVIOR

Summary. Internet-addiction is a variant of non-chemical addiction, where the object of addiction is a certain behavior pattern associated with inharmonious use of the Internet. Adolescents are the most vulnerable group for the emergence of Internet-dependent behavior due to the immaturity and instability of personality structure. 1084 adolescents took part in our non-selective study (mean age of the sample - 15.56), 4.25% were diagnosed as Internet addicts, and 29.33% abusing the Internet. A psychological profile of Internet-dependent adolescents was identified; psychological risk factors for Internet addiction are: emotional instability, reduced ability to self-regulation and self-control, low level of emotional and social competence.

Key words: *internet addiction, internet-addictive behavior among adolescents, psychological risk factors, individual psychological traits, character qualities.*

А.А. Шмакова, И.Н. Отман, Л.В. Андросова
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Приведены результаты клинко- иммунологического обследования школьников с психическими заболеваниями (97 больных). Иммунологические показатели: активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), альфа1-протеиназного ингибитора, титры аутоантител к антигенам - S-100B и основному белку миелина сопоставлены с теми же данными в группе контроля (64 человека). Наиболее информативным, ассоциированным с нарушениями психического состояния у амбулаторных пациентов показателем оказалась ферментативная активность ЛЭ. Выявлена статистически значимая положительная корреляция между тяжестью психопатологических нарушений и активностью ЛЭ, последняя может быть предложена в качестве маркера утяжеления состояния пациентов.

Ключевые слова: психические заболевания, лейкоцитарная эластаза, аутоантитела, протеиназный ингибитор, дети, подростки.

Введение. Современными иммунологическими исследованиями показано, что активация специфического и неспецифического иммунитета сопровождает течение различных психических расстройств у детей и подростков [3, 4, 6, 7, 9, 13]. Уровень активации иммунных факторов коррелирует с остротой, тяжестью, прогрессивностью психических нарушений [4, 9, 12, 14], что позволило предыдущим исследователям использовать иммунологические показатели для прогнозирования тяжести заболеваний [12], их дифференциальной диагностики [15], оценки эффективности лечения [6, 8, 10].

У детей с психическими расстройствами в острых состояниях, на этапах манифестации или обострения психопатологической симптоматики выявляется повышенный уровень маркеров врожденного иммунитета - ферментативной активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональной активности альфа1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ) [4, 6, 9, 12].

При развитии воспалительных реакций нейтрофилы крови (важнейшие клеточные элементы врожденного иммунитета, участвующие в реализации воспаления и фагоцитоза) направляются к очагу инфекции или деструкции ткани по градиенту концентрации хемотаксических факторов, адгезируются на сосудистых эндотелиальных клетках и выбрасывают из своих азурофильных гранул во внеклеточное пространство цитотоксические соединения, ряд протеолитических ферментов, в том числе и ЛЭ. ЛЭ - высокоактивная сериновая протеаза, расщепляющая эластин и коллаген базальных мембран эндотелия сосудов, фибриноген и фибрин, белки плазмы крови, иммуноглобулины, факторы коагуляции, компоненты комплемента, другие соединения. При патологическом процессе в мозге ЛЭ способна нарушать проницаемость гемато-энцефалического барьера [16, 17]. α 1-ПИ – белок острой фазы воспаления, который синтезируется в печени и способствует ограничению протеолитической активности ЛЭ. Патологический процесс в мозге может быть связан также с активацией приобретенного иммунитета, следствием чего является повышение уровня сывороточных аутоантител к нейроантигенам [1, 4, 5, 9, 12, 14].

В большинстве предыдущих исследований сопоставлялись клинические и иммунологические данные у детей с психическими нарушениями на этапах экза-

цербации, проходивших обследование в стационарах. Анализ же иммунологических маркеров у амбулаторного контингента детей и подростков с хроническими психическими расстройствами уделялось меньшее внимание. Актуальность таких исследований определяется постоянным повышением роли внебольничного звена помощи лицам с психическими расстройствами.

В связи с этим **целью данной работы** явилось исследование роли иммунных реакций у детей и подростков с хроническими психическими заболеваниями вне обострения, а также поиск маркеров эксацербации психопатологической симптоматики.

Материал и методы. Клинически и иммунологически обследованы несовершеннолетние, наблюдавшиеся психиатром по поводу различных психических заболеваний, посещавшие коррекционную VIII вида школу № 532 г. Москвы. Родители (опекуны) школьников дали информированное согласие на проведение исследования. **Исключались** больные с острыми инфекционными, аутоиммунными заболеваниями, а также дети в поствакцинальном периоде. Основную группу составили 97 школьников (74 мальчика и 23 девочки) от 8 до 17,5 лет ($12,7 \pm 2,5$ года). По нозологическому принципу все они были распределены на 5 групп в соответствии с критериями МКБ-10 (табл. 1).

Таблица 1.

Нозологическое и поло-возрастное распределение больных

Нозологические группы	Всего	Мальчики	Девочки	8-12 лет	13-17,5 лет
1. Легкая умственная отсталость (УО) резидуально-органического генеза. (F 70. ^{xx})	42	33	9	21	21
2. Умеренная УО резидуально-органического генеза (F 71. ^{xx})	7	5	2	1	6
3. УО, вследствие уточненных хромосомных нарушений. (F 70. ^{x4} ; F 71. ^{x4} ; F 72. ^{x4})	24	16	8	15	9
4. Эндогенные процессуальные расстройства со снижением интеллекта (процессуальный аутизм, детская шизофрения). (F 84.02; F 84.11; F 20.8 ^{xx3})	13	13	0	9	4
5. Эпилепсия со снижением интеллекта (F 07.82)	11	7	4	3	8
ВСЕГО	97	74	23	49	48

Начало психических нарушений у всех обследованных можно было отнести к возрасту до 4 лет жизни. Длительность заболевания составляла от 7 до 17 лет ($12,3 \pm 2,5$ года). Расстройства вследствие раннего органического поражения ЦНС обуславливались перинатальными вредностями или экзогенными факторами (внутриутробной гипоксией, инфекционными заболеваниями (сифилисом) матери в период беременности, внутриутробной алкогольной и наркотической интоксикацией, асфиксией в родах и др., родовыми травмами), у одного больного – перенесенным в 1 год и 10 мес. менингитом; эндогенные процессуальные заболевания диагностировали в возрасте от 1 года до 3 лет, эпилепсию – от 8 мес. до 4 лет.

Степень тяжести клинической картины оценивалась по шкале CGI-S (общее клиническое впечатление - тяжесть). Баллы по шкале CGI-S от «0» до «2» и «6», «7» у пациентов отсутствовали, т. к. дети с пограничными психическими расстройства-

ми (баллы от «0» до «2») обучались в массовых учреждениях, а пациенты с тяжелыми расстройствами (баллы «6» и «7») находились дома или в стационаре. По уровню интеллекта, оцененного методикой Векслера, пациенты распределились на школьников с легкой умственной отсталостью (УО) – 50 человек (общий интеллектуальный показатель (ОИП) $62,18 \pm 5,0$ баллов); умеренной УО – 42 человека (ОИП $44,95 \pm 3,67$ баллов); тяжелой УО – 5 человек (ОИП $26,8 \pm 6,98$ баллов).

Все больные на момент обследования находились в состоянии относительной стабилизации психопатологических нарушений (безмедикаментозной - 78 человек (80,4%) и медикаментозной - 19 человек (19,6%). Они регулярно посещали занятия, удерживались в коллективе сверстников, амбулаторно наблюдались психиатром вспомогательной школы. 19 несовершеннолетних (19,6%) получали поддерживающее лечение: противосудорожные препараты - 11 детей (10 с эпилепсией и 1 с аутизмом, осложненным судорожными состояниями); нейролептики - 2 пациента с процессуальным аутизмом и 6 с умственной отсталостью, осложненной выраженными нарушениями поведения (психопатоподобным синдромом).

Контрольную группу составили 64 соматически и психически здоровых школьника (44 мальчика, 20 девочек) от 6 до 16 лет ($10,0 \pm 3,0$ года), осмотренных психиатром в ходе плановой диспансеризации в детской городской поликлинике № 38 г. Москвы при наличии согласия родителей.

В сыворотке крови изучались следующие иммунологические показатели: ферментативная активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ); функциональная активность $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ); уровень аутоантител (аАТ) к нейроспецифическим антигенам - S-100B и основному белку миелина (ОБМ). Энзиматическую активность ЛЭ определяли ферментативным спектрофотометрическим методом и оценивали в нмоль/мин*мл [2], функциональную активность $\alpha 1$ -ПИ определяли спектрофотометрическим методом и оценивали в ингибиторных единицах/мл (ИЕ/мл) [11]. Для определения уровня аАТ к S-100B и аАТ к ОБМ использовали иммуноферментный анализ [7]. Титр антител к этим антигенам оценивали в единицах оптической плотности (ед. опт. пл.).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью непараметрического статистического программного обеспечения Statistica-7 (для Windows, StatSoft., Inc, США). Межгрупповые различия определяли с использованием теста Манна-Уитни. Для оценки клинко-иммунологических связей использовали коэффициент корреляции по Spearman (далее - r). Данные в таблицах и тексте представлены в виде медианы - M [25-й перцентиль; 75-й перцентиль]. Использовали уровень достоверности: $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В табл. 2 представлены результаты исследования иммунологических показателей у детей и подростков с хроническими психическими расстройствами вне обострения (названия нозологических групп соответствуют приведенным в табл. 1).

Самая многочисленная 1-я группа обследованных с легкой УО резидуально – органического генеза характеризовалась достоверным повышением как функциональной активности $\alpha 1$ -ПИ ($p < 0,0001$), так и уровня аАТ к S-100B ($p < 0,0001$) и к ОБМ ($p < 0,01$) по отношению к контрольным показателям. Активность ЛЭ в данной группе статистически не отличалась от контроля. Выявлена отрицательная корреляция между активностью ЛЭ и функциональной активностью $\alpha 1$ -ПИ ($r = -0,36$, $p = 0,02$). Положительная корреляционная связь выявлена между уровнем аАТ к S-100B и к ОБМ ($r = 0,63$, $p = 0,00001$).

Детальный анализ первой нозологической группы выявил значительную ее гетерогенность по иммунологическим показателям: в нее вошли как пациенты с

показателями, приближенными к нормальным, так и пациенты со значительным повышением иммунологических факторов. В связи с вышеизложенным данная группа была подразделена на две подгруппы: 1-я подгруппа – с «нормальными» значениями иммунологических показателей – включала пациентов, активность ЛЭ и уровень аутоантител к нейроантигенам которых были в пределах контрольных значений (12 человек); 2-я подгруппа – с повышенными значениями иммунологических показателей - 30 человек, имевших показатели, превышающие значение 75-ого перцентиля в контрольной группе.

Таблица 2.

Иммунологические показатели в нозологических группах больных и в контрольной группе (медиана - М [25-й; 75-й перцентиль])

Нозологические группы обследованных	п (человек)	ЛЭ, нмоль/мин*мл	α 1-ПИ, ИЕ/мл	аАТ- S-100В, ед.опт. плотн.	аАТ- ОБМ, ед.опт. плотн.
1.F 70.^{xx}	42	220,8 [196,0;257,5]	40,3**** [37,0; 43,7]	0,78**** [0,70; 0,86]	0,74** [0,61; 0,89]
А) с нормативными показателями ЛЭ и аАТ	12	203,0 [192,0;221,8]	39,6** [37,95;45,6]	0,68 [0,64; 0,75]	0,62 [0,53; 0,71]
Б) с повышенными показателями ЛЭ и аАТ	30	240,3* [198,7;261,4]	40,4*** [36,6; 43,4]	0,83**** [0,72;0,91]	0,79**** [0,65;0,90]
2.F 71.^{xx}	7	290,3**** [272,2;317,1]	40,3* [36,8;47,8]	0,70 [0,58; 0,80]	0,61 [0,58; 0,69]
3.F 70.^{x4}; F 71.^{x4}; F 72.^{x4}	24	235,3* [203,6;250,6]	42,3**** [39,5;47,2]	0,67 [0,59;0,78]	0,61 [0,52;0,79]
4.F 84.02; F 84.11; F 20.8^{xx3}	13	254,9*** [226,8;270,6]	43,3**** [39,6;47,0]	0,70 [0,67;0,76]	0,68 [0,60;0,83]
5.F 07.82	11	196,6 [181,4;249,7]	41,6* [34,3;42,7]	0,72 [0,66;0,84]	0,57 [0,48;0,68]
Контрольная группа	64	217,2 [194,4; 233,3]	34,8 [31,4; 39,4]	0,69 [0,58; 0,78]	0,64 [0,53; 0,72]

Примечание: достоверные различия с контрольной группой: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$, ****- $p < 0,0001$.

Активность ЛЭ оказалась повышенной у 9 пациентов из 30 (30%), у 14 пациентов (46,7%) были повышены аАТ и у 7 школьников (23,3%) – одновременно повышена активность ЛЭ и уровень аутоантител.

Функциональная активность α 1-ПИ в этих двух подгруппах не отличалась между собой, но достоверно отличалась от контрольных показателей. По активности ЛЭ и по уровню аАТ к S-100В и ОБМ подгруппы из 12 и 30 человек достоверно отличались друг от друга ($p < 0,05$; $p < 0,001$; $p < 0,01$, соответственно).

Клинически пациенты с повышением активности ЛЭ и уровня аутоантител характеризовались большей тяжестью психопатологических нарушений, они де-

монстрировали признаки текущих расстройств органического генеза: остаточные явления ДЦП, стойкий энкопрез и энурез, церебрастенические симптомы, психопатоподобные нарушения поведения. Наряду с имевшимся легким интеллектуальным недоразвитием у них, по-видимому, сохранялась активность органического патологического процесса, инициированного повреждающим воздействием экзогенных факторов в периоде внутриутробного и раннего развития. Аутоиммунный компонент, возможно, также был обусловлен снижением компенсаторных возможностей нервной системы этих пациентов.

Во 2-й группе детей с умеренной УО резидуально-органического генеза выявлено достоверное повышение как активности ЛЭ ($p < 0,0001$), так и функциональной активности $\alpha 1$ -ПИ ($p < 0,05$) по сравнению с контрольными показателями. Активность ЛЭ у детей с умеренной УО резидуально-органического генеза достоверно отличалась и от всех остальных изучаемых нозологических групп ($p < 0,0001$, $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,01$, соответственно от 1-й, 3-й, 4-й и 5-й). При этом уровень аутоантител не отличался от контрольных показателей.

Повышение активности факторов, ассоциированных с воспалительными реакциями (ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ), у пациентов 2-й группы было, очевидно, обусловлено сохранением активности патобиологических процессов в мозге. Психопатологические расстройства этих больных хотя и характеризовались относительной клинической стабильностью, позволявшей обходиться без стационарирования, клинически проявлялись подострой симптоматикой в виде субкомпенсированного психоорганического синдрома, неврозоподобных нарушений (энуреза, энкопреза), аффективных колебаний, гипердинамического синдрома и др. Вместе с тем, отсутствие аутоиммунных реакций в этой группе свидетельствовало об относительной стабильности патологических процессов в головном мозге. Так как генез заболевания имел раннее начало и значительную длительность (перинатальное либо раннее органическое поражение ЦНС), иммунологические механизмы, возможно, были вовлечены в патогенез расстройств на всем их протяжении.

Незначительное повышение активности ЛЭ ($p < 0,05$) и статистически значимое повышение $\alpha 1$ -ПИ ($p < 0,0001$), а также нормальный уровень аАТ к нейроспецифическим антигенам в 3-й группе обследованных с УО, обусловленной хромосомными нарушениями, объяснялось, по-видимому, тем, что психические расстройства у этих больных обуславливались не органическим поражением мозга, а хромосомными аномалиями, что исключало одну из причин активизации иммунной системы – тканевое повреждение. Клиническое состояние этих школьников характеризовалось относительной стабильностью расстройств; эволютивным характером динамики нарушений; повышением, по мере взросления, адаптационных возможностей организма.

У больных с эндогенными процессуальными расстройствами (далее - ЭПР) (4-я группа) выявлено значительное повышение активности ЛЭ ($p < 0,001$) и $\alpha 1$ -ПИ ($p < 0,0001$) и не выявлено повышения уровня аАТ к нейроспецифическим антигенам, что в целом, возможно, свидетельствовало о меньшей тяжести патологических процессов в мозге пациентов с ЭПР и, по-видимому, большем вкладе в патогенез ЭПР функциональных расстройств. Напомним, что все больные с ранней детской шизофренией и эндогенным аутизмом находились в относительно стабильном состоянии, вне обострения психопатологических нарушений, только 2 из 13 школьников получали поддерживающее лечение нейрорептиками.

5-я группа больных с эпилепсией характеризовалась нормальным уровнем активности ЛЭ и незначительным повышением функциональной активности $\alpha 1$ -ПИ ($p < 0,05$).

Далее был проведен анализ взаимосвязи исследованных иммунологических показателей с выраженностью психопатологических расстройств (табл. 3). Пациенты были разделены на три подгруппы в зависимости от выраженности психопатологических расстройств по шкале CGI-S.

Таблица 3.

Иммунологические показатели у пациентов с различной тяжестью психопатологических расстройств, оцененной по шкале CGI-S (медиана - М [25-й; 75-й процентиль])

Тяжесть расстройств (по шкале CGI-S)	n (чел.)	ЛЭ, нмоль/мин*мл	α 1-ПИ, ИЕ/мл	аАТ- S-100, ед.опт.плотн	аАТ-ОБМ, ед.опт.плотн.
Легкие	28	191 [179,3; 200,4]	42,5**** [38,8;47,2]	0,75* [0,64;0,84]	0,66 [0,55;0,84]
Умеренные	55	244,1**** [220,3;265,9]	40,1**** [37,4;43,8]	0,73** [0,65;0,88]	0,65 [0,58;0,83]
Выраженные	14	283,6**** [262,7; 290,3]	40,9*** [36,8;45,3]	0,68 [0,61;0,79]	0,69 [0,56;0,80]
Контрольная группа	64	217,2 [194,4; 233,3]	34,8 [31,4; 39,4]	0,69 [0,59; 0,78]	0,64 [0,53; 0,72]

Примечание. Достоверные различия с контрольной группой: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$, **** - $p < 0,0001$.

Как видно из табл. 3, максимальное повышение активности ЛЭ обнаруживалось у пациентов с выраженными расстройствами. По активности ЛЭ эта подгруппа отличалась как от контроля, так и от обследованных с умеренными ($p < 0,01$) и легкими расстройствами ($p < 0,001$). У школьников с легкими нарушениями активность ЛЭ находилась в пределах контрольных значений и статистически отличалась от умеренных и выраженных расстройств ($p < 0,0001$; $p < 0,001$, соответственно).

Полученные данные подтверждают предыдущие исследования [3] и свидетельствуют, что активность ЛЭ может служить маркером тяжести психического заболевания. При анализе всей выборки больных выявлена положительная корреляция между активностью ЛЭ и тяжестью психопатологических нарушений ($r = 0,65$; $p < 0,00001$).

Во всех подгруппах, сформированных в зависимости от тяжести, было отмечено достоверное повышение функциональной активности α 1-ПИ по сравнению с контролем.

Не выявлено достоверного повышения среднего уровня аутоантител в выделенных подгруппах, однако в каждой подгруппе были пациенты с уровнем аутоантител, превышающим значения 75-ого перцентиля в контрольной группе. У 13 пациентов из 28 (46%) с легкими и у 21 пациента из 55 (38%) с умеренными расстройствами выявлен достоверно высокий уровень аАТ к S-100B ($p < 0,05$ и $p < 0,01$, соответственно) по сравнению с контролем, что могло свидетельствовать о тяжести патологических процессов у этих больных.

Статистический анализ не выявил корреляционных связей между уровнем интеллектуального недоразвития и иммунологическими показателями. Клинические наблюдения подтвердили, что тяжесть клинического состояния по шкале

CGI-S и уровень интеллектуального недоразвития не всегда соотносимы друг с другом. Так, в проведенном исследовании среди пациентов с легкой УО были больные с выраженными расстройствами поведения, психоорганическим синдромом; а в подгруппе пациентов с умеренной умственной отсталостью имелись вполне адаптированные школьники с «легкой имбецильностью», которые отличались хорошо развитыми навыками самообслуживания и бытовыми умениями, свободно общались, были клинически компенсированы в рамках имевшегося у них умеренного нарушения интеллекта. Косвенно эти данные подтверждались гетерогенностью обследованных групп по иммунологическим показателям

Выводы. Выявлена вовлеченность иммунных механизмов в патогенез психических заболеваний у детей и подростков, наблюдающихся амбулаторно, находящихся вне обострения психопатологических расстройств. Наиболее информативным иммунным показателем, ассоциированным с нарушениями психического состояния у амбулаторных больных, оказалась ферментативная активность ЛЭ, являющаяся маркером дегрануляции нейтрофилов. Выявлена статистически значимая корреляция между выраженностью психопатологических расстройств и активностью ЛЭ, что, вероятно, позволяет использовать данный иммунологический фактор с целью выделения пациентов группы риска по эксацербации и утяжелению амбулаторных психопатологических нарушений. Все иммунологические показатели, проанализированные в настоящем исследовании, имеют значительную индивидуальную вариативность, поэтому при исследованиях амбулаторного контингента больных должны оцениваться в рамках индивидуальной динамики у каждого конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова Н.В., Дмитриева И.Б., Черневская Е.А. Диагностическая значимость белка S-100 при критических состояниях // Общая реаниматология. – 2011. - Т. VII. - № 6. - С. 72-76.
2. Доценко В.Л., Нешкова Е.А., Яровая Г.А. Выявление лейкоцитарной эластазы человека из комплекса с плазменным α 1-протеиназным ингибитором по ее энзиматической активности с синтетическим субстратом // Вопросы медицинской химии. – 1994. - Т. 40. - Вып. 3. – С. 20-25.
3. Каримова Х.М., Намазова-Баранова Л.С., Мамедьяров А.М., Турти Т.В., Ключник Т.П. Некоторые иммунологические показатели у детей с задержкой психомоторного развития вследствие перинатального поражения центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза // Педиатрическая фармакология. - 2011. - Т.8. - № 2. - С. 57-63.
4. Ключник Т.П., Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Коваль-Зайцев А.А. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2011. - Т. 111. - Вып. 8. – С. 41-45.
5. Ключник Т.П., Брусов О.С., Бурбаева Г.Ш., Коляскина Г.И. Современный взгляд на основные патогенетические гипотезы шизофрении // Психиатрия. - 2010. - № 1 (43). - С.7-13.
6. Ключник Т.П., Калинина М.А., Сарманова З.В., Отман И.Н., Козловская Г.В. Динамика иммунологических и клинических показателей при детской шизофрении в процессе лечения // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2009. - Т. 109. – Вып. 6. - С. 46-49.
7. Ключник Т.П., Сергиенко Н.С., Даниловская Е.В., Горюнова А.В., Маслова О.И. Аутоантитела к фактору роста нервов при нарушениях психического развития детей раннего возраста // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1999. - Т. 99. - Вып. 6. - С. 44-47.

8. Ключник Т.П., Сирыченко Т.М., Брусов О.С., Сарманова З.В., Отман И.Н., Дупин А.М., Соколов Р.Е. Поиск предикторов эффективности антипсихотической терапии шизофрении по иммунологическим показателям сыворотки крови // Журн. Неврол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. – 2008. - Т. 108. - Вып. 1. - С. 31-35.
9. Ключник Т.П., Сирыченко Т.М., Сарманова З.В., Отман И.Н., Дупин А.М. Иммунологические реакции при различных формах психической патологии // Журн. Неврол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. – 2009. - Т. 109. - Вып. 4. - С. 55-58.
10. Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Семке А.В. Иммунологические критерии прогноза эффективности антипсихотической терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2013. - № 1 (76). - С. 66-70.
11. Нартикова В.Ф., Пасхина Т.С. Унифицированный метод определения активности альфа-1-антитрипсина и альфа-2-макроглобулина в сыворотке (плазме) крови человека // Вопросы медицинской химии. - 1979. - Т. 25. - Вып. 4. - С. 494 - 499.
12. Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А. Мультидисциплинарный клиничко-биологический подход к изучению психотических форм расстройств аутистического спектра у детей // Журн. неврол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. - 2013. - Т. 113. - № 5 (вып. 2). - С. 35-42.
13. Щербакова И.В., Калинина М.А., Козловская Г.В., Хачатрян Л.Г., Краснолобова С.А., Сарманова З.В., Отман И.Н., Ключник Т.П. Иммунный статус детей с психическим дизонтогенезом // Психиатрия. - 2007. - № 5(29). - С. 60-63.
14. Щербакова И.В., Козловская Г.В., Калинина М.А., Ключник Т.П. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей высокого риска возникновения шизофрении и больных шизофренией детей // Журн. неврол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. – 2005. - Т. 105. - Вып. 11. - С. 45-49.
15. Щербакова И.В., Сирыченко Т.М., Мазаева Н.А., Краснолобова С.А., Лидеман Р.Р., Ключник Т.П. Сопоставление некоторых показателей врожденного и приобретенного иммунитета при разных формах течения шизофрении // Журн. неврол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. – 2003. - Т. 103. - Вып. 8. - С. 69-72.
16. Armao D., Kornfeld M., Estrade E.Y., Grossetete M., Rosrnberg G.A. Neutral proteases and disruption of the blood-brain barrier in rat // Brain Research. - 1997. - V. 767. - № 2. - P. 259-264.
17. Temesvari P., Abraham C.S., Gellen J. Jr., Speer C.P., Kovacs J., Megyeri P. Elastase given intracisternally opens blood-brain barrier in newborn piglets // Biol. Neonate. – 1995. - V. 67. - № 1. - P. 59-63.

A.A. Shmakova, I.N. Othman, L.V. Androsova

IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN SERUM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL ILLNESSES OUT OF EXACERBATION

Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Centre» (Moscow).

Summary: The results of clinical and immunological examination of patients with mental illness (97 persons). Immunological parameters: activity of leukocyte elastase (LE), alpha 1-proteinase inhibitor, titers of autoantibodies to antigens - S-100B and myelin basic protein; compared with the same data in the control group (64 persons). The most informative indicator associated with impaired mental status in outpatients, turned indicator enzyme activity LE. A statistically significant positive correlation between the severity of psychopathological disorders and LE activity. Activity LE can be proposed as a marker of exacerbation of mental disorders of the patients.

Keywords: mental illnesses, leukocyte elastase, autoantibodies, proteinase inhibitor, children, adolescents.

ТРАДИЦИОННЫЕ ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В РОССИИ (СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД)

Московский государственный гуманитарный университет им.
М.А. Шолохова (Москва).

Резюме. Восприятие традиционных ценностей семейного воспитания помогает формированию ценностей семьи в обществе, возможной корректировке отношения к современному воспитанию в семье, которая рассматривается в исследовании как социальная микросреда, воплощение культурных традиций, источник формирования ценностно-смыслового опыта ребенка. Историко-педагогический анализ семейных ценностей позволяет проследить пути и направления, по которым в настоящее время создается единое образовательное (воспитательное) пространство, новая система воспитания. Концептуальные идеи в данной области являются основанием при разработке новых положений педагогической теории и практики.

Ключевые слова: ценность, традиции семейного воспитания, моральные ценности, милосердие, великодушие, хозяйственность, трудолюбие, добропорядочность, совесть, чувство долга, социально значимые и индивидуально-личностные качества, семья.

Анализируя отечественную систему воспитания, известный русский историк В.О. Ключевский отмечал, что начальной образовательной школой был дом, семья. Ребенок воспитывался той нравственной атмосферой, которой он дышал, впитывал в себя сведения, взгляды, чувства, привычки. На это и был рассчитан порядок домашней жизни. «Все здесь было обдумано и испытано, выдержано, размерено и разграничено, каждая вещь положена на свое место, каждое слово логически определено и нравственно взвешено, каждый шаг разучен как танцевальное па, каждый поступок предусмотрен и подсказан» [3, с. 228].

Рассказывание сказок и семейное чтение были обязательным элементом семейного воспитания в России XIX века, настолько устойчивой традицией, что эта традиция семейного воспитания сохраняется и в современных российских семьях. Можно вполне определенно говорить об этой традиции как чисто русской. В Западной Европе культуры семейного чтения, рассказывания сказок на ночь практически не существовало. Именно это чтение и рассказывание позволяло формировать особый, русский менталитет человека, не очень понимаемого на Западе. Именно здесь рождается «русская душа» Татьяны Лариной, Наташи Ростовской и ее братьев, Маши Троекурова, Маши Мироновой и Петра Гринёва и многих других молодых героев русской классической литературы. Русские народные сказки известны с детства каждому русскому человеку независимо от классовой и сословной принадлежности: «Репка», «Колобок», «Гуси-Лебеди», «Сивка-Бурка», «Царевна-Лягушка», «Иван-Царевич и Серый Волк». В них одобряются верность, мужество и стойкость в испытаниях, коллективизм, милосердие, кротость, щедрость, любовь к родному краю, к семье.

Что извлекали дети из сказок? Какие уроки получали?

- Почему в сказке «Колобок» дед и баба одни остались? - Не рождали себе детей.
- Ушел Колобок самовольно, покинул стариков – и что с ним случилось? Как надо поступать? - Не оставляй стариков.
- Что в конце концов нашел Колобок в своих странствиях вдали от родных людей? - Смерть.
- В чем ошибка Колобка? - В оставлении родных пределов без благословения родителей.

В сказке «Гуси-Лебеди» – предупреждение о реально существующих опасностях: если тебе маленького доверили – смотри за ним, не отвлекайся, выполняй

наказы родителей неукоснительно. Исправление ошибок, совершенных по легкомыслию и безответственности, дорого обходится, сопряжено с огромными трудностями и испытаниями.

Моральные ценности русского человека отчетливо просматриваются и в литературных сказках писателей XIX века: А.С. Пушкина, П.П. Ершова, С.Т. Аксакова, в малороссийских «страшных» сказках Н.В. Гоголя. Отношение к писателям, деятелям культуры как к духовидцам, прорицателям, пусть и приглушенно, сохранилось в национальном менталитете до сих пор.

В «Сказке о мертвой царевне и о семи богатырях» А.С. Пушкина душа девушки незлобивая, нрав кроткий.

«Но царевна молодая,
Тихомолком расцветая,
Между тем росла, росла,
Поднялась — и расцвела,
Белолица, черноброва,
Нраву кроткого такого.
И жених сыскался ей,
Королевич Елисей».

Отмечается милосердие как ценность на все времена:

«Спорить нечего. С царевной

Вот Чернавка в лес пошла

И в такую даль свела,

Что царевна догадалась,

И до смерти испугалась,

И взмолилась: «Жизнь моя!

В чем, скажи, виновна я?

Не губи меня, девица!

А как буду я царица,

Я пожалую тебя».

Та, в душе ее любя,

Не убила, не связала,

Отпустила и сказала:

«Не кручинься, Бог с тобой».

Одобрается зрелость ума юной девицы, ее трудолюбие:

«Видит девица, что тут

Люди добрые живут;

Знать, не будет ей обидно!

Никого меж тем не видно.

Дом царевна обошла,

Все порядком убрала,

Засветила Богу свечку,

Затопила жарко печку,

На полати взобралась

И тихонько улеглась».

Великодушные со стороны хозяев:

«Старший молвил: «Что за диво!

Все так чисто и красиво.

Кто-то терем прибирал

Да хозяев поджидал.

Кто же? Выдь и покажися,

С нами честно подружися.

Коль ты старый человек,

Дядей будешь нам навек.
 Коли парень ты румяный,
 Братец будешь нам названный.
 Коля старушка, будь нам мать,
 Так и станем величать.
 Коли красная девица,
 Будь нам милая сестрица».

Приветствуются такие ценности, как скромность, застенчивость (столь редкие в наши дни):

«И царевна к ним сошла,
 Честь хозяям отдала,
 В пояс низко поклонилась;
 Закрасневшись, извинилась,
 Что-де в гости к ним зашла,
 Хоть звана и не была.
 Вмиг по речи те спознали,
 Что царевну принимали;
 Усадили в уголок,
 Подносили пирожок;
 Рюмку полную наливали,
 На подносе подавали.
 От зеленого вина
 Отрекалася она;
 Пирожок лишь разломил,
 Да кусочек прикусила,
 И с дороги отдыхать
 Отпросилась на кровать.
 Отвели они девицу
 Вверх во светлую светлицу
 И оставили одну,
 Отходящую ко сну».

Отмечаются хозяйственность, трудолюбие, добропорядочность:

«А хозяйшкой она
 В терему меж тем одна
 Приберет и приготовит.
 Им она не прекословит,
 Не перечут ей они.
 Так идут за днями дни».
 Такт, осознание чувства долга, верность:
 «Ой, вы, молодцы честные,
 Братцы вы мои родные, —
 Им царевна говорит, —
 Коли лгу, пусть Бог велит
 Не сойти живой мне с места.
 Как мне быть? ведь я невеста.
 Для меня вы все равны,
 Все удалы, все умны,
 Всех я вас люблю сердечно;
 Но другому я навечно
 Отдана. Мне всех милей
 Королевич Елисей».

Бережное отношение к ближнему:

«Нами ты была любима
И для милого хранима —
Не досталась никому,
Только гробу одному».

Неизбежность наказания за совершенное зло, награда – за добро. При этом одобряется незлобивость – зло наказывается, но не самой потерпевшей:

«Злая мачеха, вскочив,
Об пол зеркальце разбив,
В двери прямо побежала
И царевну повстречала.
Тут ее тоска взяла,
И царица умерла.
Лишь ее похоронили,
Свадьбу тотчас учинили,
И с невестою своей

Обвенчался Елисей...» [4, с. 9-23]

В сказках А.С. Пушкина «Жених» (1825), «Сказка о царе Салтане, о сыне его славном и могучем богатыре князе Гвидоне Салтановиче и о прекрасной царевне Лебеди» (1831), «Сказка о мертвой царевне и о семи богатырях» (1833), «Сказка о рыбаке и рыбке» (1833), «Сказка о золотом петушке» (1834) утверждаются исконные семейные ценности, вершится высшая справедливость.

Православная педагогика требовала от ребенка полного послушания родителям, учителю, всем старшим, не говоря уже о послушании духовному отцу, поскольку эта добродетель считается наивысшей среди других, как залог послушания Богу, выше молитвы и поста. Подтверждением этого является сказка П.П. Ершова «Конек-Горбунок» (1834):

«Подошел к нему отец,
Говорит ему: «Послушай,
Побегай в дозор, Ванюша.
Я куплю тебе лубков,
Дам гороху и бобов».
Тут Иван с печи слезает,
Малахай свой надевает,
Хлеб за пазуху кладет,
Караул держать идет».

Одобряется безусловная честность:

«Наш Иван воров настиг.
Братья, то есть, испугались,
Зачесались и замялись.
А Иван им стал кричать:
«Стыдно, братья, воровать!
Хоть Ивана вы умнее,
Да Иван-то вас честнее:

Он у вас коней не крал».

Не одобряется «заедание чужого века»:

«Месяц вскрикнул: «Ах, злодей!

Вздумал в семьдесят жениться

На молоденькой девице!»

Одобряется жалость к страданию живого существа:

«Тут Иван опять сказал:

«Есть еще к тебе прошение,

То о китовом прощенье...

Есть, вишь, море; чудо-кит
 Поперек его лежит:
 Все бока его изрыты,
 Частоколы в ребра вбиты...»
 Одобряется справедливое наказание и возможное помилование:
 «Он, бедняк, меня просал,
 Чтобы я тебя спрошал:
 Скоро ль кончится мученье?
 Чем сыскать ему прощенье?
 И на что он тут лежит?»
 Месяц ясный говорит:
 «Он за то несет мученье,
 Что без Божия веленья
 Проглотил среди морей
 Три десятка кораблей.
 Если даст он им свободу,
 Снимет Бог с него невзгоду,
 Вмиг все раны заживит,
 Долгим веком наградит.» [2, с.117-129].

Написанная живым разговорным, народным языком сказка о Коньке-Горбунке любима детьми вот уже около двухсот лет.

Ф.М. Достоевский сформулировал гениальную по прозорливости, хотя и парадоксальную на первый взгляд мысль о том, что человек совсем не благоразумное существо, стремящееся к счастью, а существо иррациональное, имеющее потребность в страдании, которое и есть причина возникновения человеческого сознания. Другими словами, очеловечивание, одухотворение возможно лишь через страдание. В сказке С.Т. Аксакова «Аленький цветочек» («Сказка ключницы Пелагеи»), 1858

г., только духовное начало могло позволить любить, не замечая внешности чудовища. Девушка не остается у отца, так как она верна суженому: «Если я моему господину доброму и ласковому за все его милости и любовь горячую, несказанную заплачу его смертью лютою, то не буду я стоять того, чтобы мне на белом свете жить, и стоит меня тогда отдать диким зверям на растерзание.» И отец ее, честной купец, похвалил ее за такие речи хорошие, и было положено, чтобы до срока ровно за час воротилась к зверю лесному, чуду морскому дочь хорошая, пригожая, меньшая, любимая» [1, с. 21].

Совесть выступает мерилем всех жизненных ценностей в русской литературе.

«Полюбила ты меня, красавица ненаглядная, в образе чудища безобразного, за мою добрую душу и любовь к тебе; полюби же меня теперь в образе человеческого, будь моей невестой желанною. Злая волшебница прогневалась на моего родителя покойного, короля славного и могучего, украдала меня, еще малолетнего, и сатанинским колдовством своим, силой нечистою, оборотила меня в чудище страшное и наложила таковое заклятие, чтобы жить мне в таковом виде безобразном, противном и страшном для всякого человека, для всякой твари Божией, пока найдется красная девица, какого бы роду и званья ни была она, и полюбит меня в образе страшилища, и пожелает быть моей женой законною, — и тогда колдовство все покончится, и стану я опять по-прежнему человеком молодым и пригожим. И жил я таковым страшилищем и пугалом ровно тридцать лет, и залучал я в мой дворец заколдованный одиннадцать девиц красных, ты была двенадцатая. Ни одна не полюбила меня за мои ласки и угождения, за мою душу добрую. Ты одна полюбила меня, чудище противное и безобразное, за мои ласки и угождения, за мою душу добрую, за любовь мою к тебе несказанную, и будешь ты за то женою короля славного, королевую в царстве могучем.»

Тогда все тому подивились, свита до земли преклонила. Честной купец дал свое благословение дочери меньшей, любимой, и молодому принцу-королевичу» [1, с.31].

Аленький цветочек выступает символом любви супружеской. Пришла девица в пору невесты – понадобился неведомый «цветочек аленький», а сорвать его можно только в виде подарка свадебного, приготовленного для невесты. Нельзя брать дары, не отдавая ничего взамен, за все приходится платить – и за прихоть глупую, и за легкомыслие, и за материальное благополучие, и за «приручение» любого существа, хотя бы и чудища заморского. Эта сказка – об ответственности, об обязательствах взрослого человека, которые должен он выполнять несмотря ни на какие отговорки и обстоятельства, о чувстве долга как главном моральном качестве зрелой личности. И дело не только в том, что пренебрежение долгом может стоить жизни тех, кто тебе дорог – отца, жениха, невозможно жить с осознанием своего предательства. И есть еще один смысл символа «аленький цветочек», смутно понимаемый взрослыми, отчетливо трактуемый психоаналитиками – как символ любви взрослой, не девичьей, к которой и тянется юная девица, и страшится. Владеющий аленьким цветком суженый может оказаться и чудовищем, и прекрасным королевичем. И во многом то, кем он окажется, зависит в конце концов и от самой юной девы, от ее зрелости, ума, чуткости, доброты, такта, внимательности, милосердия, способности понять и принять другого не за внешние данные, а за душу незлобивую и сердце кроткое. В конечном счете, речь в сказке идет об утверждении исконных семейных ценностей, востребованных во все времена.

Семья – начало всех начал, тот воспитательный институт, где закладываются основы всесторонне развитой личности, та эмоционально значимая сфера жизни и деятельности ребенка, в которой формируются его социально значимые и индивидуально-личностные качества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксаков С.Т. Аленький цветочек. – М.: Советская Россия, 1982. – 32 с.
2. Ершов П.П. Конек-Горбунок // Ершов П.П. Стихотворения. – Ленинград: Советский писатель, 1976. – 335 с.
3. Ключевский В.О. Сочинения: В 9 т. Т.9. Материалы разных лет // Два воспитания / Под ред. В.Л. Янина. Послесл. и коммент. Р.А. Киреевой. – М.: Мысль, 1990. – 525 с.
4. Пушкин А.С. Сказка о мертвой царевне и о семи богатырях. – М.: Белый город, 1997. – 24 с.

N.A. Ilchevskaya

THE TRADITIONAL VALUES OF FAMILY EDUCATION IN RUSSIAN (MODERN LOOK)

Sholokhov's Moscow State University for the Humanities. (Russia, Moscow).

Summary. The perception of the traditional values of family education helps the formation of family values in society and possible adjustment of the relationship to modern education in the family, which is seen as a social microenvironment, the embodiment of cultural traditions, the source of the formation of value-semantic experience of the child. Historical and pedagogical analysis of family values allows us to follow the path and directions, which is currently being established common educational (educational) space, the new system of education. Conceptual ideas in this field are the basis of the development of the new provisions of pedagogical theory and practice.

Keywords: values, traditions of family education, moral values, charity, generosity, domesticity, thrift, integrity, conscience, sense of duty, and socially significant and personally individual qualities, family.

**ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ,
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ**

**Т.А. Куприянова, Е.В. Корень, М.С. Гармаш, М.Т. Датуашвили
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКРИНИНГ-ОПРОСНИКА
ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ
У ШКОЛЬНИКОВ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).**

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии» МЗ РФ (Москва).**

Резюме. В статье приводится оценка эффективности алгоритма проведения скрининговой диагностики нарушений поведения у детей школьного возраста с использованием опросника, разработанного Н.К. Сухотиной. Для выявления детей из группы риска формирования расстройств поведения проведено сплошное обследование 200 учащихся (1-8 классы), с применением «Шкалы оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10» (версия для учителей) и оценочной шкалы «Степень интегрированности детей в среде сверстников» (1 этап) с последующей клинической верификацией врачом-психиатром (2 этап). На клиническом этапе при осмотре детей из группы риска психиатром в 75% случаях диагноз расстройства поведения был подтвержден, что показывает достаточную эффективность применения скрининг-диагностики, в том числе до обращения к психиатру, для выявления детей со стойкими и выраженными поведенческими нарушениями на начальных стадиях и определения тактики полипрофессиональной помощи им.

Ключевые слова: дети, расстройства поведения, скрининг-диагностика, полипрофессиональное обследование.

Расстройства поведения являются одной из широко распространенных форм психической патологии у детей и подростков, формирование которой в значительной степени определяется влиянием возрастного фактора (незрелость личности ребенка), однако из-за сложностей определения и разграничения точных данных об их распространенности нет [1, 4, 9]. Исследования, проведенные в разных странах, показывают большой разброс частоты данного расстройства – от 2% до 8% (чаще встречается у мальчиков), причем в последние десятилетия отмечена тенденция к ее увеличению [4, 7, 8, 10, 16].

Помимо реальных причин, приводящих к росту данной психической патологии среди детей, существуют общие закономерности, обусловленные тем, что между нормой и патологией существует большое число переходных форм, которые могут рассматриваться в качестве легких или субклинических вариантов данного нарушения, также требующих выявления и клинической оценки как выходящих за рамки соответствующих возрасту социальных норм и сопровождающихся более или менее выраженными нарушениями адаптации ребенка в значимых для него сферах социального функционирования [1, 2, 5, 8, 9, 15, 17].

Разработка эффективных программ ранней диагностики нарушений поведения в детско-подростковом возрасте с учетом их широкой распространенности и неблагоприятных социальных последствий является одним из приоритетов развития психопрофилактического направления в детской психиатрии, основывающегося на своевременной, включая донозологическую, диагностике отклонений в

развитии и социальной адаптации детей и подростков, и позволяет существенным образом улучшить результаты лечебно-коррекционных вмешательств и клинко-социальный прогноз [3, 6, 8, 13].

Дети и подростки с нарушениями поведения составляют значительную часть детско-подросткового контингента, попадающего на прием к психиатру, в связи с чем скрининг–диагностика данного расстройства представляется чрезвычайно важной, так как позволяет не только выявлять детей с различными вариантами данного нарушения, часто еще до обращения к психиатру, но и оказывать им необходимую помощь на более ранних сроках расстройства [6, 12, 14].

Кроме того, учитывая значение комплексного подхода к решению проблем психического здоровья детей и подростков, возможность применения психологами, учителями, а иногда – и родителями, диагностических шкал и опросников нарушений поведения на первичном этапе позволяет охватить большое число детей, что способствует повышению эффективности оказываемой консультативной и медико-реабилитационной помощи [3, 4, 7, 9].

Целью настоящего исследования явилась разработка и оценка эффективности алгоритма проведения скрининговой диагностики нарушений поведения у детей школьного возраста с использованием опросника, разработанного Н.К. Сухоиной [11], для выявления детей из группы риска формирования расстройств поведения.

Материал и методы. Проведено сплошное обследование 200 учащихся с 1-го по 8-й классы включительно одной из общеобразовательных школ Юго-Западного округа г. Москвы (2012–2013 гг.). Возраст детей составил от 7 лет до 15 лет, в среднем $11,2 \pm 4,5$. Мальчиков было 113 человек (56,6%), девочек – 87 человек (43,5%).

Исследование проводилось в два этапа:

- на 1-м этапе при помощи оценочных шкал школьный психолог или педагог проводили сплошной массовый скрининг;
- на 2-м этапе психиатр проводил клиническое обследование тех детей, у которых при доврачебном скрининге была выявлена высокая вероятность наличия одного из вариантов расстройств поведения.

Первый этап – доклиническая скрининг-диагностика

Для выявления нарушений поведения на 1-м этапе была использована «Шкала оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10» (версия для учителей), предназначенная для балльной оценки расстройств поведения. Кроме того, дополнительно для каждого ребенка была применена оценочная шкала - «Степень интегрированности детей в среде сверстников» [11]. Шкалы заполнялись учителем или психологом. Методика тестирования обязательно должна включать предварительное ознакомление психологов или учителей с основными сведениями, касающимися нарушений поведения у детей, целями и задачами тестирования. Без вводной части сама процедура тестирования могла быть неправильно истолкована, что привело бы к субъективности и эмоциональным искажениям в оценке состояния ребенка при заполнении бланка.

После того, как заполняющий бланк учитель или психолог в процессе беседы подтвердил понимание того, что он должен сделать, и готовность к объективной оценке состояния ребенка, ему предлагалось заполнить бланк в присутствии врача. Однако при скрининговых исследованиях, которые чаще проводятся в организованных детских учреждениях на относительно больших контингентах детей, заполнение бланка может проводиться после вводной беседы сразу самостоятельно педагогом или психологом.

В «Шкале оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10» представлена краткая характеристика особенностей поведения и эмоционального реагирования детей в различных ситуациях: в школе, дома, публичных местах. В шкале даны описания 18 стереотипов расстройств поведения, качественно определяемых по степени выраженности как «никогда или очень редко», «иногда», «часто», «очень часто» и оцениваемых, соответственно, от 0 до 3 баллов. Шкала включает 4 субшкалы: оппозиционность, агрессивность, диссоциальность, аддиктивность,

Для скрининговой диагностики оппозиционно-вызывающего поведения достаточно наличие 3-х из 6-и выделенных в Шкале симптомов расстройств поведения оппозиционного типа, отмеченных в графе «часто» и «очень часто».

Для скрининговой диагностики агрессивного поведения достаточно 3-х из 7-и выделенных в Шкале симптомов расстройств поведения агрессивного типа, отмеченных в графе «часто» и «очень часто».

Для скрининговой диагностики диссоциального поведения достаточно 2-х из 5-и выделенных в Шкале симптомов расстройств поведения диссоциального типа, повторяющихся с определенной периодичностью.

Аддиктивное поведение диагностируется в случае, если один из 2-х пунктов отмечается в графе «часто» или «очень часто».

Употребление алкоголя и других психоактивных средств в последние годы наблюдается у детей более младшего возраста, в связи с чем оценку этого вида девиаций также необходимо проводить и учитывать даже в начальных классах.

При подсчете баллов в заполненных бланках оценочных шкал сначала подсчитывают баллы по субшкалам и определяют тип расстройства поведения. Последующее суммирование данных, полученных по субшкалам, дает общий балл.

Поскольку социализированные и несоциализированные расстройства поведения феноменологически весьма близки, а одним из ведущих дифференциальных различий является степень интегрированности в среде сверстников, дополнительно использовалась оценочная шкала под названием «Степень интегрированности детей в среде сверстников». В этой шкалу входят 7 утверждений, касающихся положения ребенка в обществе сверстников, качественно определяемых как «хорошая», «низкая», «дезинтеграция» и оцениваемых в баллах – от 0 до 2. Заполняющий шкалу отмечал то значение, которое характеризует, по его мнению, характер взаимоотношений ребенка со сверстниками. Для диагностики социализированного расстройства поведения необходима хорошая интегрированность в среде сверстников (2 балла), для несоциализированного расстройства поведения – умеренная интегрированность в среде сверстников (1 балл) или низкая интегрированность (0 баллов).

Второй этап – клинический

На второй этап переводились дети, у которых при скрининге была выявлена высокая вероятность формирования одного из клинических вариантов расстройств поведения. Им предлагалось пройти с подписанием информированного согласия индивидуальное мультидисциплинарное обследование у ряда специалистов (психиатр, психолог и др.).

Для клинической диагностики психиатром была проанализирована вся имеющаяся информация, полученная как от родителей (сбор жалоб и анамнеза пациента с оценкой внутрисемейных отношений, типа воспитания ребенка и т. п.), так и в результате клинико-психопатологического обследования ребенка, наблюдения за ним, позволяющими выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

При необходимости к обследованию могли привлекаться другие специалисты – психологи, логопеды, нейропсихологи, неврологи, педиатры.

Полученные в результате полипрофессионального обследования данные подвергаются аналитической оценке с целью выделения возможных предикторов нарушений поведения с последующей постановкой окончательного диагноза и определением стратегии помощи.

Результаты

1 этап – доклиническая скрининг-диагностика

Результаты проведенного сплошного обследования 200 учащихся одной из общеобразовательных школ г. Москвы по классам представлены в табл. 1 (n=200).

Таблица 1.

Результаты обследования учащихся общеобразовательной школы, по классам

Рас- строй- ства по- ведения	Количество детей в классах							Всего (n=200)	
	1-й (n=30)	2-й (n=25)	3-й (n=24)	4-й (n=23)	5-й (n=23)	6-й (n=27)	7-й (n=26)	8-й (n=22)	
Несоци- ализиро- ванные	3 (10,0)	2 (8,0)	3 (12,5)	3 (13,0)	6 (26,1)	2 (7,4)	1 (3,84)	2 (9,1)	22 (11,0)
Социа- лизиро- ванные	1 (3,33)	1 (4,0)	1 (4,16)	3 (13,0)	3 (13,0)	4 (14,8)	13 (50,0)	11 (50,0)	37 (18,5)
Всего	4 (13,33)	3 (12,0)	4 (16,66)	6 (26,1)	9 (39,1)	6 (22,2)	14 (53,8)	13 (59,1)	59 (29,5)

Как видно из таблицы, несоциализированные расстройства поведения отмечены в 11% случаев (17 мальчиков – 77,27% и 5 девочек – 22,73%), причем самый высокий процент был в 5 классе (26,1%), также относительно высокая доля несоциализированных расстройств поведения отмечена в 3 классе (12,5%), 4 классе (13,0%) и в 1 классе (10, 0%).

Несоциализированное расстройство поведения характеризуется сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми и взрослыми, часто сочетающимися с легкими эмоциональными расстройствами. Характерно, но не обязательно, что ребенок или подросток с данным расстройством одинок. Типичное поведение включает в себя хулиганство, чрезмерную драчливость, непослушание, грубость, индивидуализм и сопротивление авторитетам; тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, жестокость. Некоторые одиноко держащиеся дети могут вовлекаться в группу правонарушителей.

Социализированные расстройства поведения отмечены у 18,5% детей (25 мальчиков – 67,57% и 12 девочек – 32,43%), с максимальной выраженностью в 7, 8 классах (свыше 50 %), а также в 4 классе (26,1%).

Социализированное расстройство поведения характеризуется стойким диссоциальным или агрессивным поведением, включая групповую делинквентность, у детей и подростков, хорошо интегрированных в группу сверстников. Эмоциональные расстройства обычно минимальны. Основным дифференциальным отличием от несоциализированных расстройств поведения является наличие адекватных длительных взаимоотношений со сверстниками.

Таким образом, результаты скринингового обследования детей школьного возраста показали, что нарушения поведения как фактор риска развития клинических форм расстройств поведения отмечены у 29,5% детей, то есть практически в

трети случаев. Чаще всего они отмечаются в 4, 5, 6, а особенно в 7 и 8 классах. Это доказывает высокую частоту встречаемости нарушений поведения у детей школьного возраста и необходимость их раннего выявления. При этом отмечена разница в соотношении характера нарушений поведения – социализированное и несоциализированное.

Определенный интерес представляет соотношение расстройств поведения в зависимости от обучения в начальной (1–4 классы) и средней (5–8 классы) школах. Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Расстройства поведения в начальной и средней школе.

Расстройства поведения	Количество детей в классах		
	1–4 кл. n=102	5–8 кл. n=98	Всего n=200
Несоциализированное	11 (10,8%)	11 (11,22%)	22 (11%)
Социализированное	6 (5,88%)	31 (31,6%)	37 (18,5%)
Всего	17 (16,7%)	42 (42,85%)	59 (29,5%)

Анализируя полученные данные, можно видеть, что расстройства поведения в целом более часто встречаются в средних классах школы (5–8 классы) – почти в 3 раза. При этом также увеличивается и частота социализированных расстройств поведения (5,88% и 31,6%, соответственно), в то время как частота несоциализированных нарушений поведения остается одинаковой как в начальной, так и в средней школе. Вероятно, у детей в старших классах возрастает роль не только биологических этиологических факторов (генетических, эндокринных и др.), но и влияния социального окружения (семейного, школьного, взаимодействия со сверстниками).

После выявления расстройств поведения среди учеников школы была проведена оценка по 4 субшкалам «Шкалы оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10», а именно - оппозиционность, агрессивность, диссоциальность, аддиктивность. Необходимо отметить, что аддиктивных расстройств поведения при данном обследовании выявлено не было.

Результаты оценки нарушений поведения по субшкалам «Шкалы оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10» представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Оценка нарушений поведения по субшкалам «Шкалы оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10»

Классы	1–4 102 чел.	5–8 98 чел.	Всего 200 чел.
Расстройства поведения			
Оппозиционно-вызывающее	11 (10,8%)	9 (9,8%)	20 (10%)
Агрессивное	8 (7,8%)	12 (12,24%)	20 (10%)
Диссоциальное	5 (4,9%)	22 (22,44%)	27 (13,5%)

При анализе данных, представленные в табл. 3, можно отметить, что у детей выявляются все варианты расстройств поведения, однако у детей в старших классах (5–8 классы) частота их существенно выше, особенно агрессивного (7,8% и 12,24%, соответственно) и диссоциального (4,9% и 22,44%, соответственно). При этом около 15% детей имели смешанные варианты нарушений поведения. Частота оппозиционно-вызывающего поведения приблизительно одинакова во всех классах.

Анализ результатов оценки по шкале «Степень интегрированности детей в среде сверстников» показывает, что дети с социализированными расстройствами

поведения получали, как правило, 2 балла, то есть они были хорошо интегрированы в среде сверстников, занимали лидерские позиции или составляли основное ядро группы, имели достаточно много друзей. В то же время, дети с несоциализированным расстройством поведения в этой шкале получали в основном 0 или 1 балл, что свидетельствует об низкой интегрированности в среде сверстников, или даже о дезинтегрированности. Эти дети часто игнорируются одноклассниками, находятся на положении изгоев или занимают подчиненное положение в среде сверстников. По существу они одиноки.

2 этап – клинический

На 2-м этапе исследования, дети, набравшие по оценочным шкалам баллы, свидетельствующие о высокой вероятности наличия одного из типологических вариантов расстройств поведения, проходили индивидуальное мультидисциплинарное обследование специалистами, в первую очередь, психиатрами (с получением согласия родителей).

В проведенном исследовании из 59 учеников, набравшим при скрининге высокие баллы, были осмотрены врачом 45 человек, в 75% случаях диагноз расстройства поведения был подтвержден в соответствии с критериями МКБ–10. 14 детей не были осмотрены психиатром вследствие объективных причин (переезд, каникулы), в 6 случаях матери отказались от консультации психиатра.

По данным клинической оценки, степень выраженности расстройств поведения была различна. Так, у 17 человек наблюдались лишь формально соответствующие критериям диагностики клинические признаки и поведенческие симптомы, включая негативистическое, враждебное, вызывающее, провокационное поведение, но при этом отсутствовали более тяжелые диссоциальные или агрессивные действия. Эти нарушения имели тенденцию к сглаживанию под влиянием благоприятной обстановки. В этих случаях была необходима психологическая коррекция, в первую очередь, семейных отношений, отношения к ребенку в семье, в школе. В остальных случаях родителям были даны рекомендации по терапии, организации режима, изменению взаимодействия с ребенком. В случаях выраженных и стойких агрессивных проявлений, сопровождавшихся стойкой и глубокой социальной и школьной дизадаптацией, некорректируемого поведения в семье было рекомендовано лечение в условиях стационара.

Необходимо остановиться на возможных предикторах нарушений поведения у детей. Как уже было сказано, большое значение придавалось социальному и семейному окружению ребенка. Дети из неполных семей, где один, а иногда и оба родителя злоупотребляли алкоголем, вели асоциальный образ жизни, существенно чаще имели при скрининге высокие баллы со значительной вероятностью формирования у них одного из клинических вариантов расстройств поведения. В таких семьях родители практически не уделяли внимания своим детям (гипоопека). В то же время необходимо отметить, что было несколько семей, относящихся к, так называемым, благополучным, где детям уделялось сверхвнимание, отслеживались каждый шаг и любое действие (гиперопека), но при этом на скрининговом этапе у них были выявлены высокие баллы, что также требовало тщательного клинического обследования у психиатра. В таких семьях возрастала роль психосоциальной терапии с родителями, чаще индивидуальной.

Таким образом, метод скрининговых обследований с использованием «Шкалы оценки симптомов расстройств поведения по МКБ–10» для выявления детей с расстройствами поведения показал свою достаточную эффективность. С помощью проведения такого обследования с привлечением психологов и педагогов можно быстро на начальных стадиях выявить детей с нарушениями поведения, определить

вариант расстройства, наметить дальнейшую тактику полипрофессиональной помощи детям. Предложенный алгоритм мультидисциплинарной диагностики несомциализированных расстройств поведения позволяет выявлять и проводить дифференциальную диагностику с социализированными и другими типами расстройства поведения у детей в возрасте от 7 до 15 лет, рассчитанный на использование не только и не столько в учреждениях психиатрического профиля, но и в общеобразовательных школах, школах здоровья, в центрах психолого-социальной помощи без изъятия детей из привычной среды. Применение метода скрининг-диагностики в практическом здравоохранении способствует реализации принципа сохранения психического здоровья детей, то есть максимально ранней диагностики и проведения системы психопрофилактических мероприятий среди детей группы риска.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979. - 608 с.
2. Корень Е.В. Ковалев А.И. Перспективы классификации в детской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011, Т. 21, № 1. - С. 37-43.
3. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Психосоциальная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами в контексте современных реабилитационных подходов // Дефектология. – 2012, № 3. - С. 60-63.
4. Корень Е.В. Расстройства поведения // Руководство для практикующих врачей / Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г. - М.: Литтера, 2014. - С. 762–768.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014, Т. 24, № 2. - С.61-64.
6. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. - М.: Московский НИИ психиатрии Минздрава России, 1999. - 224 с.
7. Куприянова Т.А., Корень Е.В., Красов В.А. Полипрофессиональная скрининг-диагностика расстройств поведения у школьников // Доктор. Ру. – 2014, Т. 94, № 6, часть II. - С. 40–44.
8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.
9. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.
10. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 624 с.
11. Сухотина Н.К., Егорова Т.И., Кибрик Г.Н. Методика проведения полипрофессиональных скрининговых исследований распространенности гиперкинетических расстройств и нарушений поведения у детей. Методические рекомендации. – М., 2009. - 26 с.
12. Bennett K.J., Offord D. Screening for conduct problems. Does predictive accuracy of conduct disorder symptoms improve with age? // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2001, Vol. 40, № 12. - P. 1418-1425.
13. Bennett K.J., Brown K.S., Boyle M., Racine Y. et al. Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? // Social science & medicine. – 2003, Vol. 56, № 12. - P. 2443-2448.
14. Hartman C. A., Hox J., Mellenbergh G. J., Boyle M., et al. DSM-IV internal

construct validity: when a taxonomy meets data // Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. – 2001, Vol. 42, № 6. - P. 817-836.

15. Keenan K., & Wakschlag L.S. Are oppositional defiant and conduct disorder symptoms normative behaviors in preschoolers? A comparison of referred and nonreferred children // American Journal of Psychiatry. – 2004, Vol. 161, - P. 356-358.

16. Maughan B., & Rutter M. Antisocial children grown up. // In J. Hill & B. Maughan (Eds.) Conduct disorders in childhood and adolescence. - Cambridge: Cambridge University Press, 2001. - P. 507-552.

17. Turgay A. Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents // Expert Review of Neurotherapeutics. – 2004, № 4. P. - 623-632.

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren, M.S. Garmash, M.T. Datuashvili
EXPERIENCE OF USING A SCREENING QUESTIONNAIRE FOR THE
EARLY DETECTION OF BEHAVIORAL DISORDERS IN SCHOOL
CHILDREN (PILOT STUDY)

Moscow Research Institute – the Filial of the Federal medical Research Center of Psychiatry and Narcology (Moscow).

Summary. The paper presents an evaluation of the effectiveness of the algorithm of screening diagnosis of behavioral disorders in children of school-age using a questionnaire developed by N.K. Sukhotina. To identify children at risk of forming behavior disorders conducted a continuous investigation of 200 students (1-8 grades), with the use of «Scales Assessing Symptoms of Conduct Disorders in ICD-10» (version for teachers) and the rating scale «The Degree of Integration of Children's Peer» (1. phase), followed by verification of clinical psychiatrist (2. phase). At the clinical stage when viewed from children at risk psychiatrist in 75% cases, the diagnosis of conduct disorder has been confirmed that shows sufficient efficacy of screening diagnostics, including access to a psychiatrist for identifying children with persistent and severe behavioral disorders in the initial stages and identify tactics multiprofessional care.

Keywords: children, behavioral disorders, diagnosis at screening, multidisciplinary examination.

Е.В. Свистунова, Е.А. Мильке, М.Н. Демьянская
**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ
РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ, ИМЕЮЩИМИ
ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ**

**ГБОУ ВО Московский городской педагогический университет, Институт
психологии, социологии и социальных отношений (Москва).**

Резюме: В статье рассматривается проблема комплексной профориентации лиц с ОВЗ на примере двух групп: подростки с пограничной интеллектуальной недостаточностью и подростки с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Описаны модифицированные авторами профориентационные методики, учитывающие специфику развития указанных подростков с ОВЗ. Дана оценка эффективности составленного профплана для подростков с ТБСМ и подростков с пограничной интеллектуальной недостаточностью.

Ключевые слова: профориентация, профконсультация, профессиональное самоопределение, система профессионального ориентирования, пограничная интеллектуальная недостаточность, травматическая болезнь спинного мозга, диагностика профессиональной направленности.

ОТОЗВАНА 16.08.2018. Причина – некорректные заимствования.

Быстрые изменения в социально-экономической и общественной жизни затрудняют, а иногда и деформируют социально-психологическую адаптацию и прогнозирование индивидуальной жизненной перспективы у многих людей. Наиболее чувствительными к изменениям социальной среды являются молодые люди подросткового и юношеского возраста с их недостаточно зрелым самосознанием и ограниченным опытом социального взаимодействия.

Всестороннее развитие личности, максимальное раскрытие способностей каждого, проблема самоопределения и адекватная подготовка к дальнейшей трудовой деятельности – все эти вопросы представляют особое значение в контексте изучения проблемы профессиональной ориентации подростков с ограниченными возможностями здоровья. [7]

Существующие современные модели профессионального самоопределения молодых людей с ОВЗ описаны весьма схематично. Специалистами признается, что профконсультирование и профориентация для подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) имеет свою специфику [1, 2, 4]. Особенности профессионального консультирования подростков с ОВЗ определяются разными объективными и субъективными факторами. Основным из них является неоднородность выделяемых групп подростков по принципу ОВЗ, характеризующихся специфическими психологическими, познавательными, эмоциональными, волевыми процессами, особенностями личностного развития, межличностных отношений и общения.

Одной из главных задач комплексной профориентации является формирование у подростков с ОВЗ профессионального выбора и мотивации к деятельности, адекватной их возможностям, так как они испытывают трудности следующего характера:

- из-за ограничений в познании окружающего мира часто недостаточно сформированы представления о видах профессиональной деятельности;
- ориентация подростков на получение престижных профессий может затруднить трудоустройство из-за высокой конкуренции на рынке труда;
- составление профпланов затруднено из-за отсутствия сети специализированных учебных заведений, позволяющих получить избранную профессию [5].

Учитывая это, необходимо соблюдать принцип соответствия выбираемой профессии интересам, склонностям, способностям и возможностям подростка, соотносенных с реальным состоянием его здоровья и имеющимися ограничениями. Кроме того, подросток должен осознавать свои перспективы реализации в будущей профессиональной деятельности. [3, 6]

Организация профориентационной работы с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья

В профессиональном консультировании подростков с ОВЗ реализуется индивидуальный и личностно-ориентированный подход, преобладают индивидуальные формы работы над групповыми. Кроме того, индивидуальное профессиональное консультирование подростков с ОВЗ должно основываться на знании их половозрастных особенностей.

Мы выделили следующие этапы работы в профессиональном консультировании подростков с ОВЗ:

1. Подготовка к профконсультации.

До встречи с оптантом профконсультант знакомится с его медицинским анамнезом. На основании анализа этой информации выдвигается предварительная профконсультационная гипотеза. Проводится анализ результатов медикопсихологического обследования (чтобы учесть вероятность наличия у подростков вторичных нарушений в психическом здоровье).

2. Психолого-педагогическое обследование

Первая встреча с оптантом происходит индивидуально. Начинается встреча с беседы, целью которой является мотивация подростка к получению консультативной помощи и формирование готовности принять ответственность за свое профессиональное будущее.

На этом же этапе проводится углубленная психолого-педагогическая диагностика для определения способностей и возможностей получения профессионального образования.

3. Профориентационная диагностика

В зависимости от возможностей оптанта проводится от 1 до 5 встреч, на первой из которых диагностируются профессиональные предпочтения подростка. Остальные встречи (групповая работа) направлены на знакомство с миром профессий и закрепление некоторых навыков, необходимых в дальнейшей трудовой деятельности. Заключительная встреча (индивидуально) посвящена составлению профориентационного плана, цель которого состоит в том, чтобы в процессе совместного обсуждения с психологом подросток самостоятельно выбрал наиболее приемлемую для него профессию и/или тип учебного заведения. При необходимости на эту встречу приглашаются родители.

4. Профориентационное сопровождение

Проходит в виде очных или заочных консультаций на стадии поступления в образовательное учреждение, на стадии адаптации в новых образовательных условиях и на стадии устройства на работу.

Этап профориентационного сопровождения возможен в тех случаях, когда услуги профконсультанта предоставляются образовательным учреждением или профориентационным центром.

Апробация профориентационной программы работы с подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья

Дети и подростки с ОВЗ являются весьма неоднородной по своему составу группой, и условно подростков с ОВЗ можно разделить на 2 категории: это лица, имеющие какие-либо физические ограничения (двигательные, слуховые, зритель-

ные и т. п.), и лица, имеющие интеллектуальные ограничения. Учитывая это, мы апробировали профориентационную программу на 2 группах подростков: с пограничной интеллектуальной недостаточностью (ПИН) и с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) (Табл.1). В качестве контроля учитывались результаты профориентационной работы с подростками, имеющими аналогичные нарушения и получающими стандартный вариант профориентационной помощи.

Таблица 1.

Характеристика групп оптантов

Название группы	Кол-во	Возраст	Характеристика группы
Лица с ПИН	50 (29 юношей и 21 девушка)	15,5 ±1,5	ПИН характеризуется «прежде всего замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям, отличающимся от олигофрении и имеющими тенденцию к компенсации и обратному развитию» [3, с. 247].
Лица с ограниченными возможностями передвижения в связи с ТБСМ	55 (35 юношей и 20 девушек)	18, 5±2,5	Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) – комплекс изменений, наступивших после острого повреждения вещества спинного мозга или питающих его сосудов, оболочек и корешков [4]. Как правило, вследствие травмы происходит дизадаптация личности: посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, тревога, психоорганический синдром, которые проходят с течением времени.

Методический инструментарий, который мы использовали при проведении профориентационной работы с указанными группами подростков, был модифицирован с учетом симптоматики, связанной с их основным нарушением, а также вторичных и третичных нарушений в когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сферах [8].

Модификация методик «Дифференциально-диагностический опросник» Е.А. Климова (ДДО), «Определение типа личности» Дж. Голланда заключалась в изменении инструкций, стимульного материала, а также рекомендуемого спектра профессий.

Суть модификации методик для *подростков с ПИН* состоит в том, что подбор профессий осуществлялся с учетом специфики дефекта, был ориентирован на деятельность, которая не требует высшего профессионального образования. Стимульный материал предъявлялся не только вербально, но и был проиллюстрирован специально подобранными рисунками, отражающими суть предлагаемой профессиональной деятельности. В методиках изменены некоторые названия профессиональных типов личности на более доступные для понимания подростками с интеллектуальной недостаточностью.

В методиках, предлагаемых для *подростков с травматической болезнью спинного мозга* (а также для подростков с последствиями ДЦП, не имеющих интеллектуальных и сенсорных нарушений), профессии подобраны не только с уче-

том специфики травмы и физических особенностей оптантов, но и с учетом требований современного рынка труда, что позволяет подросткам оставаться конкурентоспособными в профессиональной среде.

Методический комплекс, используемый для профориентационной диагностики включал 4 методики:

1. «Профиль профессионального выбора» (создана на основе методики Дж. Голланда).

2. «Профиль профессиональной деятельности» (создана на основе «Дифференциально-диагностического опросника» Е.А. Климова [2, с. 144-149]).

3. «Мой профессиональный выбор»

В соответствии с результатами методик «Профиль профессиональной деятельности» и «Профиль профессионального выбора» с помощью матрицы, оптант, консультируясь с психологом, выбирает конкретные виды профессий. Основные критерии выбора: привлекательность для оптанта, доступность для получения соответствующего образования, востребованность на рынке труда.

4. «Карта профессионального маршрута»

Карта профессионального маршрута разработана с целью обобщения результатов профориентационной работы. Она используется для составления индивидуального профессионального плана оптанта и для подбора основной и дополнительной (альтернативной) профессий, выбранных по матрице «Мой профессиональный выбор». Составление карты профессионального маршрута позволяет оптанту эффективно построить временную перспективу и осуществить корректировку долгосрочных и краткосрочных профессиональных целей.

Результаты проведения профориентационной программы с подростками, имеющими ПИН и ТБСМ

После проведения первых трех этапов профориентационной работы был сделан анализ выбора подростками различных сфер профессиональной деятельности и типов профессий.

В группе *подростков с ПИН* (Рис. 1) наибольшей популярностью пользовались техническая сфера деятельности (34%) и творческая сфера деятельности (28%). Остальные три сферы деятельности (работа с природой, текстами и людьми) были выбраны немногим больше, чем 10% оптантов.

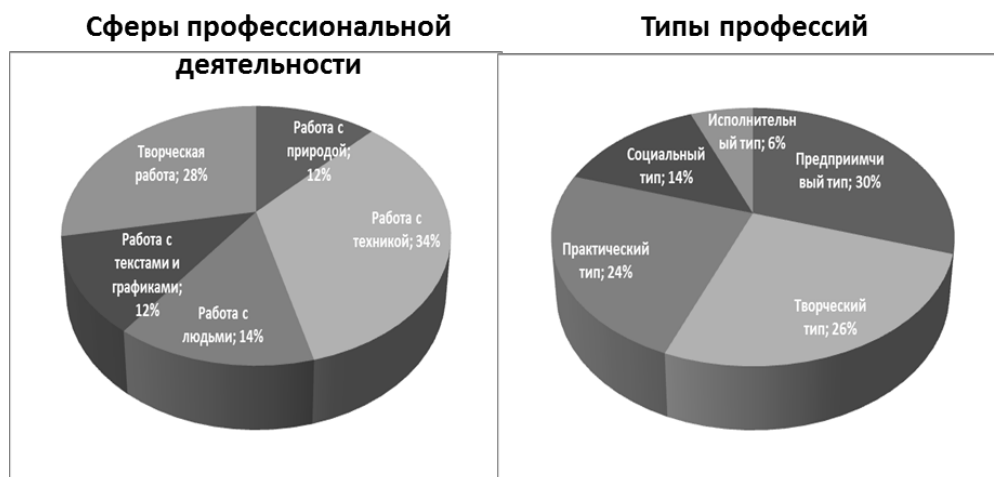


Рис. 1. Выбор сферы профессиональной деятельности и типов профессий подростками с ПИН

При выборе типов профессий наибольший интерес оптанты с *ПИН* проявили к профессиям, которые относятся к «Предприимчивому типу» (30%), «Творческому типу» (26%) и «Практическому типу» (24%). Наименьший интерес вызвали «Исполнительский тип» (6%) и «Социальный тип» (14%) профессий.

Итогом третьего этапа стал выбор оптантами профессий, после чего был составлен образовательный маршрут с указанием учебных заведений и условиями поступления.

Результаты выбора конкретных профессий подростками с *ПИН* представлены в табл. 2.

Таблица 2.

<i>Профиль Проф. деятельности</i> <i>Профиль Проф. выбора</i>	<i>Работа с природой, природными материалами</i> <u>6 человек (12%)</u>	<i>Работа с техникой</i> <u>17 человек (34 %)</u>	<i>Работа с людьми</i> <u>7 человек (14%)</u>	<i>Работа с текстами, схемами, таблицами</i> <u>6 человек (12%)</u>	<i>Творческая работа</i> <u>14 человек (28%)</u>
Практический <u>12 человек (24%)</u>	2 (4%) Садовник, повар.	5 (10%) Шофер, строитель, токарь, фрезеровщик.	1 (2%) Курьер.	1 (2%) Копировщик рисунков.	3 (6%) Маляр, швея, плиточник.
Социальный <u>7 человек (14%)</u>	0 (0%)	1 (2%) Проводник пассажирских вагонов.	3 (6%) Продавец, официант, массажист.	2 (4%) Регистратор в поликлинике, кассир торгового зала.	1 (2%) Педагог кружка народных промыслов.
Исполнительный <u>3 человека (6%)</u>	0 (0%)	2 (4%) Техник-наладчик оборудования, электрик.	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%) Реставратор.
Предприимчивый <u>15 человек (30%)</u>	3 (6%) Мастер озеленительных работ, завхоз, дизайнер ландшафта.	5 (10%) Бригадир строительной бригады, начальник гаража.	2 (4%) Промоутер, прораб.	3 (6%) Менеджер по продажам.	2 (4%) Фотокорреспондент, мастер домашнего рукоделия.
Творческий <u>13 человек (26%)</u>	1 (2%) Кондитер.	4 (8%) Фотограф, костюмер.	1 (2%) Актер.	0 (0%)	7 (14%) Парикмахер, художник, модель.

В группе *подростков с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ)* и последствиями ДЦП (Рис. 2) выборы сфер профессиональной деятельности были распределены практически равномерно (около 20% пришлось на каждую сферу). Чуть меньше (16%) было выбрано в технической сфере, чуть больше (24%) в творческой сфере деятельности.

Немного другую картину мы наблюдали при выборе типов профессий. Явно лидировал «Предприимчивый тип» (35%). Следующими по популярности были «Творческий тип» (24%) и «Исполнительный тип» (17%). Около 14% оптантов выбрали социальный и практический тип.

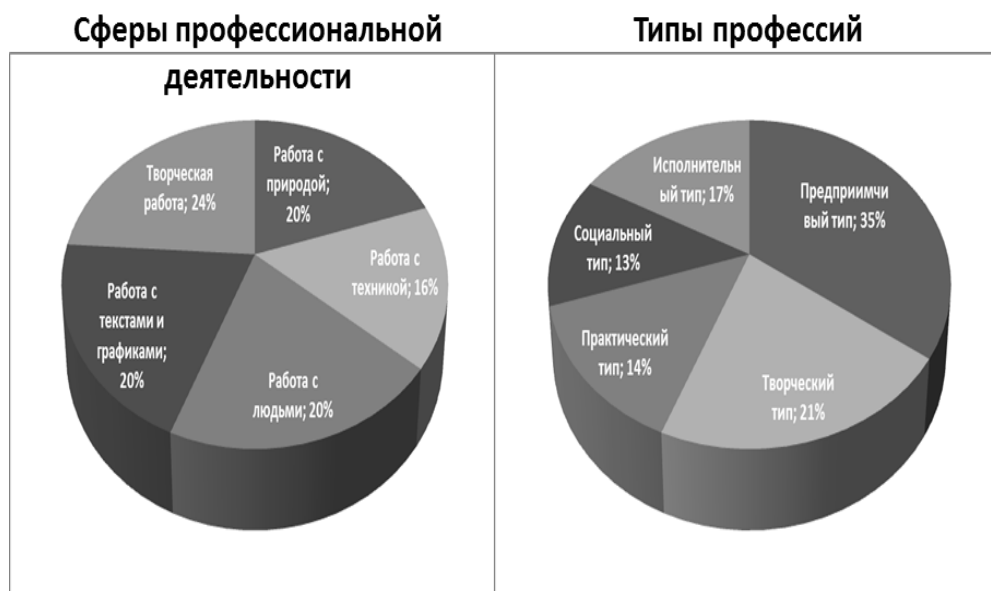


Рис. 2. Выбор сферы профессиональной деятельности и типов профессий подростками с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) и последствиями ДЦП

В завершение третьего этапа подростки с ТБСМ с помощью консультанта построили образовательный маршрут с указанием учебных заведений и учетом формы образования (очной или заочной).

Результаты выбора конкретных профессий подростками с ТБСМ и последствиями ДЦП представлены в табл. 3.

В результате проведенной профориентационной и профконсультационной работы с использованием выше представленных модифицированных методик подростки с ПИН и с ТБСМ и последствиями ДЦП смогли сделать адекватный выбор профессии и составить профессиональный план с учетом индивидуальных способностей, соотношенных с реальным состоянием своего здоровья и имеющимися ограничениями.

Таблица 3.

Выбор профессии подростками с ТБСМ и последствиями ДЦП с учетом профессионального типа личности и различными типами профессий

Профиль Проф. деятельности Профиль Проф. выбора	Работа с природой, природными материалами <u>11 человек (20%)</u>	Работа с техникой <u>9 человек (16%)</u>	Работа с людьми <u>11 человек (20%)</u>	Работа с текстами, схемами, таблицами <u>11 человек (20%)</u>	Творческая работа <u>13 человек (24%)</u>
Практический <u>8 человек (14%)</u>	1 (2%) Изготовитель изделий из меха (скорняк).	2 (4%) Часовщик, мастер по ремонту сотовых телефонов.	1 (2%) Мастер ногтевого сервиса.	1 (2%) Оператор по набору текста.	3 (5%) Вышивальщица (декорирование свадебных платьев).
Социальный <u>7 человек (13%)</u>	0 (0%)	1 (2%) Ведущий рассылок.	3 (5%) Логопед, психолог.	0 (0%)	3 (5%) Вязальщица трикотажных изделий.
Исполнительный <u>9 человек (17%)</u>	2 (4%) Ведущий рассылок на сайтах, посвященных природе, животным и растениям.	4 (7%) Контент-менеджер специалист по средствам защиты информации.	3 (5%) Юрисконсульт, нотариус, библиотекарь.	0 (0%)	0 (0%)
Предприимчивый <u>19 человек (35%)</u>	0 (0%)	0 (0%)	4 (7%) Бизнес-консультант, спортивный тренер (шахматы).	9 (16%) Главный бухгалтер, эксперт (в бизнесе), трейдер.	6 (11%) Модистка головных уборов, руководитель кружка народных промыслов
Творческий <u>12 человек (21%)</u>	8 (14%) Изготовитель художественных изделий из лозы, из керамики; художник росписи по дереву.	2 (4%) Ювелир, дизайнер.	0 (0%)	1 (2%) Переводчик художественной литературы.	1 (2%) Композитор.

Оценка эффективности проведенной профориентационной работы

Оценка эффективности проведенной профориентационной работы проводилась по двум критериям. Первым критерием было составление карты профессионального маршрута, вторым критерием – следование этой карте спустя 3 месяца после проведения профориентационной и профконсультационной работы.

В качестве групп сравнения были выбраны подростки с теми же диагнозами, которые проходили профориентацию по стандартным методикам и программам.

Проверка эффективности профориентационной работы по критерию построения карты профессионального маршрута, включающего тип учебного заведения, формы обучения и несколько предполагаемых мест работы, была составлена большинством подростков. Достоверных различий в контрольных и экспериментальных группах по этому показателю не было. В то же время, существенные различия при составлении профплана были обнаружены у подростков с ПИН и ТБСМ. (Рис. 3). В группе подростков с ТБСМ больше трети подростков не смогли сформировать индивидуальный профессиональный план полностью, что было связано с отсутствием поддержки со стороны близких людей и неудовлетворительными социально-бытовыми условиями.

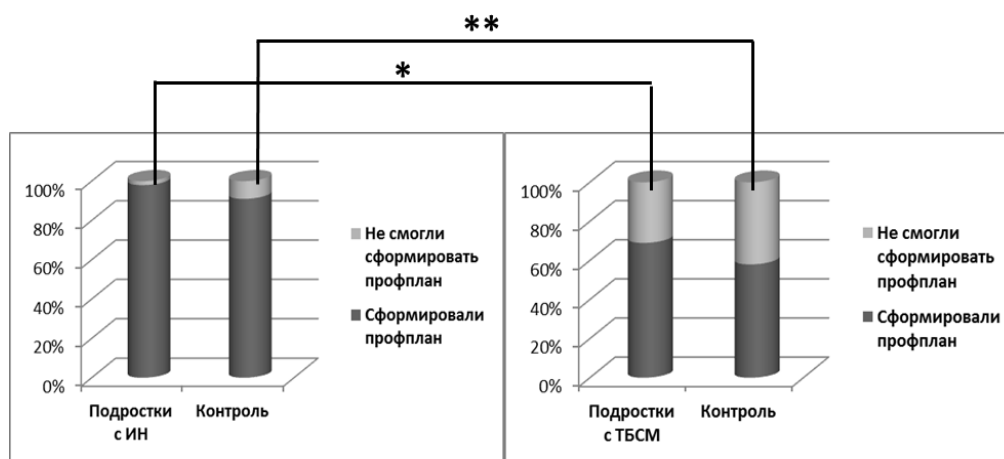


Рис. 3. Формирование профплана подростками с ПИН и ТБСМ

* - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Спустя три месяца, после составления карты профессионального маршрута, была проведена проверка следования этой карте.

Количество подростков, которые следовали составленному ранее профплану, различалось как внутри групп, так и между группами подростков с ПИН и ТБСМ (Рис. 4).

Различия между группами подростков с ПИН и ТБСМ были ожидаемы и объяснялись теми же причинами, что и при составлении профплана (семейными и социально-бытовыми).

Непосредственным доказательством эффективности проведения профориентационной работы послужили достоверные различия между опантами, которые следовали профплану, составленному после прохождения профориентации по комплексной программе для подростков с ОВЗ, и теми, кто проходил традиционное профориентационное консультирование.

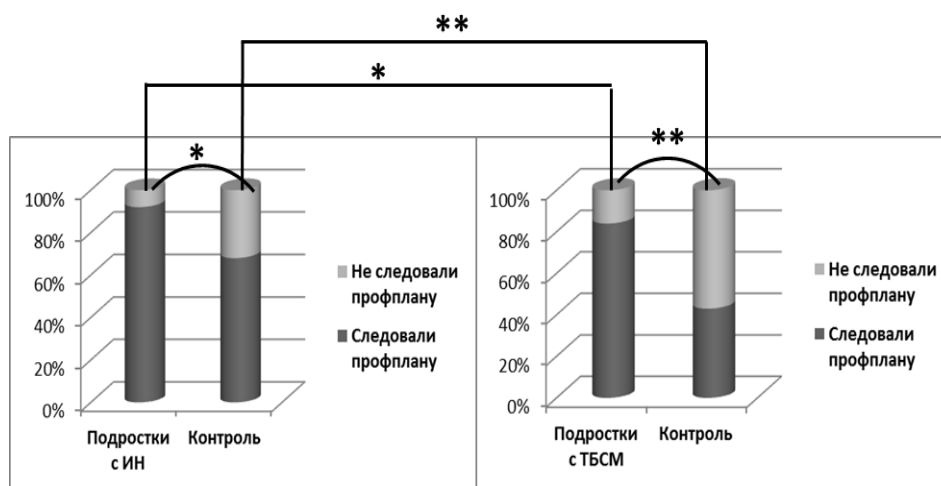


Рис. 4. Следование профплану подростками с ПИН и ТБСМ

* - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Таким образом, наше исследование показало, что проведение профориентационной и профконсультационной работы с учетом особенностей оптантов и использования специального методического инструментария, позволяет сделать эту работу эффективной и дает возможность совершенствовать социализацию лиц с ограниченными возможностями здоровья с целью их интеграции в общество.

Выводы:

1. Профориентационная работа с подростками, имеющими ОВЗ, должна проходить в несколько этапов. Особое значение имеет сопровождение оптантов на этапе реализации профплана.
2. При модификации методик, применяемых в профориентационной работе с подростками, имеющими ОВЗ, должны учитываться принцип соответствия стимульного материала физическим и психологическим особенностям подростков и принцип наглядности. Подбор иллюстративного материала должен не только раскрывать суть профессиональной деятельности, но и возможность ее реализации лицами с соответствующим типом нарушения.
3. Подавляющее большинство подростков, проходящих профконсультацию как по традиционной, так и по специально разработанной программе, формируют свой профплан полностью.
4. Степень реализации профплана достоверно выше у подростков с ОВЗ, профориентационная работа с которыми проводилась по специальной программе.
5. Основными факторами, препятствующими завершению и реализации профплана подростками с ОВЗ, является отсутствие поддержки семьи и неблагоприятные социально-бытовые условия.
6. Эффективность профориентационной работы наиболее точно оценивается по критериям: составление карты профессионального маршрута и следование этой карте на протяжении не менее 3 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Психологическая диагностика в практике врача. – СПб.: Специальная литература, 2008. – 144 с.
2. Климов Е.А. Как выбирать профессию: Кн. для учащихся ст. кл. сред. шк. 2-е изд., доп. и дораб. - М.: Просвещение, 1990. – 159 с.

3. Леонтьев М.А. Лечение и реабилитация пациентов с травматической болезнью спинного мозга / М.А. Леонтьев // Реабилитация инвалидов с нарушением функций опоры и движения / Под ред. Л.В. Сытина, Г.К. Золоева, Е.М. Васильченко. - Новосибирск, 2003. - С. 299-335.

4. Махаева О.А., Григорьева Е.Е. Я выбираю профессию: комплексная программа активного профессионального самоопределения школьников. - М.: УЦ «Перспектива», 2002. - 52 с.

5. Профессиональная ориентация детей-инвалидов в соответствии с потребностями рынка труда: уч.-метод. пособие / Е.И. Капланская, А.Г. Галле, Г.А. Головина. - М.: АНО «Научно-методический центр образования, воспитания и социальной защиты», 2010. - 72 с.

6. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А.Поляева. - М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. - 640 с.

7. Учимся сотрудничать: комплексный подход к профориентации и профконсультированию подростков с ограниченными возможностями здоровья: метод. пособие / Е.С. Романова, Б.М. Коган, Е.В. Свистунова, Е.В. Ананьева; под ред. Е.С. Романовой. - М.: Издательский центр «Академия», 2012. - 256 с.

E.V. Svistunova, E.A. Milke, M. N. Dem'janskaja
ASPECTS OF CAREER GUIDANCE WORK WITH DISABLED
TEENAGERS

Moscow City Pedagogical University, Institute of Psychology, Sociology and Social Relations (Moscow).

Summary. The article deals with the problem of complex career guidance of disabled persons considering two groups: teenagers with borderline intellectual functioning and teenagers with spinal cord trauma. It describes career guidance techniques for disabled teenagers modified by authors. The authors estimate career guidance plan for teenagers with borderline intellectual functioning and teenagers with spinal cord trauma.

Key words: career guidance; career counseling; career self-determination; career guidance system; borderline intellectual functioning; spinal cord trauma; career orientation diagnostics.

RETRACTED 16.08.2019. The reason - [incorrect borrowing](#).

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ОБРАЗА СЕБЯ
В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ****Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. В статье рассматриваются условия формирования пространственного образа «Я» как первой формы самосознания. В качестве главных источников пространственного образа «Я» выделяются чувство собственного движения, чувства равновесия и осязания, которые задают границы телесного «я» и в своей сфере опосредуют связь «Я» и «Мир». Описаны наиболее типичные явления нарушения формирования границ телесного «Я». В качестве средства абилитации и коррекции пространственного образа «Я» рассматриваются сенсорно-двигательные игры. В статье впервые представлен психологический анализ сенсорно-двигательных игр и их систематизация. Дается краткая характеристика коррекционно-развивающей программы.

Ключевые слова: самосознание, пространственный образ «Я», моторно-сенсорное развитие, телесные границы «Я», равновесие, осязание, чувство собственного движения, сенсорно-двигательные игры, подражание, тактильный контакт, тактильно-кинестетические игры, жестовые игры.

В настоящее время все больше детей имеют те или иные затруднения в развитии. Такие явления как расторможенность, дефицит внимания, задержки в речевом, моторном, эмоционально-волевом развитии встречаются уже в раннем возрасте значительно чаще, чем это было 15-20 лет назад. Согласно данным нейропсихологов [13], синдром отклоняющегося развития (без клинической окраски) наблюдается более чем у 70% детей первых семи лет жизни. Замечено, что самые различные виды отклоняющегося развития детей, как правило, отображаются в характере движений ребенка, в его пластике. Ребенок, плохо чувствующий свое тело, будто не имеет «точки опоры» внутри себя: не управляет своими движениями, не может сосредоточиваться на восприятии внешних событий и внутренних ощущений. Это неизбежно отражается на предметной деятельности, контактах со взрослыми и сверстниками, на общей активности. Можно полагать, что в данном случае речь идет об отклонении в формировании телесных границ «Я».

Понятие «граница «Я» в последнее время все чаще используется в психологии. Большинство авторов имеет в виду психологическую границу. Так, в работе Т.В. Пивненко и Е.В. Филипповой [12] установлена связь между нарушением психологических границ «Я» и непринятием ребенка сверстниками в дошкольном возрасте. Исследование выявило, что их нарушение может проявляться, с одной стороны, в чрезмерно высокой проницаемости границ, а с другой – в защитном усилении их функций. Можно предположить, что предпосылкой становления психологических границ является наличие границ телесного «Я». По данным отечественных и зарубежных исследователей [13, 17, 18], проблема школьной незрелости связана с нарушением становления телесной схемы и границ своего «Я». Это проявляется в незрелости или отклоняющемся развитии базовых телесных чувств – чувства равновесия, кинестетического чувства, тактильного чувства и висцеральной чувствительности. Методики коррекционной работы с этими проблемами опираются на метод замещающего онтогенеза – возвращение к истокам формирования телесного «Я».

Начало формирования пространственного образа «Я» приходится на младенчество и ранний возраст. Ребенок прежде всего должен почувствовать самого себя

в пространстве, ощутить свои движения и свои телесные контакты с внешним миром. Можно полагать, что переживание себя в границах собственного тела является *первой формой самосознания* и представляет собой переход от недифференцированных ощущений собственной телесности к построению все более полного и дифференцированного восприятия себя в границах собственного тела.

Традиционные для психологии понятия «ощущение» и «восприятие» приобретают особую специфику, когда речь идет о самосознании человека. В специальной литературе [3] *восприятие* определяется как сложный психофизиологический процесс формирования перцептивного образа. Восприятие есть непосредственное отражение предмета (явления, процесса) в совокупности его свойств, *в его целостности*. Это отличает восприятие от ощущения, которое также является непосредственным чувственным отражением, но лишь *отдельных свойств* предметов и явлений, воздействующих на анализаторы. Ощущение рассматривается «как исходная форма познания, а восприятие как синтез ощущений, формирующийся в процессе активного отражения объективно существующего целостного предмета.». [3, с. 83]

На ранних этапах развития ребенка преобладают отдельные ощущения своей телесности, которые в процессе жизнедеятельности соединяются в целостный образ восприятия самого себя. Это происходит прежде всего через общение с матерью и ближайшими взрослыми. Движения и осязательные впечатления имеют решающее значение для уточнения ощущений, их синтеза в целостный образ своего тела и его пространственно-временную локализацию.

Пространственный образ себя связан с *выделением и отделением себя от окружающей среды, с формированием границ - Я-не Я, Я и Мир*.

Чувство границ своего тела имеет исключительно важное значение для удержания целостности и отдельности своего «Я». Исследования по сенсорной депривации показывают, что люди, лишенные возможности двигаться в течение дня, при отсутствии внешней стимуляции фактически теряют ощущение себя [16]. По словам американского психолога Г. Олпорта, «Телесное ощущение навсегда остается якорем для нашего самосознания» [11, с. 245].

В раннем возрасте возникновение самосознания связано со становлением *пространственного образа себя*. Первичное самоощущение складывается с первых недель и месяцев жизни, однако наиболее интенсивно оно формируется с началом активных движений и прямохождения - т. е. в раннем возрасте. «Главным, базовым для всех пространственно-временных психических манипуляций является наше внутреннее пространство, пространство нашего тела, обозначаемое в нейропсихологии как соматогнозис, схема или образ тела.» [14, с. 103] Пространственный образ себя в границах своего тела и граница «Я» строится на основе трех источников.

1. Тактильное чувство, или чувство осязания, сообщает о физических границах своего тела, отделяющих его от внешнего мира, дает возможность человеку чувствовать свою ограниченность от окружающей среды. Тактильная чувствительность определяет возможность встречи с незнакомым, готовность к контакту.

2. Чувство собственного движения, или кинестетическое чувство, позволяет почувствовать себя через свою активность, вписываться в пространство и соотносить самого себя с окружающим миром, в том числе с другими людьми. Оно же дает возможность воспринимать изменение в относительном положении частей тела в пространстве. Это чувство предполагает восприимчивость к пространственным изменениям других людей и предметов – способность соотносить свои и чужие движения, учитывать их, уподобляться и подражать.

3. Чувство равновесия сообщает о положении тела и головы в пространстве и наличии вращательного движения. Оно позволяет управлять телом при любых изменениях положения, чувствовать и воспроизводить специфически человеческую вертикальность. Чувство равновесия позволяет ощущать в себе некий центр, ядро, соразмерность действия силы тяжести и сил противодействия ей - «себя в себе».

Таким образом, ребенок начинает чувствовать и определять себя и границы своего тела через свои движения (чувство собственного движения), положение в пространстве (чувство равновесия), и через тактильное чувство (осознание).

Таким образом, *переживание своего движения, телесного равновесия и тактильных ощущений мы будем называть пространственным образом себя в границах своего тела.*

Попытаемся рассмотреть этапы и условия формирования пространственного образа Я.

Условия становления пространственного образа Я в раннем детстве

Уже в процессе рождения включаются кожная тактильная чувствительность и чувство осязания. Можно сказать, что новорожденный воспринимает ближайший окружающий мир через осязательный опыт, и в этом осязании неосознанно отграничивает и постепенно выделяет самого себя. С первых месяцев жизни включается кинестетическое чувство – чувство собственного движения. Его развитие тесно связано со способностью управлять своими движениями. Ребенок добирается до интересующего предмета, научается чувствовать оптимальное положение тела для ползания вперед, сидения, залезания. С первого месяца после рождения возникает и крепнет вместе с движением чувство равновесия. К концу года все более уверенно осваивается самостоятельное прямохождение. Любое изменение положения тела не может происходить без возникающего всякий раз изменения равновесия.

С появлением самостоятельного передвижения происходит, с одной стороны, интенсивное освоение окружающего мира, а с другой – дальнейшее интенсивное становление телесных чувств, способствующих переживанию своего «Я». Становление пространственного образа «Я» происходит на пересечении двух встречных процессов, один из которых направлен внутрь самого себя (ощущение своих движений и границ своего тела), а другой - вовне (освоение свойств и качеств предметов окружающего мира и опять же своих границ и возможностей в нем). На основе этого двоякого процесса появляется и развивается ощущение «Я».[6]

Самостоятельное передвижение расширяет разнообразие новых впечатлений – колючий куст, шершавая скамейка, теплый камень. Все эти чувственные впечатления обычно не рассматриваются как источник развития самосознания, в лучшем случае они выступают как сенсорные стимулы, при этом упускается из вида, что переживание разных тактильных ощущений – тоже суть *переживание самого себя.*

В раннем возрасте закладываются такие важные качества, как моторная ловкость, чувство равновесия, соразмерность и целенаправленность движений и др. В современной педагогике формирование этих качеств обычно связывают с физическим воспитанием детей. Однако данный аспект не сводится к тренировке движений и к развитию моторики. Он охватывает характер взаимодействия маленького ребенка с миром (не только физическим, но и социальным), и прежде становление *само-чувствия.*

Между тем далеко не всегда становление пространственного образа «Я» происходит благополучно. Практика показывает, что нарушения формирования самовосприятия имеют две основные тенденции: либо в сторону стертости, размыто-

сти, отсутствия границ своего «Я», либо в направлении чрезмерной закрытости, отгороженности от окружающего мира. Для детей с *ослабленной разделительной функцией границы* характерны высокая чувствительность при сниженной двигательной и общей активности, неуверенность, тревожность, страх перед неизвестным. Это проявляется в повышенной восприимчивости к воздействиям внешнего мира – в чрезмерной возбудимости, обостренной тактильной чувствительности, импульсивности и непредсказуемости движений. У отдельных детей даже легкое покачивание вызывает цепляние, уход, плач.

Ослабленность связующей функции границ («плотная, толстая граница») проявляется в снижении чувствительности, которая иногда сочетается с повышенной активностью. В свободном движении ребенок может демонстрировать высокую подвижность при недостатке моторной ловкости – двигается неуклюже, неловко, может задевать или сбивать элементы пространства. К собственному негативному опыту (оступился, промахнулся) такие дети относятся безразлично, самокоррекция отсутствует. Таким детям свойственна нечувствительность к любым воздействиям: погруженность в себя, некоторая душевная и телесная «толстокожесть», которая проявляется в «неуклюжести» движений, повышенном пороге тактильной чувствительности, общей пассивности, сниженном интересе к окружающему.

Эти нарушения далеко не всегда имеют патологический характер. Вместе с тем, незначительные нарушения моторики и координации движений в раннем детстве чреваты серьезными психологическими проблемами в дальнейшем. Все это выдвигает задачу своевременной коррекции нарушений в становлении границ своего «Я», которая имеет исключительное значение для дальнейшего развития личности и самосознания детей. Можно полагать, что основным направлением коррекционной работы в этом направлении должно стать создание условий для *переживания своего движения, чувства равновесия и тактильных границ своего тела*.

Известно, что решающим условием превращения непроизвольных движений в произвольные является *их осознанное восприятие*. [8] Непроизвольное движение, прежде чем превратиться в управляемое, должно стать ощущаемым, т. е. представленным самому субъекту. Это положение было доказано в экспериментальных исследованиях. Однако эти исследования проводились на взрослых или детях старшего возраста. Между тем пространственный образ «Я», схема тела начинают складываться в раннем возрасте (до 3 лет).

Интересно, что в народной педагогике существует множество игр, которые известны как потешки и пестушки, хороводы или ритмические игры, которые непременно сопровождаются стихами и песенками, касанием, поглаживанием, похлопыванием, качанием и т. п. Эти игры можно назвать сенсорно-двигательными, поскольку они построены на основе целенаправленного воздействия прикосновений и движений различной модальности на тело ребенка, благодаря чему возникает первый опыт активного переживания своего тела. Такого рода игры можно встретить в разных культурах, но смысл и задачи у них совершенно идентичны – полноценное телесно-речевое общение с матерью. Это жизненно-необходимая в данном возрасте форма взаимодействия и развития малыша. В совместных со взрослым эмоционально-наполненных действиях, через телесный контакт с матерью (поглаживания, похлопывания, передвижения и пр.) ребенок может переживать самого себя и свои движения особенно ярко. Мы полагаем, что на этапе преимущественной активности взрослого в отношении ребенка мы можем говорить об ощущениях своего тела. На этапе перехода активности к ребенку и дальнейшего развития его самостоятельности в игре можно говорить о возникновении чув-

ства как результата ощущений и начале восприятия.

Следует отметить, что многие современные программы используют разные виды игр, в том числе игры с движением. Но тактильные, двигательные и чувственные впечатления обычно не рассматриваются как источник развития самосознания. Чаще всего они выступают как средства развития восприятия, общения с матерью и выразительности движений [4, 6]. Мы же рассматриваем данные игры как источник переживания самого себя, которое лежит в основе личностных качеств более высокого порядка. Мы полагаем, что данные игры являются важнейшим средством развития самосознания и его первичной формы – пространственного образа «Я».

К сожалению, развивающий потенциал этих игр в настоящее время используется явно недостаточно. Повышенный интерес родителей маленьких детей к раннему интеллектуальному развитию сводит к минимуму, практически вытесняет традиционные формы воспитания и развития, в том числе сенсорно-двигательные игры. Их репертуар ограничен, а воспитательное значение вообще не принимается всерьез. Можно предположить, что одной из причин нарастания проблем в развитии детей раннего возраста, о котором говорилось выше, является дефицит сенсорно-двигательных впечатлений и игр в раннем возрасте, которые дают уникальный двигательный и тактильный опыт, включенный в эмоциональное общение с родителями. В этой связи возникает необходимость научного анализа данных игр, который предполагает выявление их структуры, их систематизацию, а также изучение их влияния на становление пространственного образа «Я» ребенка. На решение этих задач направлена наша работа.

Психологический анализ и систематизация сенсорно-двигательных игр

Мы стремились выделить характерные черты и развивающее значение сенсорно-двигательных игр. Это особенно актуально в современной ситуации, когда выпускается масса различных игровых пособий и методических материалов по играм, адресованных родителям маленьких детей и специалистам. Но их развивающая направленность весьма различна, практически отсутствуют квалифицированные рекомендации, равно как и психологическая и педагогическая экспертиза такой продукции.

Итак, игры, которые направлены на формирование различных модальностей ощущения собственной телесности и восприятие себя в пространстве, а также на создание условий для переживания телесных границ, мы называем сенсорно-двигательными. Сенсорно-двигательным играм присущи следующие отличительные особенности:

1. В их основе всегда лежит определенный целостный образ какого-либо действия или события, который создается *рифмованным текстом или песенкой*. Этот образ является своеобразной культурной формой, которая передается ребенку.

2. Содержание игры построено на *ритмически чередующихся движениях*, в которых представлены переходы контрастных ощущений: крепко-нежно, быстро-медленно, высоко-низко, далеко-близко, напряженно-расслабленно и пр. Необходимым моментом являются *повторы*, предполагающие различные качества и вариации движений.

3. Игра происходит в тесном *эмоциональном контакте* с близким взрослым. Напряжение и расслабление по ходу развития сюжета малыш переживает *вместе с близким взрослым*. Вовлечение детей в самостоятельные игровые действия осуществляется исключительно через эмоциональную общность и подражание взрослому. Задания, наставления, замечания, оценка действий ребенка исключены.

Сенсорно-двигательные игры в явной, очевидной для малыша форме предъ-

являют образцы осмысленных и понятных ему движений и побуждают к их воспроизведению. Внешнее и внутреннее уподобление, проигрывание своего действия становится условием его чувствования, осознания. Для того чтобы сенсорно-двигательные игры отвечали своему назначению, должны выполняться два взаимосвязанных условия. Первое – выразительное, эмоционально-окрашенное действие взрослого, его пристальное внимание к ребенку, и второе – активно-воспринимающая позиция малыша, его внимание к взрослому. При соблюдении этих условий данные игры дают ребенку возможность прочувствовать свое движение, равновесие, поверхность своего тела и его границы (статические и кинетические) и развить восприятие самого себя в пространстве.

Итак, сенсорно-двигательные игры это всегда **совместная деятельность, общность** ребенка и взрослого.

Нами были проанализированы около 100 сенсорно-двигательных игр (народных и авторских) и разработана их классификация в контексте поэтапного и целенаправленного формирования пространственного образа себя. В основание предложенной классификации положено изменение собственной активности ребенка. По выраженности активности ребенка и степени участия взрослого сенсорно-двигательные игры условно можно разделить на два типа: **тактильно-кинестетические** и **образно-жестовые игры**.

Тактильно-кинестетическими играми мы называем игры, характерной особенностью которых является **непосредственный тактильный и двигательный контакт взрослого и ребенка**. Взрослый буквально действует телом ребенка, а малыш только **принимает** эти действия взрослого, все его внимание сконцентрировано на ощущении своих «пассивных» движений. Тактильный контакт (непосредственное прикосновение и действие взрослого с телом ребенка) обеспечивает возможность малышу концентрированно пережить разное качество прикосновений и телесных ощущений от собственного тела. Через разные качества тактильного воздействия ребенок дифференцирует ощущения своего тела и отграничивает себя от окружающего. Задача кинестетического контакта в этих играх – выделить для ребенка особенности ощущений движения и осязания в трех измерениях пространства: фронтальной, вертикальной, горизонтальной, и ощутить изменение равновесия.

Игры этого типа по области воздействия могут быть **целостными**, в которых «задействовано» все тело малыша, и **локальными**, в которых участвуют отдельные части тела (ручки, ножки, животик и пр.).

Целостные тактильно-кинестетические игры. Примером целостной игры может служить известная «По ровненькой дорожке... в яму бух!». Здесь кинестетический компонент выражен наиболее ярко. В такой игре при подскоках на коленях взрослого включается проприоцептивная чувствительность всего тела ребенка, малыш может ощущать микромоменты невесомости и усиления гравитации, потери и обретения равновесия, а в конце (при падении на выпрямленные ноги взрослого) осязать всю заднюю поверхность своего тела.

Еще одним примером является игра «Потягушеньки», где представлены и тактильный, и кинестетический компоненты. Взрослый ласково приговаривая «Потягушеньки-порастушеньки», гладит, растягивает и пожимает тельце малыша. Задача этой игры и соответственно ребенка при этом – ощущение всей поверхности тела от макушки до носочков, ощущение крайних точек тела, вертикального и горизонтального направления. В игре делается акцент на максимальный и минимальный размер тела, его максимальное расширение и сжатие. Важно акцентировать прикосновением крайние точки – от макушки до самых носочков, до кончи-

ков рук и ног.

Локальные тактильно-кинестетические игры. В локальных играх, соответственно, акцент делается на концентрированное восприятие какой-то отдельной части тела – животик, спинка, ножки, стопы и т. п. Например, в игре «Ков-ковалек» мама согнув ножки ребенка, ритмично хлопает по поверхности его подошвы в ритме стиха:

Куй, куй, ковалек,

Подкуй сапожок и т. д.

Поскольку контакт на уровне прикосновения – это внедрение в пространство другого человека, чрезвычайно важными становятся эмоциональное состояние взрослого и характер действий. Прикосновение дает ощущение полноценного контакта и отвечает задачам тактильно-кинестетических игр тогда, когда оно точное, плотное, внимательное, аккуратное, тщательно выверено по силе, глубине, амплитуде своих вариаций и учитывает личностные и телесные особенности ребенка и его актуальное состояние.

Другой большой класс составляют различные **образно-жестовые игры**. Они построены на **подражании ребенка выразительным движениям взрослого**. Именно через подражание развивается способность воспринимать, усваивать и воспроизводить осмысленные движения. Выразительные характерные жесты позволяют создать и удерживать образ. Создание и переживание различных образов дают возможность глубоко прочувствовать разные качества ощущения себя в собственном теле и себя в окружающем пространстве. Образы, создаваемые в этих играх, могут быть конкретными, отражающими события из жизни ребенка (например, утренняя зарядка), или отвлеченными, сказочными, (например, скачущие зайчики, гнущиеся деревья и т. п.) К образно-жестовым играм можно отнести и пальчиковые игры.

По уровню сложности и по степени самостоятельности ребенка среди образно-жестовых игр мы выделили два типа. Первый тип – **простая жестовая игра** в основе имеет обычно совсем несложный сюжет, отображающий *конкретные повседневные действия*: умывание, зарядку, одевание и т. п. Содержание жестовой игры задается стихотворной декламацией или пением. В ней, как правило, требуется предметная опора: части тела ребенка или материалы – мячи, ленты на палке и т. п. Она может выполняться как сидя – с отдельными локальными движениями, так и стоя – с локальными и общими движениями.

Второй тип – **музыкально-ритмическая игра** – более развернута по содержанию, наполнена более сложными образами и предоставляет детям больше самостоятельности. Такая игра может сочетать элементы организованного хоровода и свободные самостоятельные движения в кругу. Она предполагает более высокий уровень воображения. В ней ребенок полностью самостоятелен в подражании движениям взрослого и в силу образности содержания волен изобретать собственные вариации движений. Для детей раннего и младшего дошкольного возраста игра выполняется с предметами, помогающими формировать образы. Для этого класса игр на первое место выдвигаются выразительность, достоверность жестов и эмоциональность примера взрослого.

Приведем для примера фрагменты жестовой и музыкально-ритмической игр. В силу того, что этот жанр редко используется в педагогической практике, опишем их подробнее.

Пример простой жестовой игры «Зарядка».

Задача игры – переживание сжатия и расширения в разных направлениях, ощущение своего максимального и минимального размера.

Мы сегодня утром встали (встаем со стульчиков, прочувствовав опору в ногах,)

И зарядку делать стали:

Ручки вверх (потянулись пальчиками высоко - максимальный продольный размер)

Ручки вниз (наклонились, не приседая, опустили руки к полу – продольный размер вполупину)

Вправо-влево потянься (руки растянуть до максимального поперечного размера по горизонтали)

А потом в клубок свернись (сжались, обхватив колени на корточках, до минимального размера, голову спрятали в колени)

Пола ручками коснись, пола ручками коснись (из сжатого состояния ритмично и легко постучать пальцами по полу – акцент на маленькие подушечки пальцев)

И до неба дотянись (вытягиваемся вверх – из минимального в максимальный продольный размер. Повтор.)

А потом к себе вернись (скрещиваем руки на груди, успокаиваясь в телесном центре.)

Характерная особенность всех этих игр заключается в ритмическом чередовании полярных по характеру движений в рамках единого сюжета (высоко-низко, сильно-расслаблено, далеко-близко и пр.).

Характеристика коррекционной программы, направленной на формирование пространственного образа «Я» ребенка

Данная типология легла в основу авторской программы Е.А. Абдулаевой, построенной на сенсорно-двигательных играх для детей раннего и младшего дошкольного возраста. Программа включает как традиционные народные, так и авторские игры. Все *игры по степени сложности, собственной активности ребенка и порядку предъявления* разделены на четыре этапа.

I. На первом этапе (от младенчества приблизительно до 2 лет) используются преимущественно тактильно-кинестетические игры на коленях у взрослого, простейшие жестовые игры и элементарные хороводы (типа «карусели»). Ребенок преимущественно «пассивно» воспринимает свое движение и равновесие, через разнообразные прикосновения воспринимает границы своего тела.

II. На втором этапе тактильно-кинестетические игры сохраняются, но осуществляются уже не на коленях взрослого, а на отдельных стульчиках, на ковре или на месте в кругу. Основную часть этапа составляют простейшие жестовые игры, которые происходят по подражанию взрослому (ориентировочный возраст 2,0-2,9). На этом этапе тактильные ощущения создаются и переживаются ребенком более активно, возникает активное проживание движения и телесного равновесия.

III. На третьем этапе тактильно-кинестетические игры выполняются детьми самостоятельно из подражания взрослым. Образно-жестовые игры становятся сложнее, и к ним добавляются музыкально-ритмические в соответствии с уровнем развития детей (ориентировочный возраст 2,6-4 года). Хороводное движение все больше уступает место свободному движению в кругу «виноградом», переживается не только собственное движение, но соотнесение своего движения с общим движением группы, появляется определение своего места в кругу, переживание нарастающих двигательных и эмоциональных контрастов.

IV. Наконец, на четвертом этапе (от 3,5-4 до 6-7 лет) широко представлены музыкально-ритмические игры с развернутым содержанием, включением сложных жестовых и пальчиковых элементов и предполагающие самостоятельность и

творческую активность детей. Вариативность ощущения себя в границах собственного тела через тактильное и кинестетическое чувство, а также чувство равновесия достигает максимального уровня.

Переход от одних игр к другим определяется не только паспортным возрастом ребенка, но прежде всего уровнем его развития (длительностью внимания, моторной ловкостью, воображением и пр.) и, конечно, задачами развития. Поэтому они могут быть актуальны как средство коррекции и в младшем школьном возрасте.

Данная программа апробировалась в течение 5 лет. В процессе апробации наблюдался постепенный переход от восприятия и внимательного наблюдения за действиями взрослого к самостоятельным игровым действиям.

На первых занятиях внешняя активность ребенка минимальна. Она выражается главным образом в эмоциональной вовлеченности: в сосредоточенном наблюдении, в отдельных спонтанных движениях, в проговаривании отдельных слов и звуков. Внимание ребенка, которое определялось по его взгляду и по мало-заметным движениям, сосредоточено на восприятии движений и на переживании игровой ситуации. Активность взрослого при этом максимальна, он как бы действует «за двоих».

Постепенно дети включаются в игру, стремятся самостоятельно воспроизводить движения взрослого, хотя их движения еще не точны, иногда запаздывают, а иногда вовсе отсутствуют (ребенок как будто замирает, впитывая происходящее). Они нуждаются в непосредственном контакте и выразительном примере взрослого.

В дальнейшем внешне видимая, проявленная активность ребенка достигает максимума, в то время как активность взрослого сокращается и остается только как выразительный пример для подражания. Наблюдается все более осмысленное воспроизведение нужных движений, характера образов, жестов и пр. Активное включение в сюжет приводит к тому, что со временем дети предвосхищают знакомые события, придумывают свои вариации движений.

В данной динамике можно увидеть известный переход от интер- к интрапсихической форме действия. При этом происходит не только присвоение и освоение ребенком культурной формы игры, но и становление пространственного образа «Я», переход от подражания чужим движениям к переживанию и осуществлению собственных движений.

Апробация данной программы показала ее высокую эффективность для детей с различными отклонениями в формировании пространственного образа «Я». В результате проведения сенсорно-двигательных игр существенно повысились показатели не только моторного, но и познавательного, речевого и коммуникативного развития. Несомненное достоинство такого рода игр в том, что они оказались эффективными для детей с разными видами нарушений. Заметный прогресс наметился у детей не только с моторной неловкостью, но и с затруднениями в развитии речи и общения, расторможенностью, тенденцией к аутизации, энурезом, повышенной возбудимостью и др. Нам представляется, что столь широкий спектр воздействия сенсорно-двигательных игр связан с тем, что в них создаются оптимальные условия для становления такого базового психологического образования, как пространственный образ «Я», который можно считать первой формой самосознания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Развитие образа себя и привязанностей у детей от рождения до трех лет в семье и в доме ребенка. - М.: Смысл, 2003. – 159 с.
2. Ананьев Б.Г. К постановке проблемы развития самосознания // Избранные психологические труды, т. 2. – М.: Педагогика, 1980. – С. 108-127.

3. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 3-е издание дополненное и переработанное. – М.: АСТ, 2009. – 816 с.
4. Горшкова Е.В. Знакомьтесь: «Выразительное движение» // Дошкольное воспитание. – 1999, № 10. – С. 10–15.
5. Зинченко В.П. О начале научной работы М.И. Лисиной ([период 1952-1955 гг.](#)) // Вопросы психологии. – 2009, № 2. – С. 125-127..
6. Кениг К. Развитие чувств и телесный опыт / К. Кениг: [пер. с нем. Б.Г. Деева]. – Калуга: Духовное познание, 2002. – 168 с.
7. Ларечина С.В. Развитие эмоциональных отношений матери и ребенка. – СПб.: Речь, 2004. — 160 с.
8. Лисина М.И. О некоторых условиях превращения реакций из непроизвольных в произвольные // Доклады АПН РСФСР, 1957, № 1. - С. 85-89.
9. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
10. Лурия А.Р. Лекции по общей психологии. – СПб.: Питер, 2006. – 320 с.
11. Олпорт Г. Становление личности. – М.: Смысл, 2002. – 462 с.
12. Пивненко Т.В. Психологические границы Я в игре детей, не принимаемых сверстниками // Автореф. дисс. ...канд. психол наук. – М., 2008, - 24 с.
13. Семенович А.В. Ведение в нейропсихологию детского возраста. Учебное пособие – М.: Генезис, 2005. – 319 с.
14. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие - М.: Генезис, 2007. – 474 с.
15. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. - 1994, № 6. – С. 5-15.
16. Bexton W.A., Heron W., Scott T. Effects of decreased variations in the sensory environment // Canadian Journal of Psychology. 1954. Vol. 8 (p. 70-76.)
17. Brinkmann M. Psychomotorische Uebungsbeispiele fuer Kinder mit Lernschwierigkeiten // Fr. Arenhoevel, B. Ringbeck. Foerdern macht Spass. Ganzheitliche Foerdermassnahmen mit lernschwierigkeiten. - Donauwoert, Auer Verlag, 1998 (S. 55-57).
18. Hoppe A. Ergotherapie zur Foerderung von Kindern mit Lernschwierigkeiten // Fr. Arenhoevel, B. Ringbeck. Foerdern macht Spass. Ganzheitliche Foerdermassnahmen mit lernschwierigkeiten. - Donauwoert, Auer Verlag, 1998 (S. 38-42).

E.O. Smirnova, E.A. Abdulaeva

FORMATION OF THE SPATIAL IMAGE OF HIMSELF IN THE EARLY AND PRE-SCHOOL AGE

Moscow City Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article considers the conditions of formation of the spatial image of the "Self" as the first form of self-consciousness. As a major source of spatial image "Self" stand self-movement, balance and touch that define the boundaries of the solid "Self" in their field mediates the connection between "Self" and "the World". Describes the most common violations of the phenomenon of formation of the solid boundaries "I". As a means of habilitation and correction of the spatial image of the "Self" are considered sensorimotor games. This article first introduced the psychological analysis of sensory-motor games and their classification. A brief description of correctional and development program.

Keywords: self-awareness, spatial image of "Self", the motor-sensory development, physical boundaries of the "Self", balance, touch, sense of self-motion, sensory-motor play, imitation, tactile, kinesthetic, tactile-game gestural game.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭДИНБУРГСКОГО РИСУНОЧНОГО ТЕСТА ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. Статья посвящена опыту использования Эдинбургского рисуночного теста (ЭРТ) в диагностическом обследовании глухих и слабослышащих детей 5-8 лет. Исследование показало, что этот невербальный рисуночный тест вполне можно применять в диагностике интеллектуального развития глухих и слабослышащих детей при соответствующей адаптации инструкции с учетом их речевого развития и возможностей включения письменных и жестовых инструкций в тренировочные задания. Использование ЭРТ в диагностическом обследовании глухих и слабослышащих детей дает также новые возможности в исследовании развития и своеобразия интеллектуальных операций обобщения, анализа и синтеза.

Ключевые слова: глухота, слабослышание, интеллект, интеллектуальные операции, анализ, синтез, обобщение, классификация, сравнение.

Совершенствование процесса коррекционного обучения, реализация инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с нарушениями слуха, требует улучшения психологического изучения глухих и слабослышащих, своевременного обнаружения пробелов в развитии их интеллекта. В связи с этим все большую актуальность приобретает использование более широкого меню инструментария для психодиагностики интеллекта и интеллектуальных операций у детей с нарушением слуха.

Эдинбургский рисуночный тест (Edinburgh Picture Test) для определения уровня развития интеллекта и интеллектуальных операций детей 5-8 лет впервые в отечественной психологии был применен М.О. Александрович для диагностики интеллекта и интеллектуальных операций старших дошкольников с психофизическими нарушениями, в том числе и с легкими нарушениями слуха[2]. Эдинбургский рисуночный тест (ЭРТ) позволяет диагностировать уровень развития отдельных интеллектуальных операций (*обобщение, анализ и обобщение, сравнение, классификация, анализ и синтез*) и интеллекта в целом. Он состоит из 5 графических субтестов (*шестой лишний, классификация действий, перевертыш, аналогии, последовательности*). Каждый из субтестов включает десять заданий. Общая длина теста - 50 тестовых заданий плюс восемь тренировочных заданий. Время тестирования для ЭРТ составляет 20-30 минут. Временные рамки для выполнения каждого субтеста составляют от 2,5 до 6 минут.

Целью нашего исследования было изучение особенностей интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с нормальным и нарушенным слухом на основе использования ЭРТ.

Задачами исследования стали:

1. Апробировать ЭРТ для диагностики интеллектуального развития дошкольников с выраженным нарушением слуха.
2. Адаптировать методику применения ЭРТ для диагностики интеллектуальных операций глухих и слабослышащих детей старшего дошкольного возраста.
3. Провести сравнительное изучение выполнения заданий ЭРТ детьми с нормальным и нарушенным слухом.

Исследование осуществлялось на базе ГОУ специальная коррекционная начальная школа - детский сад 1, 2 вида № 1635 г. Москвы, ГОУ детский сад №

669 комбинированного вида г. Москвы, ГОУ ЦППРиК «Благо» г. Москвы, в подготовительных группах при государственной гимназии МОУ лицей № 9 г. Орехово-Зуево, МОУ СОШ № 12 с УИОП г. Орехово-Зуево.

В исследовании приняли участие 60 детей (32 мальчика и 28 девочек) в возрасте 5-8 лет без диагностированных психических и неврологических отклонений развития: 20 слабослышащих и 20 глухих детей; контрольную группу составили 20 детей с сохранным слухом.

Все дети были обследованы в индивидуальном порядке.

Распределение детей контрольной и экспериментальной групп по возрасту представлено в табл. 1. Значимых различий по возрасту между группами не выявлено.

Таблица 1.

Распределение детей в контрольной и экспериментальных группах по возрасту

Группы	Количество испытуемых	Средний возраст (в месяцах)	Стандартное отклонение (в месяцах)	Минимум – Максимум (в месяцах)/годах
Контрольная	20	79,7	8, 69	65-94/5,4-7,8
Слабослышащие дети	20	79,25	8, 69	66-91/5,5-7,6
Глухие дети	20	78,8	8, 67	64-90/5,3-7,6

При тестировании детей с выраженной потерей слуха (глухие) помимо устной инструкции предъявлялись также письменные инструкции, пантомима и жесты, при этом учитывались индивидуальные возможности глухого ребенка воспринимать устную и письменную речь.

На материале тренировочных заданий в каждом субтесте глухому ребенку инструкция предъявлялась различными способами:

- *Инструкция 1* - устное предъявление инструкции (в соответствии с методикой Эдинбургского рисуночного теста, по М.О. Александрович);
- *Инструкция 2* – устное и письменное (на табличке) предъявление инструкции;
- *Инструкция 3* – устное и письменное предъявление предыдущей инструкции, подкрепленное естественными и специальными жестами;

В том случае, если ребенок не понимает инструкцию 1, в дополнение предъявляется инструкция 2, в том случае, если ребенок не понимает инструкцию 2, в дополнение ему предъявляется инструкция 3.

Результаты исследования. Эмпирическое исследование, проведенное с помощью ЭРТ на выборке здоровых детей (N=20 детей старшего дошкольного возраста) и детей с нарушениями слуха (N=20 слабослышащих детей, N=20 глухих детей), позволило выявить индивидуальные особенности их интеллектуального развития и развития интеллектуальных операций. Было установлено, что средний балл IQ для выборки детей с нормативным типом развития составляет 103,15 баллов (стандартное отклонение 8,76), что является показателем среднего уровня развития *системы интеллектуальных операций* (у 20 детей).

В двух экспериментальных группах детей с нарушением слуха отмечен низкий (7 слабослышащих и 4 глухих) и средний (13 слабослышащих и 16 глухих) уровень развития *системы интеллектуальных операций*. Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшее (*максимум*) количество баллов IQ набрали испытуемые контрольной группы. Группа глухих детей набрала среднее количество баллов, при этом самый низкий (*минимум*) результат зафиксирован у слабослышащих дошкольников.

Таблица 2.

Распределение результатов выполнения теста ЭРТ в контрольной и экспериментальных группах по уровню интеллектуального развития IQ

Группы	Количество испытуемых (N)	Средний балл IQ	Стандартное отклонение	Минимум – Максимум
Контрольная(слышащие дети)	20	103,15	8, 76	91-121
Слабослышащие дети	20	93,35	5, 19	83-105
Глухие дети	20	95,95	6,41	80-105

Далее в ходе исследования был проведен межгрупповое сравнение количества правильных ответов по каждому субтесту, результаты которого представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Распределение результатов выполнения субтестов детьми контрольной и экспериментальных групп

Субтест	Группы	Среднее количество баллов	Стандартное отклонение	Минимум – Максимум
Шестой лишний	Контрольная	5,8	2,3	0-9
	Слабослышащие	5,4	1,14	2-7
	Глухие	6,3	1,86	1-9
Классификация действий	Контрольная	7,15	1,08	4-9
	Слабослышащие	6,45	1,43	4-10
	Глухие	6,95	2,06	2-10
Перевертыш	Контрольная	7,45	1,46	4-9
	Слабослышащие	4,8	1,6	3-10
	Глухие	6,1	1,88	3-9
Аналогии	Контрольная	6,3	1,59	4-10
	Слабослышащие	4,95	1,27	3-7
	Глухие	4,45	1,53	0-6
Последовательности	Контрольная	5,25	1,83	2-9
	Слабослышащие	3,4	1,84	0-8
	Глухие	3,2	1,96	0-6

Первичный анализ экспериментальных данных позволил установить, что при выполнении субтеста «Шестой лишний» (интеллектуальная операция *обобщение*) наибольшее количество правильных ответов отмечается в группе старших до-

школьников с глухотой. Средние показатели выполнения субтеста зафиксированы у испытуемых контрольной группы. Слабослышащие дошкольники набрали наименьшее количество средних баллов.

При выполнении субтеста «Классификация действий» (интеллектуальные операции *анализ и обобщение*) самые высокие показатели выявлены у слышащих дошкольников, слабослышащие испытуемые набрали меньшее количество баллов по сравнению с глухими сверстниками.

Анализ результатов, полученных при выполнении субтеста «Перевертыш» (интеллектуальная операция *сравнение*), позволил констатировать, что наименьшее количество баллов выявлено в группе слабослышащих дошкольников, наибольшее – у их слышащих сверстников. У глухих дошкольников зафиксированы средние показатели.

При выполнении субтеста «Аналогии» (интеллектуальная операция *классификация*) было выявлено, что слабослышащие дошкольники выполнили субтест хуже, чем слышащие дети, но лучше, чем глухие.

При выполнении субтеста «Последовательности» (интеллектуальные операции *анализ и синтез*) было отмечено, что дети контрольной группы набрали наибольшее среднее количество баллов, наименьшее среднее количество баллов было отмечено у глухих детей, средние показатели зафиксированы у слабослышащих испытуемых.

Сравнительный анализ развития интеллекта и интеллектуальных операций детей с нормальным слухом и их глухих и слабослышащих сверстников показал, что интеллектуальное развитие детей контрольной группы выше, чем в экспериментальных.

Однако межгрупповое сравнение субтестов показало при выполнении отдельных тестовых заданий (субтест «Шестой лишний»), что глухие дети дали большее количество правильных ответов по сравнению с дошкольниками контрольной группы. Также было отмечено, что внутри экспериментальных групп показатели были неоднозначными, т. к. при выполнении одних субтестов («Шестой лишний», «Перевертыш», «Классификация действий») наибольший средний балл был зафиксирован у глухих детей, при выполнении других заданий («Аналогии», «Последовательности») наибольший средний балл в экспериментальных группах получили слабослышащие дошкольники. Это потребовало более глубокого анализа полученных экспериментальных данных с использованием методов статистической обработки экспериментальных данных.

На первых этапах обработки полученных данных было проведено сравнение контрольной и экспериментальных групп по успешности выполнения тестовых заданий и уровню интеллектуального развития.

Для выявления влияния независимого фактора «Группа» на уровень интеллектуального развития испытуемых был проведен дисперсионный анализ, который показал значимый эффект $F(2,57)=10,669$; $p<0,0001$ (см. рис. 1).

Для межгруппового сравнения был использован t-критерий Стьюдента. Были выявлены значимые различия между контрольной и обеими экспериментальными группами по уровню интеллектуального развития. При этом экспериментальные группы между собой значимо не различались.

Дополнительно был проведен анализ и выявлен значимый эффект ($F(2,57)=7,01$; $p<0,001$) влияния фактора «Группа» на успешность выполнения тестовых заданий. Также как и по уровню интеллектуального развития, по успешности выполнения тестовых заданий выявлены значимые различия между группой слышащих детей и детей с нарушениями слуха. Внутри экспериментальных групп значимых различий не выявлено.

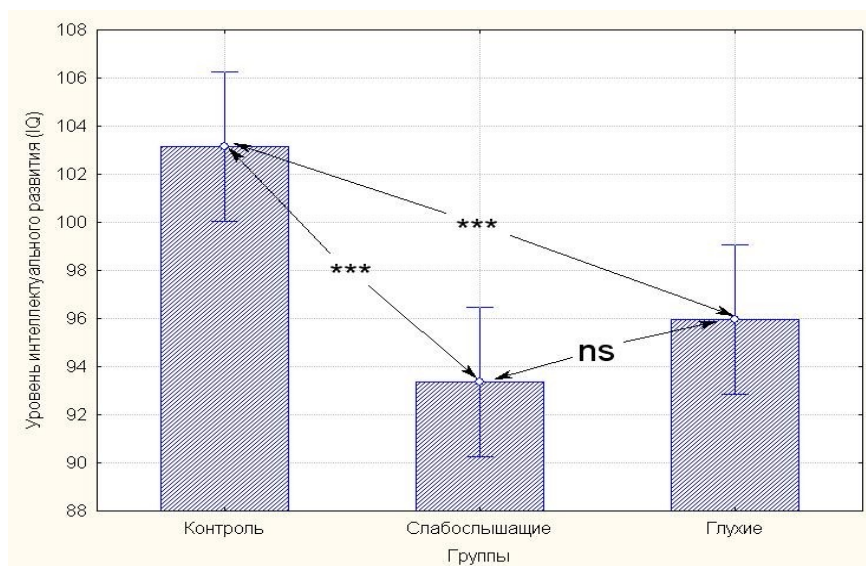


Рисунок 1. Влияния независимого фактора «Группа» на уровень интеллектуального развития испытуемых; *- $p=0,05$; ** - $p=0,01$; ***- $p<0,005$; ns- нет значимых различий.

Для изучения того, какой вклад отдельные интеллектуальные операции вносят в полученные межгрупповые различия, был проведен дисперсионный анализ, который показал значимое влияние фактора «Группа» на выполнение того или иного субтеста ($F(10,106)=4,404$, $p=0,00004$).

Далее были проведены множественные межгрупповые сравнения успешности выполнения каждого субтеста с поправкой Бонферрони ($p<0,05/3 \times 5$). Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Межгрупповые сравнения успешности выполнения субтестов

Субтесты	Сравнение контрольной группы и слабослышащих	Сравнение контрольной группы и глухих	Сравнение слабослышащих и глухих
Шестой лишний	ns	ns	ns
Классификация действий	ns	ns	ns
Перевертыш	$t=5,44^*$ $p=0,000003^*$	$t=2,52$ $p=0,01$	$t=-2,34$ $p=0,02$
Аналогии	$t=2,95$ $p=0,05$	$t=3,73^*$ $p=0,0006^*$	ns
Последовательности	$t=3,18^*$ $p=0,002^*$	$t=3,41^*$ $p=0,001^*$	ns

* значимые межгрупповые различия, удовлетворяющие поправке Бонферрони ($p<0,003$).

Результаты, представленные в табл. 4, свидетельствуют о том, что дети контрольной группы значительно успешнее выполнили субтесты «Перевертыш», «Аналогии» и «Последовательности», чем испытуемые экспериментальных групп. При этом субтесты «Шестой лишний» и «Классификации» были выполнены дошкольниками всех трех групп одинаково успешно. Сравнение результатов выполнения

субтеста «*Перевертыш*» показывает, что глухие и слабослышащие дети значимо хуже справились с заданием, чем слышащие. Также по сравнению с детьми с нормативным типом развития в субтестах «*Аналогии*» и «*Последовательности*» глухие значимо хуже справились с выполнением заданий.

Если говорить о результатах выполнения заданий внутри экспериментальных групп, то в субтестах «*Аналогии*» и «*Последовательности*» между глухими и слабослышащими детьми значимых различий не выявлено.

Обсуждение результатов экспериментального исследования. В результате проведенного исследования был определен уровень интеллектуального развития IQ детей контрольной группы, который оказался на среднем уровне. Полученные данные среднего уровня интеллектуального развития объективно отражают общую картину интеллектуального развития старших дошкольников и соответствуют данным, полученным в других исследованиях [1, 3, 6].

У большинства детей с нарушениями слуха (13 слабослышащих и 16 глухих детей) также отмечен общий средний уровень развития интеллекта IQ. У меньшего количества испытуемых экспериментальных групп (7 слабослышащих и 4 глухих) отмечен низкий уровень интеллектуального развития IQ. Р. Р. Vernon, проанализировав проведенные с 1930 по 1967 гг. исследования интеллекта восьми тысяч глухих детей с помощью 16 различных тестов, заметил, что по тринадцати тестам глухие дети показали соответствующие или более высокие результаты, чем нормально слышащие [15]. По мнению М. Marshark, хотя глухие дети отстают от слышащих сверстников по уровню учебных навыков, они показывают сопоставимые со слышащими результаты выполнения невербальных тестов. Это значит, что успехи образования глухих зависят не только от развития интеллекта, но и от их социального и языкового опыта, методов обучения и многих других факторов [14].

Однако, несмотря на полученный общий средний уровень интеллектуального развития глухих и слабослышащих детей, стоит обратить внимание на неравномерную успешность выполнения каждого из пяти субтестов ЭРТ как внутри экспериментальных групп, так и в сравнении с контрольной группой. Объяснение этому мы видим в недостаточном изучении структуры нарушений развития у глухих и слабослышащих детей. Хотя при анализе их медицинской и психолого-педагогической документации мы не нашли убедительных данных о наличии дополнительных нарушений у этих детей, уровень их психолого-медико-педагогического обследования был явно недостаточен.

Если рассматривать уровень развития отдельных интеллектуальных операций, то межгрупповое сравнение показало, что при выполнении субтеста «Шестой лишний» (операция *обобщение*) и «Классификация действий» (операция *анализ и обобщение*) как слышащие, так и дети с нарушениями слуха дали примерно одинаковое количество правильных ответов (нет значимых отличий). Полученные нами результаты выполнения этим субтестам не подтверждают данные исследования Т.В. Розановой о том, что у глухих детей интеллектуальная операция обобщение, особенно обобщение действий, развита хуже, чем у слышащих [7]. Мы получили результаты, аналогичные данным М.О. Александрович, которые подтверждают, что уровень развития интеллектуальных операций анализа и обобщения у слабослышащих детей был самым высоким среди детей с особенностями психофизического развития.

Если говорить о результатах выполнения заданий внутри экспериментальных групп, то при выполнении субтестов «Аналогии» (операция *классификации*) и «Последовательности» (операции *анализ и синтез*) между глухими и слабослышащими детьми значимых различий не выявлено, при этом дети справились с заданиями значимо хуже по сравнению с контрольной группой. Замедленное развитие данных интеллектуальных операций также отмечала в своих исследованиях

Т.Г. Богданова. Она писала, что в развитии анализа и синтеза у детей с нарушениями слуха наблюдается отставание, у них позже формируется умение выделять как общие, так и специфические признаки объектов. Недостатки развития операций анализа отрицательно сказываются на операциях синтеза - он дольше остается менее последовательным и систематическим [5]. Анализ данных А.Ю. Хохловой, полученных с помощью теста Равена при обследовании глухих первоклассников, показал, что фактор дополнительных нарушений значимо влияет на успешность выполнения теста глухими детьми [4, 12]. Слабослышащие дети не отстают от слышащих сверстников при выделении отдельных свойств и признаков в объектах. Похожие выводы делала и Л.И. Тигранова в своих исследованиях, отмечая, что на успешность квалификации по цвету, форме, величине влияет лишь объективная сложность самого задания и слабослышащие дети не испытывают большие затруднения по сравнению со слышащими при классификации по двум признакам. Изменение форм анализа, усложнение его условий (расширение объема анализа, изменение его глубины и т. д.) приводят к тому, что процессы обобщения происходят на более низком уровне [10].

Выполнение субтеста «*Перевертыши*» (операция *сравнение*) показало, что слабослышащие и глухие дети значимо хуже справились с заданием, чем слышащие. Т.В. Розанова, И.М. Соловьев, Ж.И. Шиф, Н.В. Яшкова отмечали, что обучение речи в специальных детских садах и школах содействует развитию у глухих детей операции сравнения, дает возможность выделить величину, форму, назвать цвет предмета, его части. Однако они же подчеркивали, что трудности в развитии речи не могут не задержать развития операции сравнения у глухих дошкольников [7, 8, 11, 13].

Как отмечает Т.Г. Богданова, обобщения детей с недостатками слуха первоначально оказываются неточными, поскольку основываются на фрагментарном анализе предметов. Только по мере развития операции анализа, синтеза и сравнения в единстве с овладением речью у детей появляется возможность осуществления операций абстракции и обобщения предметов и явлений окружающего мира [5].

Таким образом, диагностическое обследование с помощью ЭРТ слабослышащих и глухих детей позволило выделить у них специфические особенности уровня развития отдельных интеллектуальных операций.

Выводы

1. Эдинбургский рисуночный тест позволяет изучать особенности интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с нормальным и нарушенным слухом.
2. Эдинбургский рисуночный тест может успешно применяться в диагностике уровня умственного развития детей 5-8 лет с выраженными нарушениями слуха при его некоторой адаптации.
3. Существуют различия в выполнении интеллектуальных заданий ЭРТ старшими дошкольниками с нарушенным и сохранным слухом, причина которых требует дальнейших исследований.
4. Большая, чем у слышащих детей, вариативность уровня развития интеллекта и интеллектуальных операций у детей с нарушениями слуха может быть объяснена разной историей обучения детей и возможным наличием у них дополнительных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г.Ю. Интеллект: новый взгляд // Вопросы психологии. - 1995. - Т. 1. - С. 111-131.
2. Александрович М.О. Эдинбургский рисуночный тест как метод диагностики уровня общих способностей старших дошкольников // Подготовка специали-

стов в сфере социально-педагогической и психологической помощи: опыт, проблемы, перспективы: Сб. материалов III Международной науч.-практ. конф., Минск, 10-11 апр. 2001 г. / Под ред. Ю.Н. Карандашева, Т.В. Сенько, Т.П. Михневич, В.В. Мартыновой, А.П. Лаврович. - Минск: БГПУ, 2001. - С. 206-207.

3. Анастази А. Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении / Пер. с англ. — М.: Эксмо-пресс, 2001. — 752 с.

4. Басилова Т.А., Моисеева И.В., Саприна Е.А., Хохлова А.Ю. Особенности глухих учащихся специальной школы и факторы, влияющие на сохранность их психического здоровья // Психологическая наука и образование. – 2010, № 2. - С.82-90.

5. Богданова Т.Г. Динамика интеллектуального развития лиц с нарушениями слуха. - М.: Спутник+, 2010. - 246 с.

6. Дружинин В.Н. Интеллект и продуктивность деятельности: Модель «интеллектуального диапазона» // Психологический журнал. — 1998. — Т. 19, № 2. - С. 61-70.

7. Розанова Т.В. Особенности познавательной деятельности глухих детей старшего дошкольного возраста // Дефектология. – 1997, № 4. — С. 56-67.

8. Соловьев И.М. Содержательно-динамические особенности познавательной деятельности у нормально слышащих и глухих школьников // Дефектология. – 1977, № 4. - С. 9-10.

9. Соловьев И.М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. Сравнение и познание отношений и предметов. - М.: Просвещение, 1966. - 224 с.

10. Тигранова Л.И. Умственное развитие слабослышащих детей. - М.: Педагогика, 1978. - 96 с.

11. Шиф Ж.И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей. - М.: Просвещение, 1968. – 316с.

12. Хохлова А.Ю. Использование теста «Прогрессивные матрицы Равена» для оценки уровня интеллектуального развития глухих детей // Дефектология. - 2005, № 6. – С. 71-76.

13. Яшкова Н.В. Наглядное мышление глухих детей. - М.: Педагогика, 1988. - 144 с.

14. Marshark M. Psychological Development of Deaf Children. - N.Y., Oxford Univ. Press, 1997. - 275 p.

15. Vernon P. Intelligence: Heredity and Environment. - San Francisco, CA: Freeman, 1979. - P. 39-53.

T.M. Lubimova & T.A. Basilova

APPLICATION OF THE EDINBURGH PICTURE TEST TO ASSESS THE LEVEL OF INTELLECTUAL DEVELOPMENT BY THE DEAF AND HARD OF HEARING CHILDREN

Moscow State University of Psychology and Education(Moscow).

Summary. The article is devoted to the experience of using the Edinburgh Picture Test in the diagnostic survey of deaf and hard of hearing children 5-8 years. The study showed that this non-verbal symbolic test can be applied in the diagnosis of the intellectual development of deaf and hard of hearing children with appropriate adaptation of instruction based on their speech development and the possibilities of incorporating written and sign language instruction in job training. The use of Edinburgh Picture Test in the diagnostic survey of deaf and hard of hearing children also gives new possibilities in the study of development and originality of the intellectual operations of generalization, analysis, synthesis, classification and comparison.

Key-words: deaf and hard of hearing children, intelligence, intelligence operations, analysis, synthesis, generalization, classification, comparison.

В.С. Собкин, Т.А. Лыкова

**ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
СТУДЕНТОВ-АКТЕРОВ¹**

ФГБНУ «Институт социологии образования» Российской академии образования (Москва)

Резюме. В статье приводятся результаты лонгитюдного исследования личностных особенностей студентов-актеров. Анализируются личностные характеристики, свойственные актерски одаренным подросткам, рассматриваются реакции студентов-актеров на фрустрирующие ситуации. Представлены результаты корреляционного анализа, направленного на выявление связей между реакциями на фрустрирующие ситуации и личностными характеристиками у отчисленных и продолживших обучение студентов.

Ключевые слова: актерская одаренность, профессиональный отбор, фрустрация, личностные особенности, психология актера.

Психологические исследования, направленные на изучения личности актера и особенностей актерской профессии представляются крайне важными, поскольку позволяют выявить с одной стороны, закономерности работы психических функций - мышления, воли, воображения, памяти, эмоциональной сферы [7, 10, 14, 22], а с другой - изучить структуру личности и ее особенности - мотивационную сферу, я-концепцию, способности, профессиональные ориентации и др. [3, 8, 11, 13, 25]. Отметим, что одним из наиболее эффективных в изучении актерской одаренности является комплексный подход, сочетающий диагностику творческих способностей, анализ личностных и психофизиологических особенностей с изучением специфики профессиональной актерской деятельности [4, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

Специальный интерес в изучении актерской деятельности представляет ситуация *формирования* личности актера, поскольку психологические механизмы профессиональной деятельности и актерского перевоплощения могут быть реально исследованы и поняты именно в логике *педагогической практики*, так как здесь они выступают в наиболее развернутом (экстериоризированном) виде. Иными словами, следуя за В.В. Давыдовым [6], мы можем сказать, что «проекция деятельности в плоскость ее усвоения» позволяет более рельефно выявить структуру деятельности.

Настоящая статья продолжает цикл исследований актерской одаренности, начатый нами в 1976 г. [15, 16] в детской театральной студии, а затем в ГИТИСе (мастерская О.П. Табакова) и продолжившийся в 2010 г. с открытием Московского театрального колледжа под руководством О.П. Табакова. Отметим, что в этот колледж принимаются подростки по окончании девятого класса (завершения обучения в основной школе) и по итогам прохождения жесткого конкурсного отбора, где на одно место претендуют более 100 человек. Драматична ситуация последнего отборочного этапа, где из более чем 150 претендентов зачисляются в колледж лишь 24 человека. В этой связи важно обратить внимание на то, что театральный колледж представляет собой особое учреждение среднего профессионального образования, где социальные механизмы отбора, а также мотивация и профессиональные установки учащихся существенно отличаются от ситуации рекрутирова-

¹ Авторы благодарят народного артиста СССР О.П. Табакова за поддержку данного исследовательского проекта.

ния в аналогичные учреждения. Туда, как правило, поступают при отсутствии серьезного конкурса, а сами учащиеся в большинстве своем характеризуются низкой академической успешностью и слабой мотивацией к получению соответствующего образования.

Заметим, что важным фактором как в работе со студентами, так и при проведении исследования является возраст учащихся и связанные с ним личностные проявления. Профессиональное становление будущих актеров здесь начинается в 15-16 лет, что на 2-3 года раньше, чем при поступлении в театральный вуз. Данный возраст, согласно концепции Д.Б. Эльконина, обозначается как старший подростковый или ранняя юность [25]. Основные новообразования этого периода заключаются в становлении самосознания, формировании ценностных представлений, идеалов, жизненных и профессиональных планов во временной перспективе. При этом данному этапу сопутствуют такие кризисные проявления личности, как эгоцентризм, тревожность, уязвимость, ранимость, неуверенность в себе и др. Л.И. Божович характеризовала период старшего подросткового возраста следующим образом: «Кризис подросткового возраста связан с возникновением в этот период нового уровня самосознания, характерной чертой которого является появление у подростка способности познать самого себя как личность, обладающую именно ей, в отличие от всех других людей, присущими качествами. Это порождает у подростка стремление к самоутверждению, самовыражению (т. е. стремление проявлять себя в тех качествах личности, которые он считает ценными) и самовоспитанию» [1, с. 236]. В работах Н.Н. Толстых отмечается, что отношение к будущему является важным маркером перехода от подросткового к юношескому возрасту: подростки воспринимают будущее с позиции настоящего, тогда как старшие школьники смотрят на настоящее с позиции будущего [24]. Л.С. Выготский в работе «Педология подростка» подробно рассматривал проблему интересов в переходном возрасте, называя ее «ключом ко всей проблеме психологического развития подростка». Все психические функции здесь действуют не бессистемно или автоматически, а в определенной системе, направляемые конкретными, отложившимися в личности стремлениями, влечениями и интересами. Л.С. Выготский выделил несколько групп интересов подростков, обозначив их как доминанты: эгоцентрическая доминанта (интерес к собственной личности), доминанта дали (стремление к большим масштабам восприятия и деятельности), доминанта усилия (тяга к стремлению, преодолению, сопротивлению, могущая принимать формы непринятия авторитетов, протестов и др.), доминанта романтики (стремление к героизму, риску, неизвестности) [2]. С точки зрения Э. Эриксона, главной характеристикой подросткового возраста является кризис идентичности, где основной задачей человека является формирование целостного образа себя, включающего социальные роли, особенности личности и характера, а также интегрированные представления о себе в прошлом, настоящем и будущем [27].

Описанные особенности старшего подросткового возраста являются универсальными для большинства современных молодых людей, независимо от выбранной ими будущей профессии, однако, в ситуации профессионального обучения актерскому мастерству, предполагающей развитие механизмов идентификации и самоопределения, эти особенности играют особую роль в личном и профессиональном становлении будущих актеров. В этой связи возникает вопрос об особых личностных характеристиках, определяющих актерскую одаренность.

В настоящей статье мы подробно остановимся на выявлении личностных характеристик, оказывающихся значимыми на этапе приема в театральный колледж и свидетельствующих о предрасположенности к актерской деятельности. Основ-

ным инструментом для выявления личностных качеств студентов-актеров выступал тест Р. Кеттелла 16 PF [8, 29]. Он использовался нами в исследовании будущих актеров, занимающихся в театральной студии О.П. Табакова в 1976 г. и показал свою валидность [16]. Помимо этого тест Кеттелла был включен в программу диагностики профессионально важных качеств студента-актера, предложенную Н.В. Рождественской [12].

Другим направлением нашего анализа психологических особенностей студентов-актеров является анализ реакций учащихся на фрустрирующие ситуации. В данном случае особый интерес к реакциям в ситуациях фрустрации обусловлен тем, что, во-первых, социальная жизнь и творчество актера открыты для публики и коллег, постоянно подвергаются социальной оценке и поэтому высокая стрессоустойчивость, адекватное поведение в фрустрирующих ситуациях являются важными условиями как творческого развития, так и сохранения психологического благополучия. Во-вторых, главным «инструментом» творчества актера в отечественной театральной школе является его личность и эмоциональный опыт переживаний, что позволяет рассматривать своеобразие поведения в ситуациях фрустрации как крайне важный аспект творческого построения сценического образа.

В нашем исследовании для изучения особенностей реакций в ситуациях фрустрации мы используем проективную методику - тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, который позволяет определить доминирующий способ поведения испытуемого в ситуации неудачи, а также выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

При этом мы предполагаем, что существует особая связь между способами (типами) реагирования на фрустрирующие ситуации и теми или иными личностными особенностями. В этой связи важно иметь в виду, что в методических руководствах по работе с тестом Розенцвейга неоднократно подчеркивается, что подобные связи не были выявлены. Более того, отмечается факт независимости реализуемых респондентами моделей поведения в фрустрирующей ситуации от присущих им устойчивых личностных характеристик [5, 23, 28]. Между тем можно предположить, что в особой ситуации профессиональной актерской деятельности, которая, как было отмечено выше, ориентирована на постоянный поиск и анализ конфликтов, заложенных в драматургическом произведении, а также на освоение различных способов реакций по их разрешению, можно, напротив, ожидать особых взаимосвязей между предпочитаемыми реакциями на фрустрацию и личностными особенностями актера. Опираясь на результаты наших предыдущих исследований [17], где был выявлен ряд корреляционных связей между факторами теста Кеттелла и реакциями по тесту Розенцвейга, в данном случае гипотезой нашего исследования выступает предположение о связи реакций по тесту Розенцвейга с личностными характеристиками, определяющими эмоциональные свойства личности (чувствительность, склонность к эмпатии, сопереживанию).

Выборка. В исследовании приняли участие абитуриенты и студенты ГБОУ СПО «Московский театральный колледж» (наборы 2010- 2014 гг.). Всего были обследованы 457 человек. Из них поступили в театральных колледж 118 (38 девочек и 80 мальчиков), не поступили 337 (210 девочек, 127 мальчиков). Также в качестве контрольной группы были обследованы учащиеся X-XI классов общеобразовательных школ г. Москвы, всего 146 человек (69 девочек, 76 мальчиков).

Сбор данных по тесту Кеттелла 16 PF среди студентов театрального колледжа проводился перед заключительным третьим туром вступительных экзаменов, далее - в конце каждого учебного года. Данные по тесту Розенцвейга были собраны в начале первого года обучения. Для обработки полученных результатов ис-

пользовался пакет статистических программ SPSS 21.0 и программа MS Excel.

Профессионально важные личностные качества на этапе приема в театральный колледж. Для выявления личностных характеристик, которые оказываются важны при отборе в театральный колледж, сравним средние данные, полученные по опроснику Р. Кеттелла 16 PF для группы подростков, поступивших в колледж при наборах 2010-2014 гг. (N=118, 15-16 лет), с данными их сверстников из общеобразовательных школ (N=146). Средние профили по двум группам испытуемых представлены на рис. 1.

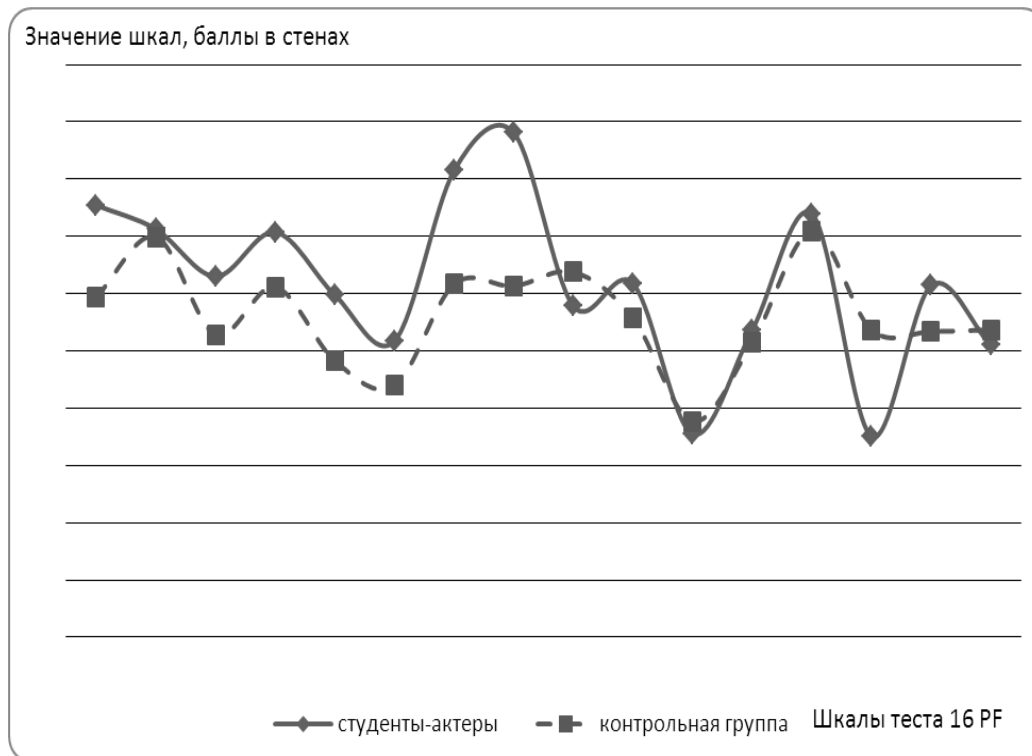


Рис. 1. Средние профили студентов-актеров и учащихся общеобразовательных школ по тесту 16 PF (баллы в стенах).

Значимые различия между студентами-актерами и учащимися общеобразовательных школ получены по следующим факторам: А (замкнутость—общительность, $p=,000$), С (эмоциональная нестабильность—эмоциональная стабильность, $p=,000$), Е (подчиненность—доминантность, $p=,000$), F (сдержанность—экспрессивность, $p=,000$), G (низкая нормативность поведения—высокая нормативность поведения, $p=,001$), Н (робость—смелость, $p=,000$), I (жесткость—чувствительность, $p=,000$), L (доверчивость—подозрительность, $p=,020$), М (практичность—мечтательность, $p=,020$), Q2 (конформизм—нонконформизм, $p=,000$) и Q3 (низкий самоконтроль—высокий самоконтроль, $p=,004$).

Заметим, что средние оценки по шкалам С, Е, F, G, L, М, Q3 для обеих групп находятся в границах нормы (4–7 баллов), тогда как показатели студентов-актеров по факторам А, Н, I, Q2 лежат вне диапазона средних значений, что указывает на наличие выраженных личностных акцентуаций.

Высокие оценки по фактору А (общительность) интерпретируются как аффе́ктотимия, что связано с проявлениями добродушия, веселости, эмоциональной восприимчивости, живости, интереса к людям, открытости, общительности. Люди

с такими оценками хуже выполняют монотонную или требующую точности работу, но при этом легко включаются в группы, меньше боятся критики, легче идут на компромисс.

Высокие оценки по фактору Н (смелость) свойственны авантюрным, общительным, смелым людям, проявляющим отзывчивость, импульсивность. Люди с высокими показателями по фактору Н «не чувствительны к угрозе», что порождает смелость в социальном, сексуальном и эмоциональном смысле.

Положительный полюс фактора I (чувствительность) отличает людей мягких, чувствительных, утонченных, непостоянных, романтических, склонных к эмпатии, сочувствию и сопереживанию. Согласно данным авторов теста, люди с высокими оценками по данному фактору обладают артистическими способностями, развитым эстетическим вкусом и фантазией.

Наконец, низкие оценки по фактору Q2 (конформизм) характеризуют общительных, социабельных людей, часто зависимых от мнения и требований группы. Преобладающие низкие оценки по этому фактору у членов одной группы благоприятны для совместной работы.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что отбор в театральный колледж ориентирован на обнаружение у абитуриента сложного комплекса личностных характеристик, связанного как с эмоциональными особенностями личности, так и с готовностью к социальному взаимодействию.

Основные типы реакций студентов-актеров на фрустрирующие ситуации. Обследование по тесту С. Розенцвейга проводилось на первом году обучения индивидуально с каждым студентом. В табл. 1 представлены средние значения направлений и типов реакции на фрустрирующие ситуации у студентов театрального колледжа по сравнению с нормой для учащихся этой же возрастной группы.

Таблица 1.

Средние значения профилей по тесту Розенцвейга для студентов-актеров и возрастная норма(%)

Группы	Показатели теста Розенцвейга						
	E	I	M	O-D	E-D	N-P	GCR
среднее для студентов-актеров	43,8	23,8	31,7	30,7	34,8	32,4	51,7
норма	41,5	28,3	30,2	26,3	37,7	36,1	56,4

Как видно из табл. 1, средние значения по шкалам теста Розенцвейга у студентов театрального колледжа в целом близки к возрастной норме, что само по себе свидетельствует об универсальных возможностях студентов реагировать на фрустрирующие ситуации. Кроме того, соответствие возрастной норме указывает на сформированность разнообразных поведенческих реакций, адекватных возрастному развитию. Важно обратить внимание на две тенденции: во-первых, у студентов-актеров наблюдается меньшее количество интрапунитивных реакций (I), чем у их сверстников; во-вторых, будущие актеры склонны чаще фиксировать внимание на препятствии (O-D) и в то же время реже предлагать решения (N-P). Первая тенденция (более низкое значение для интрапунитивных реакций) свидетельствует о достаточно высокой самооценке и уверенности в себе - человек не видит своей вины в происходящем, считает, что не мог предусмотреть возникшие неприятности. Вторая тенденция фиксирует ригидность и беспомощность: фрустрирующая ситуация шокирует и может дезорганизовать деятельность вплоть до ее остановки. В целом это может указывать на инфантильность личности, слабое Я.

В табл. 1 также обращает на себя внимание несколько сниженный показатель групповой конформности (GCR), что указывает на нестандартную манеру поведения респондентов в стрессовой ситуации. С одной стороны, это может негативно сказываться на адаптации в новом коллективе, с другой стороны, отмечается, что «люди, обладающие творческим потенциалом, имеют низкие значения коэффициента GCR» [28, с. 51]. Вместе с тем, как было показано выше, а также в наших предыдущих работах [18, 19, 20, 21, 22], для студентов-актеров в целом характерны низкие показатели по фактору теста Кеттелла Q2, что интерпретируется как стремление к групповой работе и коллективному принятию решений. А это является одной из важнейших черт, характеризующих предрасположенность к актерской деятельности.

Таким образом, данное сопоставление результатов по тесту Розенцвейга и тесту Кеттелла позволяет сделать вывод о том, что низкие значения GCR свидетельствуют не столько о сложностях социальной адаптации, сколько о творческой активности по поиску нестандартных способов реагированию на фрустрацию. Важно подчеркнуть, что, с точки зрения содержания актерской деятельности, установка на нестандартный способ поведения в стрессовой ситуации является весьма позитивной. Она важна для творческой работы над ролью, так как способствует выявлению оригинального подхода к решению конфликтов.

Другим способом анализа результатов теста Розенцвейга стало рассмотрение возможных сочетаний направлений и типов реакции и выявление среди них наиболее распространенных. Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Средние значения сочетаний направленности и типов реакций студентов-актеров по тесту Розенцвейга (%)

Направление реакций	Типы реакций		
	O-D	E-D	N-P
Е	12,5	16,3	15,4
I	1,5	11,0	11,4
М	18,6	7,6	5,6

Анализ полученных данных позволяет выделить наиболее распространенные сочетания:

- М(О-Д) - стремление игнорировать фрустрирующую ситуацию;
- Е(Е-Д) - враждебность, обвинение окружающих;
- Е(Н-Р) - ожидание решения проблемы от других участников ситуации;
- Е(О-Д) - эмоциональная негативная оценка фрустрирующей ситуации;
- I(N-P) – самостоятельное разрешение проблемы;
- I(E-D) – самообвинение, оправдание, чувство вины.

Как мы видим, у студентов весьма высок процент ответов М(О-Д), фиксирующих стремление игнорировать фрустрирующую ситуацию (почти каждый пятый ответ). Подобный тип реакции свидетельствует о том, что поведение человека направлено на вытеснение или сворачивание процесса переживания фрустрации, стремление не воспринимать ситуацию всерьез, желание прекратить взаимодействие. В повседневной жизни такой способ реагирования может свидетельствовать о высокой степени стрессоустойчивости. Вместе с тем, важно рассмотреть результаты проведенного нами дополнительного анализа профилей по тесту Розен-

цвейга у тех учащихся, кто был отчислен в течение первого года обучения. Материалы показывают, что у студентов, отчисленных за неуспеваемость по актерскому мастерству, описываемый тип реакций встречается чаще, чем в среднем по группе, соответственно: 31,0% у отчисленных студентов, и 18,6% в среднем по группе. Таким образом, подобная *высокая стрессоустойчивость* (каждая третья реакция на фрустрирующую ситуацию) свидетельствует о том, что игнорирование стрессовых ситуаций является негативным фактором для успешности в актерской профессии: стремление вытеснить трудности проблемной ситуации сужает пространство личного эмоционального опыта, необходимого для творчества актера.

Обращает на себя внимание, что в ответах респондентов весьма значимо представлены все типы экстрапунитивных реакций. Суммарно они составляют почти половину – 44,2%. Подобное внешнее направление реакции способствует, с одной стороны, развитию конфликта, а с другой – сохранению контакта с другими участниками стрессовой ситуации. Заметим, что эта общая тенденция свидетельствует о готовности студентов-актеров разворачивать полный спектр вариантов поведения, так или иначе связанных со взаимодействием с партнером: от выражения негативных переживаний, требования к партнеру решить проблему вплоть до защиты Я через агрессию, направленную на партнера.

По сравнению с отмеченными выше доля интрапунитивных реакций существенно меньше. Преимущественно они либо направлены на самозащиту через обвинение себя и чувство вины, либо на готовность самостоятельно разрешить ситуацию.

Взаимосвязь поведения в фрустрирующих ситуациях и личностных особенностей у успешных и неуспешных студентов-актеров. Для выявления роли реакций на фрустрирующие ситуации при освоении актерской профессии нами был проведен корреляционный анализ результатов по тесту Розенцвейга и многофакторному личностному опроснику Кеттелла 16 PF для подвыборок отчисленных по итогам первого года обучения ($n=37$) и продолживших обучение студентов ($n=81$).

Наибольшее число связей типов реакций по тесту Розенцвейга с личностными характеристиками, фиксируемыми тестом Кеттелла, обнаружено относительно двух вариантов: I(E-D) (самозащита через оправдание) и E(E-D) (самозащита через агрессию). Отметим, что данные способы поведения в фрустрирующей ситуации относятся к одному типу реакций (E-D) – фиксации на самозащите, который свидетельствует об уровне стрессоустойчивости индивида, силе/слабости Я и предполагает различные варианты эго-защиты [28]. Так, в данном случае с личностными характеристиками оказались связаны два противоположных способа защиты Я: через порицание, осуждение себя, чувство вины (реакция I(E-D)), либо через нападение, агрессию по отношению к партнеру по ситуации (реакция E(E-D)). Реакция I(E-D) положительно связана с фактором N (дипломатичность) и отрицательно с факторами F (экспрессивность) и Q1 (радикализм). Мы видим, что среди успешных студентов эго-защита через оправдание и порицание себя связана с развитыми навыками рефлексии социального поведения (фактор N), а также эмоциональной сдержанностью (фактор F) и консерватизмом (фактор Q1). Можно предположить, что в данном случае имеет место своеобразная манипулятивная стратегия, когда признание вины оказывается выгодно с точки зрения достижения каких-либо целей («это я во всем виноват» и т. п.). При этом подразумевается, что партнер среагирует на эту реакцию утешением либо возьмет на себя разрешение ситуации.

Противоположный тип поведения, предполагающий осуществление защиты

Я субъекта через агрессию и обвинение окружающих (E(E-D)) положительно связан с факторами теста Кеттелла Q1 (радикализм) и L (подозрительность). В данном случае поведение в фрустрирующих ситуациях, фиксируемое сочетанием E(E-D) («это вы виноваты») связано с такими личностными характеристиками, как непринятие авторитетов, стремление к новым идеям, радикализм (фактор Q1), а также с проявлениями подозрительности, ревности, осторожности (фактор L).

Таким образом, мы можем зафиксировать два противоположных способа поведения в фрустрирующей ситуации, объединенные целью защитить Я субъекта от негативных переживаний, связанных с конфликтной ситуацией.

Обратим внимание на то, что фактор теста Кеттелла L (подозрительность) положительно связан с сочетанием E(O-D), фиксирующим реакцию эмоционально негативной оценки фрустрирующей ситуации («какой ужас!», «как жаль!»,...), и отрицательно с реакцией M(N-P), определяемой как надежда на то, что время и естественный ход событий постепенно разрешат проблему. Таким образом, личностные характеристики, определяющие высокие значения по фактору L - подозрительность, ревность, осторожность, недоверчивость - оказываются связаны с активным эмоциональным откликом на фрустрирующую ситуацию (E(O-D)), а противоположные личностные проявления - доверчивость, открытость, покладистость - с пассивным, «философским» отношением к конфликтным ситуациям (M(N-P)).

Таким образом мы видим, что фактор L (подозрительность) в тесте Кеттелла оказывается связанным с широким комплексом поведенческих типов реакций на фрустрирующие ситуации, включающим как эго-защиту E(E-D), так и реакцию на препятствие E(O-D) и тенденцию к разрешению ситуации M(N-P). Это позволяет высказать предположение о важности комплекса личностных качеств, фиксируемых этим фактором, в личностной структуре студента-актера. Другим важным моментом, повторимся, является зафиксированная нами корреляционная связь комплекса самозащитных реакций с радикализмом (фактор Q1).

Если мы обратимся к результатам корреляционного анализа, проведенного для подвыборки отчисленных по итогам первого года обучения студентов, то среди них мы обнаружим совершенно иные тенденции

Так, комплекс эго-защитных реакций E(E-D) и I(E-D) в данном случае оказывается связан с комплексом личностных характеристик, фиксируемых фактором теста Кеттелла I (проективная эмоциональная чувствительность). Высокие значения по данному фактору фиксируют такие личностные проявления как впечатлительность, богатство эмоциональных переживаний, склонность к эмпатии, развитая эмоциональная чувствительность. Отчисленным студентам с указанными личностными характеристиками в фрустрирующих ситуациях свойственно самозащитное поведение через обвинение себя, чувство вины, угрызения совести. При этом противоположный полюс фактора I, объединяющий такие личностные качества, как жесткость, самоуверенность, нечувствительность к эмоциональным переживаниям, оказывается связан с самозащитой через агрессию и обвинение окружающих в фрустрирующей ситуации.

Заметим, что представленный результат вполне ожидаем и подтверждает выдвинутую нами гипотезу о связи поведения в фрустрирующих ситуациях с комплексом качеств, характеризующих эмоциональную сторону личности. Однако важно, что эта связь выявлена именно для подгруппы отчисленных студентов. В данном случае взаимосвязь эго-защитных реакций и фактора I (чувствительность) является действительно ожидаемой и предсказуемой в отличие от комплекса эго-защитных реакций, выявленного у успешных студентов; среди них эго-защитные

реакции были связаны с различным уровнем радикализма (фактор Q1).

Если в этой связи вернуться к рассмотрению личностных особенностей студентов, проявившихся на этапе отбора в театральный колледж (см. рис. 1), то мы заметим, что одной из ключевых характеристик здесь и выступал фактор I (развитая эмоциональная чувствительность, склонность к сопереживанию): среди отобранных студентов среднее значение - 8,81; у обычных школьников - 6,13, $p=,000$. Приведенные результаты корреляционного анализа показывают, что в процессе дальнейшего освоения актерской профессии значимость данных проявлений отходит как бы на второй план, и более важными оказываются личностные проявления, связанные как с социальным взаимодействием (фактор L), так и особенностями интеллектуальной сферы (фактор Q1). Отсюда можно предположить, что здесь особое значение приобретают качества, связанные с развитием социального интеллекта.

Обратим внимание также и на корреляционные связи, обнаруженные в группе отчисленных студентов, фиксирующие сочетания реакции на фрустрацию M(N-P) по тесту Розенцвейга и факторов M (мечтательность) и L (подозрительность) теста Кеттелла. Как было сказано выше, способ поведения в фрустрирующей ситуации, обозначаемый сочетанием M(N-P), интерпретируется как надежда на то, что время и естественный ход событий разрешат проблему. Напомним, что корреляции данного способа поведения M(N-P) с фактором L (подозрительность) были также выявлены и для подвыборки успешных студентов, что позволяет обозначить эту связь как инвариантную, фиксирующую общую тенденцию: низкая подозрительность (доверчивость) определяет тип реакции, когда ситуация должна разрешиться сама собой.

Новой зависимостью, которая проявилась в подвыборке отчисленных студентов, является корреляционная связь рассматриваемого способа поведения в фрустрирующей ситуации с фактором теста Кеттелла M (мечтательность). Это свидетельствует о том, что пассивная реакция на фрустрацию, ожидание того, что ситуация разрешится сама, свойственна студентам, ориентированным на решение практических задач, прозаичным, склонным обращать внимание на конкретные проявления.

Заключение. Исследование показало, что:

1. Отбор в театральный колледж ориентирован на обнаружение у абитуриента сложного комплекса личностных характеристик, связанного как с эмоциональными особенностями, так и с готовностью к социальному взаимодействию.

2. Для успешных студентов-актеров характерна связь комплекса эгозащитных реакций с личностными характеристиками, фиксируемыми фактором теста Кеттелла L - подозрительность, хитрость, осторожность. У отчисленных студентов выявлено преобладание реакций игнорирования фрустрирующей ситуации, что негативно сказывается на успешности в освоении профессии, так как сужает пространство личного эмоционального опыта, необходимого для творчества актера.

3. Выдвинутая гипотеза о связи реакций на фрустрацию с эмоциональными характеристиками личности подтвердилась для подвыборки отчисленных студентов. Если на этапе отбора в театральный колледж проективная эмоциональная чувствительность являлась одной из определяющих характеристик, то в процессе дальнейшего освоения актерской профессии значимость данных проявлений отходит на второй план и более важными оказываются личностные характеристики, связанные с социальным взаимодействием и особенностями интеллектуальной сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. - М.: МПСИ, 2001. - 349 с.
2. Выготский Л.С. Развитие интересов в переходном возрасте // Психология подростка. Хрестоматия - М., Российское педагогическое агентство, 1997. - С. 232-285.
3. Галкина Ю.И. Психологические детерминанты личностно-профессионального становления будущих актеров: дис. ... канд. психол. наук. - М., 2011.
4. Гройсман А.Л. Психология успешности профессионального обучения и творческой деятельности актера. - М.: Когито-Центр, 2007. - 143 с.
5. Данилова Е.Е. Методика изучения фрустрационных реакций у детей // Иностранная психология. - 1996. - № 6. - С. 69-81.
6. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения. - М.: ИНТОР, 1996. - 544 с.
7. Дранков В.Л. О природе художественного таланта: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. - Л., 1973. - 38 с.
8. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. - СПб.: Речь, 2001.- 112 с.
9. Малевский Е.В. Психологические характеристики личности в обучении актера вербальному ролевому поведению: дис. ... канд. психол. наук. - М., 1998.
10. Натадзе Р.Г. Воображение как фактор поведения. - Тбилиси: Мецниереба, 1972. - 176 с.
11. Попова Ю.И. Перевоплощение как регулятор я-концепции: дис. ... канд. психол. наук. - Кубан. гос. университет, Краснодар, 2004.
12. Рождественская Н.В. Диагностика актерских способностей. - СПб.: Речь, 2005. - 192 с.
13. Росляков А.Ф. Мотивационные особенности личности и профессиональной деятельности студента-актера: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1992. - 16 с.
14. Симонов П.В. Метод К.С. Станиславского и физиология эмоций. - М.: Изд-во АН СССР, 1962. - 75 с.
15. Собкин В.С. К вопросу о психологии сценического перевоплощения // Вопросы психологии познания людьми друг друга в общении. - Краснодар: Изд-во КГУ, 1978. Кн. 2. - С. 73-83.
16. Собкин В.С. Опыт исследования личностных характеристик студентов-актеров // Психолого-педагогические аспекты обучения студентов творческих вузов; под ред. А.Л. Гройсмана. - М.: ГИТИС, 1984. - С. 22-37.
17. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Взаимосвязь способов поведения в ситуациях фрустрации и личностных особенностей (на материале обследования студентов театрального колледжа) // Социальная психология и общество. - 2014. - Т. 5. - № 4. - С. 62-74.
18. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Динамика изменения личностных характеристик студентов театрального колледжа в течение первого года обучения // Практики развития: индивидуальные, корпоративные, институциональные свободы и ограничения: материалы 21-й науч.-практ. конф. Красноярск, апрель 2014. - Красноярск, 2015. - С. 269-287.
19. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Личностные особенности при профессиональном отборе студентов-актеров: гендерный аспект // Национальный психологический журнал. -2014, № 3(15). - С. 74-83.
20. Собкин В.С. Феофанова Т.А. К вопросу о диагностике актерской одарен-

ности: социально-психологические аспекты // Труды по социологии образования. Т. XVI. Вып. XXVIII. / Под ред. В.С. Собкина. - М., 2012. - С. 217-236.

21. Собкин В.С., Феофанова Т.А. Личностные особенности студентов-актеров разных поколений: инвариантность и изменчивость // Вопросы психологии. - 2012. - № 4. - С. 32-47.

22. Тальян Л.Ш. Некоторые особенности психологии актера в творческом процессе: автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Ереван, 1966. - 38 с.

23. Тарабрина П.В. Методика изучения фрустрационных реакций (picture frustration S. Rosenzweig) // Иностранная психология. - 1994. - Т. 2. - № 2. - С. 68-77.

24. Толстых Н.Н. Развитие временной перспективы личности: культурно-исторический подход. автореф. дис. ... докт. психол. наук. - М., 2010. - 53 с.

25. Фишман-Борисов М.Б. Становление Я-концепции в системе профессионального мастерства будущего актера: дис. ... канд. психол. наук. - М., 2005.

26. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопр. психологии - 1971. - № 4. - С. 6-20.

27. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. - М.: Флинта, 2006. - 342 с.

28. Ясюкова Л.А. Фрустрационный тест С. Розенцвейга: метод. руководство. - СПб.: ИМАТОН, 2007. - 128 с.

29. Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M. Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). - Champaign IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1970.- 249 p.

V.S. Sobkin, T.A. Lykova

THE EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH STUDENTS- ACTORS

FSBSI «Institute of Sociology of Education», Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. The article presents the results of the longitudinal study of personality characteristics of the students-actors. Analyzes the personal characteristics, peculiar to the talented actor, examines the reactions of the students-actors to frustrating situations. Presents the results of correlation analysis aimed at identifying links between responses to frustrating situations and personal characteristics for expelled and remaining students.

Key words: acting talent, professional selection, frustration, personal characteristics, psychology of the actor.

И.А. Ермоленко, А.В. Северин

**ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ**

**Витебский государственный университет им. П.М. Машерова (Витебск),
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина (Брест).**

Информационно-компьютерная среда оказывает сильнейшее влияние на когнитивное развитие личности, формирование мировоззрения, опыта подрастающего поколения, состояние психологического здоровья. Изменения когнитивных процессов и повседневной культуры в целом, обусловленных научно-техническим прогрессом, наиболее существенны для подростков и юношества, так как процесс познания в этом возрасте является одним из приоритетных. С каждым годом общая аудитория Интернет-пользователей неуклонно увеличивается. Наиболее активными оказываются подростки от 14 до 17 лет. Исследования подтверждают, что для большинства подростков Интернет – привычный элемент повседневной жизни, что способствует, с одной стороны, быстрому поглощению информации и конструированию своего индивидуального мира, а с другой - приводит к поверхностному, «мозаичному» восприятию окружающего мира, замещению духовной культуры узкопрофессиональными знаниями, деформации досуга, ориентации на развлекательность, вытеснению реального живого общения, к изменению характера человеческого мышления от творческого к инструментальному и формализованному [1]. Многие родители детей и подростков, увлекающихся компьютерными играми, использованием Интернет-ресурсов, несмотря на веяния времени, положительное влияние на когнитивное развитие личности информационно-компьютерных технологий, зачастую обеспокоены последствиями такого хобби. В таком случае при обращении к специалисту может высветиться проблема детско-родительских отношений, негативных моделей семейного воспитания, которые, в свою очередь, проявились в виде ухода подростка в виртуальный мир.

Влияние на личность деятельности, опосредованной использованием компьютера, Интернета, изучалось в работах многих авторов [2, 3, 4, 5]. В частности, в исследовании Ю.М. Кузнецовой и Н.В. Чудовой использовались методики: опросник черт характера Русалова-Маноловой, тест фрустрационного реагирования Розенцвейга, методика диагностики поисковой активности Венгера-Ротенберга, тест Равена. Люди, склонные к интенсивной сетевой активности и высокой вовлеченности в Интернет-среду, демонстрируют следующие особенности: высокий уровень поисковой активности, высокое стремление самостоятельно разрешать фрустрирующую ситуацию, низкую агрессивность, высокий IQ, высокую циклотимность, низкую гипертимность, низкую педантичность и застреваемость [4]. По ряду теоретических и эмпирических результатов, информационно-компьютерные технологии являются развивающей средой для когнитивного потенциала личности [4]. В то же время, если личность склонна к зависимому типу поведения, то Интернет может явиться экраном, где данная склонность проявится [2, 3, 6, 7]. Для обозначения новых форм нехимических (поведенческих) аддикций, связанных с высокими технологиями предложен термин «технологические зависимости».

В последнее время к технологическим аддикциям добавилась зависимость от различных электронных приборов (электронные ежедневники, мобильные телефоны, ноутбуки, планшеты, CD и DVD- плееры, цифровые видео- и фотокамеры

и т. д.) – гаджет-аддикции (от англ. gadget – техническая новинка), определяемые как пристрастие к техническим новинкам, проявлением которого будет неконтролируемое желание покупать все новые технические устройства. Люди, страдающие гаджет-аддикцией, проводят максимально возможное время, изучая новые покупки, проверяя их многочисленные функции. Вот признаки гаджет-аддикции, по Котлярову: отчетливая, осознаваемая связь настроения с использованием гаджета; прогрессивное возрастание времени использования гаджета; прогрессивное возрастание материальных затрат на гаджет; чувство вины, связанное с использованием гаджета; сужение интересов до тех, которые связаны с использованием гаджета; физические, психологические семейные и профессиональные проблемы, связанные с использованием гаджета [3].

Обобщив результаты различных исследований, Н.В. Чудова приводит следующий список черт Интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «я» (своего тела); сложности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания; эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; особая ценность независимости; склонность к избеганию проблем и ответственности [3]. Исследование А.Ю. Егоровым личностных особенностей 75 подростков с признаками Интернет-аддикции с помощью теста личностных акцентуаций В. Дворщенко показало, что среди обследованных преобладают подростки с шизоидным (29,8%), истероидным (19,3%), лабильным и эпилептоидным (по 12,3%) типами акцентуации [3]. Отношение к самому себе исследовалось с помощью теста «Самоотношение» В. Столина и С. Пантилеева. Оказалось, что по сравнению с подростками из контрольной группы самоинтерес и уровень конкретных действий у Интернет-зависимых подростков выражены менее, а также имеются более высокие показатели по шкале самообвинения [3].

Господство компьютерных игр в мире школьника обусловлено происходящим процессом интенсивного внедрения компьютерных систем, обучающих игровых компьютерных программ в разные сферы жизнедеятельности. Это способствует облегчению обучения и упрощению досуга человека, но и оказывает дополнительную нагрузку на познавательные процессы человека, тем самым порождая новые проблемы. Особенно неподготовленными к такой нагрузке оказываются школьники, у которых еще не полностью сформированы многие психические процессы, личностные структуры и др. Компьютерные игры при неразумном применении могут привести к появлению компьютерной (игровой) зависимости у школьников и тем самым оказать воздействие на их состояние здоровья, на сенсомоторное и когнитивное развитие. Исследователи указывают на очевидный вред от чрезмерной увлеченности компьютером (в частности, компьютерными играми), что, по их мнению, часто приводит к появлению проблем: ухудшение зрения, состояния мышц и суставов (например, кистевой туннельный синдром как следствие частой и длительной работы на компьютере), повышение агрессивности детей, сужение их круга интересов, оскудение эмоциональной сферы подростков, стремление к созданию собственного мира, уход от реальности, чувство мнимого превосходства над окружающими и др. При этом происходит не только ослабление здоровья, но и нарушение когнитивного и сенсорного развития, психических процессов, ухудшается школьная успеваемость, оказывается бесполезной поисковая активность школьника и затрудняется его ориентировка в окружающем мире и др. [2, 3, 6, 7, 8, 9, 10].

Нами изучались проблемы, связанные с когнитивным развитием личности, с учебной успеваемостью, здоровьем подростков при их взаимодействии с компью-

тером [11]. Исследование проводилось в г. Витебске, г. Гомеле, г. Бресте и г. Жабинке в течение 10 мес. В качестве одной из важных проблем-последствий, обусловленных «увлеченностью» компьютером, выступает замена перцептивных действий при восприятии человеком объектов с вариативной формой «технической подделкой», которая делает бесполезной активность человека и затрудняет ориентировку в окружающем мире, приводит к нарушению восприятия, разрушению навыка совершать перцептивные действия, сканирующие вариативность формы объекта (гибкость, упругость, пластичность, хрупкость разных частей его формы). Таким образом, можно сделать некоторые выводы: «увлеченность» компьютерными играми приводит к ухудшению перцептивных действий подростков, что сказывается на качестве восприятия ими объектов с вариативной формой. А это, в свою очередь, приводит к построению искаженного, неадекватного образа воспринимаемого объекта, неверному учету и изучению его свойств, нарушениям психологического здоровья. Все это вместе взятое приводит к затруднению ориентировки в окружающем пространстве, к нарушению процесса развития интересов и мира ценностей школьника.

В завершении приведем несколько общих положений.

О безопасной работе за компьютером: абсолютно безопасной считается работа с монитором 30-40 мин. в день для ребенка, иногда допустимо и несколько часов для подростков и юношей с необходимым перерывом каждые 30 мин. Во время перерыва можно подойти к окну, посмотреть вдаль, на зеленый цвет, сделать несколько упражнений для рук, ног, спины и др.

Факторы, способствующие привыканию ребенка к компьютерным играм: наличие собственного мира, в который нет доступа никому, кроме него самого; отсутствие ответственности: реалистичность игровых процессов и полное абстрагирование от окружающего мира, возможность исправить любую ошибку путем многократных попыток; возможность самостоятельно принимать любые (в рамках игры) решения вне зависимости от того, к чему они могут привести.

Признаки компьютерной зависимости: когда родители просят отвлечься от игры на компьютере, ребенок демонстрирует острый эмоциональный протест; ребенок раздражается при вынужденном отвлечении; ребенок не может спланировать окончание игры на компьютере; ребенок постоянно просит деньги для обновления программного обеспечения компьютера и приобретения новых игр; ребенок забывает о домашних делах и приготовлении уроков; у ребенка сбивается режим дня, режим питания и сна, он перестает заботиться о собственном здоровье; чтобы постоянно поддерживать себя в бодрствующем состоянии, ребенок начинает злоупотреблять кофе и другими энергетическими напитками; прием пищи происходит без отрыва от игры на компьютере; ощущение эмоционального подъема во время игры на компьютере; ограничение общения постоянным обсуждением компьютерной тематики с окружающими; нетерпение, предвкушение и продумывание заранее своего возвращения к компьютеру.

Факты, которые должны насторожить родителей: ребенок начал есть, пить, учить уроки, не отходя от компьютера; ребенок начал проводить ночи за компьютером; ребенок начал прогуливать школу для того, чтобы поиграть за компьютером; как только ребенок возвращается домой, то сразу направляется к компьютеру; ребенок забывает поесть, почистить зубы, причесаться, переодеться (чего раньше не замечалось); ребенок находится в раздраженном, агрессивном состоянии, не знает, чем заняться, если нет доступа к компьютеру.

Практические рекомендации для родителей: стройте отношения в семье на принципах честности и умении признавать ошибки; не оскорбляйте ребенка и его

круг общения; будьте другом и помощником своему ребенку; сделайте так, чтобы ребенок мог вам довериться всегда и при любых обстоятельствах; не бойтесь показывать свои чувства ребенку, если вы расстроены сложившейся «компьютерной» ситуацией, тогда он увидит в вас не противника, а близкого человека, который тоже нуждается в заботе. При возникновении конфликта по поводу прекращения работы за компьютером не следует торговаться с ребенком, надо четко заявить о своей позиции и объяснить ее. Всегда важно оговаривать время игры ребенка на компьютере и точно придерживаться этих рамок, а количество времени нужно выбирать, исходя из возрастных особенностей ребенка. Например, до 5 лет не рекомендуется допускать ребенка к компьютеру, стоит поощрять его познание мира без посредничества электроники. С 6 лет ребенку можно начинать знакомиться с компьютером (15-20 мин. в день). Для подростка 10-12 лет желательно играть не более 2 часов в день, делая перерывы по 15-30 минут. Категорически запрещается играть в компьютерные игры перед сном. Необходимо прививать ребенку интерес к активным играм и физическим упражнениям, чтобы он чувствовал радость от этого, следить, чтобы игра на компьютере не подменяла реальное общение со сверстниками, друзьями и близкими. Следует проводить обсуждение игр вместе с ребенком, выбирать развивающие игры. Важно формировать культуру использования компьютера у ребенка, подростка как важное условие психологического здоровья личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дёмина М.Н. Изменения в когнитивных практиках индивидов под влиянием новых информационных технологий / М.Н. Дёмина // Социс. – 2010.- № 6. - С. 87-92.
2. Войскунский А.Е. Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред. А.Е. Войскунского. - М.: Можайск-Терра, 2000. – С. 100-131.
3. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости: Современный учебник – М.: Речь, 2007 – 190 с.
4. Кузнецова Ю.М., Чудова Н.В. Что мы знаем об Интернет-аддикции? (К постановке проблемы существования сетевой зависимости) // Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития / Ред.-сост. А.Е. Войскунский. – М.: Акрополь, 2009. – С. 70-90.
5. Лосик Г.В. Виртуальная реальность как новый виток по Л.С. Выготскому в филогенезе человеческого мышления образами // Материалы IV Международной научной конференции «Л.С. Выготский и современная культурно-историческая психология: проблемы развития личности в изменчивом мире (2010, Гомель) в 2ч. Ч.2.- Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2010. – С. 300-326.
6. Бабаева Ю.Д. Психологические последствия информатизации / Ю.Д. Бабаева, А.Е. Войскунский // Психологический журнал. – № 1. – 1998. – С. 89-100.
7. Солпитер Дж. Дети и компьютеры: настольная книга родителей / Дж. Солпитер. – М.: Бином, 1996. – 192 с.
8. Сутирин Б. Компьютер в школе сегодня и завтра./ Б. Сутирин, В. Житомирский // Народное образование. – 1986. – № 3. – С. 21-23.
9. Хантер Б. Мои ученики работают на компьютерах: Пер. с англ. / Б. Хантер. – М.: Просвещение, 1989. – 224 с.
10. Шапкин С.А. Компьютерная игра: новая область психологических исследований / С.А. Шапкин // Психологический журнал. –1999. – № 1. – С. 86-103.
11. Ермоленко И.А. Влияние информационно-компьютерных технологий на когнитивное развитие личности подростка / И.А. Ермоленко, Д.Н. Решенок, А.В. Северин // Философия и социальные науки. – 2013. - № 2. – С. 85-89.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ Институт Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА») (Москва).

Резюме. В настоящей статье описывается комбинированное применение различных игровых подходов в психотерапии детей. Гибкость в использовании и комбинации директивных и недирективных методов повышает эффективность психотерапии.

Ключевые слова: интегративная игровая терапия, недирективная игровая терапия по Г. Лэндрету, игровая терапия по методу В. Оклендер.

Игровая терапия в настоящее время является основным психотерапевтическим подходом при коррекции поведенческих нарушений, лечении пограничных психических расстройств у детей. Игровая деятельность является ведущей в детском возрасте. Игра – деятельность, мотивированная изнутри, приносящая удовольствие и радость. Поскольку запрос на терапию всегда поступает от родителей, а не от ребенка, то для вовлечения ребенка в психотерапевтический процесс необходима деятельность, которая ему нравится. Взаимодействие с терапевтом во время игры позволяет ребенку справляться с психологическими проблемами, послужившими причиной поведенческих проблем или психических расстройств.

Базовым методом игровой терапии является *недирективная игровая терапия, центрированная на ребенке*, разработанная Гэрри Лэндретом [1, 2, 3] на теоретических принципах Вирджинии Экслейн (1947) [4]. Детоцентрированные игровые терапевты верят в важность терапевтических взаимоотношений и фокусируются на ребенке, с которым они работают, а не на проблеме ребенка. Они считают, что дети имеют врожденное внутреннее побуждение к независимости и саморегуляции, и для того чтобы быть самими собой, дети нуждаются в *принятии и дозволенности*. Из опыта терапевтических взаимоотношений, в которых они чувствуют себя принятыми и ценными, дети научаются принимать и ценить себя.

Г. Лэндрет [1, 2] описал 6 целей, которые помогают игровому терапевту в развитии позитивных терапевтических отношений:

- установление безопасной атмосферы;
- понимание и принятие мира ребенка;
- поддержка выражения эмоционального мира ребенка;
- установление чувства дозволенности;
- содействие созданию решений самим ребенком;
- обеспечение ребенку возможности развития ответственности и самоконтроля.

В течение терапевтической сессии ребенок сам выбирает занятия и игры, терапевт поддерживает ребенка, принимает его. Ребенок ведет, и терапевт следует ему без советов и вопросов. Основная задача терапевта сопереживать ребенку и понимать значение действий, мыслей и чувств ребенка.

Следующая задача терапевта - выражение понимания ребенка соответствующими комментариями, особенно, когда это возможно, проговаривая чувства, которые ребенок активно переживает.

Важным фактором эффективности терапии является искренняя вера терапевта в то, что ребенок способен справиться с собственными проблемами. Эта вера проявляется в восприятии ребенка, находящегося в процессе овладения тем или иным навыком, например, способностью справляться с собственными желаниями и следовать правилам или способностью осознавать свои чувства и выражать их. Т. е. те или иные проблемы ребенка, которые приводят его на терапию, воспринимаются терапевтом не как недостаток, дефект ребенка (что часто звучит в жалобах

родителей), а как естественный путь развития ребенка. «Он сегодня не умеет это, но он обязательно научится».

Другой метод игровой терапии, получивший распространение в России - *игровая терапия по методу В. Оклендер* [5, 6]. Он базируется на основных принципах гештальт-подхода: ориентировании на процесс, фокусировании на здоровом, интегрированном функционировании всего организма, включая чувства, тело, эмоции и интеллект. Основная цель - помочь клиентам осознать то, что они делают, как они это делают, как они могут изменить себя, и одновременно научить принимать и ценить себя. Терапия сфокусирована больше на процессе, чем на содержании (тем не менее, содержание может быть использовано как примеры самого процесса). Непосредственно испытанные чувства, ощущения считаются более актуальными, чем объяснения и интерпретации.

Терапевты, работающие по методу В. Оклендер, используют не только недирективные методы, но и специальные методики для диагностики (рисунок «Розовый куст», рисунок «Безопасное место» и др.), самопознания («Что мне нравится и не нравится», «Рисование герба» и др.), развития сенсорной сферы. Ребенок обучается осознанию и выражению гнева (работа с глиной, батаками² и др.); приемам самоподдержки.

Некоторые из этих приемов (например, рисунки) могут предлагаться ребенку терапевтом уже на первой консультации. Они помогают познакомиться с ребенком и начать устанавливать контакт. В дальнейшем, после установления прочного терапевтического контакта, используется техника «торга» - «сначала поиграем в твою игру, а потом в мою». Эти приемы повышают эффективность терапии, т. к. позволяют обсудить с ребенком, например, такие темы, как самопознание, работа с гневом и др.

Существенным отличием метода В. Оклендер от недирективного подхода является работа с гневом. Работа с гневом очень важна, т. к. дети не всегда способны не только выражать негативные чувства приемлемым образом, но и распознавать их. В современном обществе ребенку не предоставляется возможность проявления негативных чувств. Существует представление, что дети должны быть «счастливыми ангелами». У некоторых детей запрет на любое проявление гнева настолько силен, что он может быть заблокирован длительное время даже в безопасной обстановке игровой комнаты. По методу В. Оклендер при работе с гневом, ребенку не только предоставляется возможность выразить гнев, его обучают всем приемлемым способам выражения гнева, его распознавания.

Игровая терапия неотделима от интересов и удовольствия, которые ребенок получает от игры. Интересы и пристрастия детей настолько различаются, что трудно себе представить психотерапию с ребенком, состоящую только из арт-терапии, песочной терапии или других видов игровой терапии. Многие дети первое время не могут себя заставить притронуться к песку и тем более глине, некоторые дети не любят рисовать. Для других детей большую сложность представляет ситуация свободного выбора игры, умение прислушиваться и следовать своим желаниям, они стремятся вести себя «правильно» даже во время игры.

В игровой терапии с детьми с различной психической патологией (ранним детским аутизмом, детской шизофренией, обсессивно-компульсивными расстройствами и др.) также явно недостаточно недирективных методов. Игра детей с психическими расстройствами характеризуется стереотипностью, сложностями в контакте, недостаточным возрасту уровнем развития игры (например, застреванием на манипулятивной игре, отсутствием сюжетной или символической игры и т. д.), что требует активного вмешательства терапевта.

² Батака (bataca или encounter bat) - мягкая полиуретановая дубинка цилиндрической формы, обшитая тканью, с ручкой или без, используется в психотерапевтической работе.

Ребенку постепенно (также после установления терапевтического контакта с использованием недирективной игровой терапии) предлагается расширение стереотипной игры, обогащение сенсорного опыта, ребенок учится распознавать чувства, получать удовольствие от общения с другим человеком.

Дети с ригидными чертами личности могут проигрывать одни и те же игры на протяжении длительного времени. Им необходимо предлагать варианты «других» игр, начиная с «другого» варианта развития их любимых игр. Например, ребенку, который любил рисовать и потом вырезать из бумаги исключительно бабочек, я предложила, чтобы «вырезанные» бабочки полетали по комнате, встретились, познакомились, предложила нарисовать то, что бабочки любят больше всего – цветы и т. д.

Также для детей с ригидными чертами личности подходят эмоционально-заразительные игры с нарушением привычных правил, например, игры с нарушением порядка (разбрасывание стеклянных шариков по комнате), игры с действием «наоборот» (запускание машинок с трамплина, а не скатывание с горки, надувание воздушных шариков с последующим отпусканием и их спонтанным полетом), изменение привычного взгляда на окружающее (использование различных прозрачных призм, лупы, через которые можно смотреть на комнату и видеть ее искаженной, преобразование комнаты с помощью предметов, игра в домики, игра в паутину, когда комната заполняется паутиной, сделанной из скотча), ролевые игры – «превращение» друг друга в различных животных, членов семьи, игры с использованием музыкальных инструментов и многие другие.

Для детей школьного возраста оказываются полезными и ускоряют процесс терапии элементы когнитивно-поведенческой терапии. Например, прямое обсуждение вопроса «хороших» отметок, что означают оценки, отделение оценок в школе от оценки себя и т. д.; обсуждение темы гнева, отношений и чувств с младшими братьями или сестрами и др.

Процесс психотерапии с детьми настолько индивидуален, что встреча с каждым пациентом – это поиск методов, подходящих именно для данного ребенка. Интегрирование методов игровой терапии позволяет сделать процесс терапии более гибким и тем самым повысить ее эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Г. Лэндрет. Игровая терапия: искусство отношений. Пер. с англ. / Предисл. А.Я. Варга. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.
2. Г. Лэндрет. Новые направления в игровой терапии. Проблемы, процессы и специальные популяции. – М.: Когито-центр, 2007. – 479 с.
3. M. Giordano, G. Landreth, L. Jones. A Practical Handbook for Building the Play Therapy Relationship. - The Rowman&Littlefield Publishers, Inc., 2005. - 223 p.
4. В. Экслейн. Игровая терапия. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2007. – 416 с.
5. В. Оклендер. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. – М.: Класс, 2005. – 158 с.
6. В. Оклендер. Скрытые сокровища. Путеводитель по внутреннему миру ребенка». – М.: Когито-Центр, 2012. – 271 с.

N.K. Kirillina

INTEGRATIVE APPROACH IN PLAY THERAPY

Institute of Harmonious Development and Adaptation (Moscow).

Summary. The article describes the combined use of different play therapy approaches in child psychotherapy. Flexibility in the use and the combination of directive and non-directive methods increases the psychotherapy effectiveness.

Key words: integrative play therapy, non-directive play therapy by G. Landreth, play therapy by V. Oaklander.

А.А. Сергиенко, Е.И. Корнилова, Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева
ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАПОМИНАНИЯ
НЕЙТРАЛЬНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО НАСЫЩЕННЫХ СЛОВ
ДЕТЬМИ 9-12 ЛЕТ С НОРМОЙ РАЗВИТИЯ
И С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме: Исследование направлено на выявление особенностей взаимодействия слухоречевой памяти и эмоциональных процессов у детей с расстройствами шизофренического спектра. Проведено пилотажное применение методики запоминания эмоционально окрашенных и нейтральных стимулов у младших школьников в норме и при расстройствах шизофренического спектра. Оценивалось влияние фактора знака эмоций на продуктивность запоминания и воспроизведения слов в условиях непосредственного воспроизведения и гомогенной интерференции, субъективная оценка слов по эмоциональности.

Ключевые слова: дети с расстройствами шизофренического спектра, особенности слухоречевой памяти, нейропсихология эмоций, особенности познавательной сферы, взаимодействие эмоциональных и познавательных процессов.

В современной литературе указывается на недостаточность и своеобразие эмоциональной сферы у больных шизофренией подростков [1], также отмечается снижение показателей слухоречевой памяти у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в возрастной группе от 9 до 13 лет [2]. Известно, что слухоречевая память является одной из наиболее исследованных психических функций, однако в области детской клинической психологии недостаточно изучены взаимодействия и взаимодействия различных факторов: психическое здоровье/болезнь и возраст, объем слухоречевой памяти/содержательные характеристики стимулов (например, стимулы с разным эмоциональным содержанием) при разных вариантах дизонтогенеза и т. п. [3]

Цель - пилотажное применение методики запоминания эмоционально окрашенных и нейтральных стимулов у младших школьников в норме и при расстройствах шизофренического спектра.

Методика. Модифицированная методика Е.Д. Хомской и Н.Я. Батовой, направленная на оценку влияния эмоционального фактора знака эмоций на продуктивность запоминания и воспроизведения слов в условиях интерференции. В нашем исследовании процедура и стимульный материал были сконструированы по образцу методики разработанной Е.Д. Хомской [4].

Стимульный материал и процедура: три группы карточек, в каждой по 6 слов для запоминания: 2 группы содержали «эмоциональные» слова, 1 группа включала в себя «нейтральные» слова. К нейтральным словам относились: время, колонна, песок, звезда, рукав, парта. Эмоциональные слова: страх, тревога, радость, удивление, несчастье, успех. Условно эмоциональные слова, определяющие отношение к прогнозируемому будущему: будущее, здоровье, болезнь, учеба, жизнь, лечение. Последовательно предъявлялись для запоминания «эмоциональные», «нейтральные» и «условно эмоциональные» слова, между заданиями – интерферирующие задачи: посчитать от 1 до 10 (первая интерференция) и от 10 до 1 (вторая интерференция). Далее, с опорой на итоговое отсроченное воспроизведение, испытуемого просили назвать свое отношение к этим словам (положительное, отрицательное, нейтральное).

Оценка: объем воспроизведения эмоционально окрашенных и нейтральных слов в условиях непосредственного воспроизведения и гомогенной интерференции, соотношение продуктивности воспроизведения слов и субъективная их оценки по эмоциональности. Слова, оцененные как положительные или отрицательные, считались «эмоциональными», и им приписывались 3 балла, «нейтральным» - 2 балла. При обработке проверялась корреляция между субъективной оценкой слов по эмоциональности и эффективностью воспроизведения этих слов.

Испытуемые. Обследован 21 человек в возрасте от 9 до 12 лет. В контрольную группу (КГ) вошли 12 детей - учеников школы-лицея № 1451. В экспериментальную клиническую группу (ЭГ) вошли 9 детей, проходящих стационарное лечение в 7 клиническом отделении ФГБУ «Научного центра психического здоровья» с диагнозами круга шизофрении (F20.x F21.x, МКБ-10) Все дети ЭГ обучались по программе массовой школы и были осмотрены во время нахождения в стационаре. Обследование проводилось в период относительной стабилизации состояния, дети получали психотропную терапию. При обработке результатов использовались описательные статистики.

Результаты. Сравнение объемов непосредственного и отсроченного (после интерференции) воспроизведения нейтральных, эмоциональных и «условно» эмоциональных слов в КГ и ЭГ представлено на рис.1. Продуктивность непосредственного воспроизведения эмоциональных и условно эмоциональных слов в ЭГ несколько ниже, чем в КГ. Непосредственное воспроизведение нейтральных слов детьми ЭГ оказалось значимо ниже, чем у детей КГ.

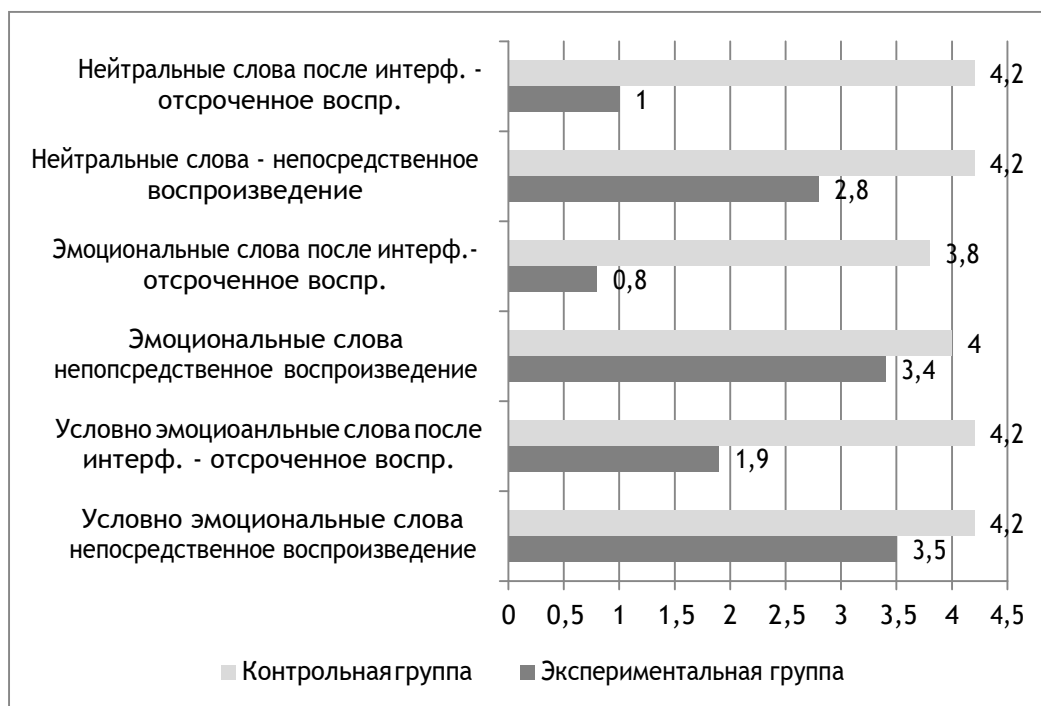


Рис.1 Непосредственное и отсроченное (после интерферирующего влияния) воспроизведение «нейтральных», «эмоциональных» и «условно эмоциональных» слов в КГ и ЭГ. По оси абсцисс – среднее количество воспроизведенных слов в каждой группе, по оси ординат – категория воспроизводимых слов (нейтральные, эмоциональные и условно эмоциональные) до и после интерференции

Аналогичное соотношение объемов воспроизведения слов между группами оказалось и в отсроченном воспроизведении после интерферирующего влияния. Воспроизведение всех трех групп слов у детей ЭГ после интерферирующего влияния значительно ниже, чем в КГ. Отметим тот факт, что количество воспроизведенных после интерференции «эмоциональных» слов у ЭГ оказалось даже ниже, чем количество воспроизведенных «нейтральных» слов. По-видимому, это указывает на специфические особенности эмоциональной составляющей слухоречевой памяти у детей с расстройствами шизофренического спектра.

Рассмотрим общую продуктивность отсроченного воспроизведения по параметру объема общего количества воспроизведенных слов и объема воспроизведения эмоциональных и нейтральных слов. На рис.2 отображены усредненные данные отсроченного воспроизведения всех слов в КГ и ЭГ («Назови все слова, которые ты запомнил, из трех групп слов»). Обнаружено, что у детей ЭГ значительно снижена продуктивность отсроченного воспроизведения всех слов.

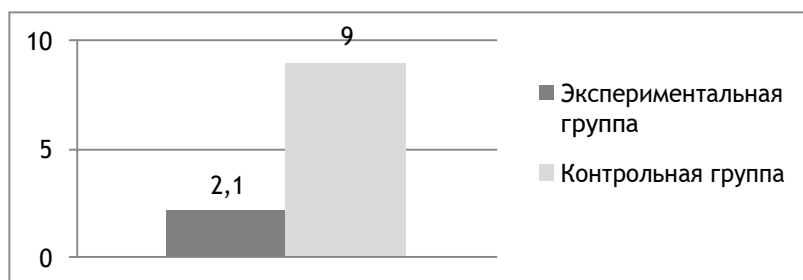


Рис.2. Отсроченное воспроизведение совокупности «нейтральных», «эмоциональных» и «условно эмоциональных» слов в контрольной и экспериментальной группах. По оси абсцисс – группы испытуемых, по оси ординат – среднее количество воспроизведенных слов после проведения всех методик.

Последняя часть исследования слухоречевой памяти включала два аспекта: продуктивность запоминания в условиях гомогенной интерференции, во-вторых, сопоставлялась продуктивность воспроизведения слов и субъективная оценка этих слов по эмоциональности. После проведения методики у ребенка спрашивали, как он относится к тому или иному слову: положительно; отрицательно; нейтрально. На рис. 3 показано, что у детей ЭГ имеется снижение продуктивности слухоречевой памяти. Кроме того, показано изменение объема запоминания «эмоционально насыщенных» и «нейтральных» слов по сравнению с КГ. Дети ЭГ характеризуются преобладающим запоминанием отрицательно эмоционально окрашенных слов, в то время как дети КГ значительно больше (в процентном соотношении 60% против 18%) запоминают и воспроизводят эмоционально положительно окрашенные слова. Процентное соотношение запоминания «нейтральных слов»: 41% в группе ЭГ против 24% в КГ, что может указывать на особенности эмоционального компонента, проявляющегося в слухоречевой памяти в виде преобладания негативных эмоций и безразличия.

Таким образом, пилотажное испытание методики на запоминание эмоционально окрашенных слов детьми с расстройствами шизофренического спектра показало ее адекватность в обнаружении связи запоминания эмоционально окрашенных стимулов с особенностями эмоциональной сферы.

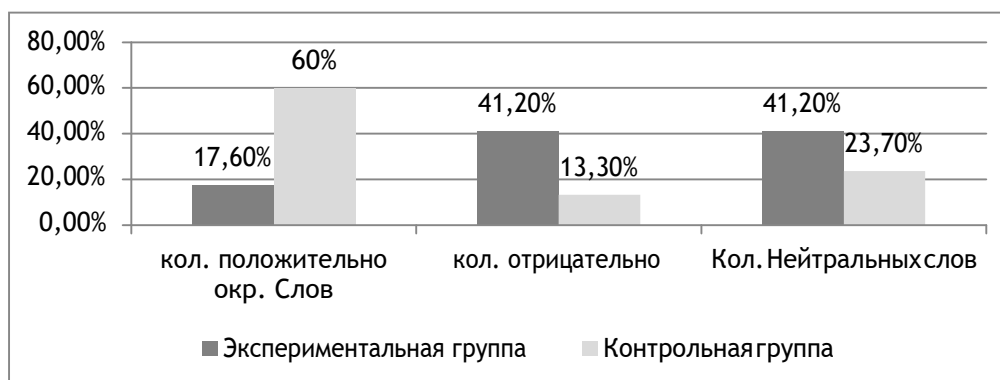


Рис. 3. Непосредственное и отсроченное (после интерференции) воспроизведение «нейтральных», «эмоциональных» и «условно эмоциональных» слов в соотношении с их субъективной оценкой самими испытуемыми. По оси абсцисс - виды слов, по оси ординат – процент воспроизведения соответствующе обозначенных слов от их общего количества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иовчук Н.М, Северный А.А., Морозова Н.Б. Шизофрения у детей и подростков // Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб.: Питер, 2008. – С.158-178.
2. Румянцева Е.Е., Самарина Т.Н. Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз у подростков в норме и при шизофрении [электронный ресурс] Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014, Том 6, № 3. – С. 197–207 - http://psyedu.ru/journal/2014/3/Rumyanzeva_Samarina.phtml, дата обращения 19.04.2015..
3. Зверева Н.В. Хромов А.И. Варианты когнитивного развития при различных формах шизофрении у детей и подростков // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2014, т. 114, № 12, вып. 1. - С. 42-48.
4. Хомская Е.Д, Батова Н.Я. Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование). – М.: Рос. пед. агентство, 1998. – 268 с.

A.A. Sergienko, E.I. Kornilova, H.B. Zvereva, E.E. Balakireva
PILOT STUDIES OF REMEMBERING OF NEUTRAL AND EMOTIONAL
SATURATED WORDS BY CHILDREN 9-12 YEARS AGE WITH NORM
OF DEVELOPMENT AND WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS
Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. The study aims to identify the features of the interaction of verbal memory and emotional processes in children with schizophrenia spectrum disorders. We have conducted a pilot application of the technique of memorizing emotionally charged and neutral stimuli in primary school children in normal state as well as affected by schizophrenia spectrum disorders. During the application we have evaluated the effect of emotional valence factor on productivity of memorizing and reproducing words in a direct playback and homogeneous interference, as well as the subjective evaluation for emotional words.

Keywords: children with schizophrenia spectrum disorders, particular qualities of verbal memory, neuropsychology of emotion, particularities of cognitive sphere, the interaction of emotional and cognitive processes.

ПОТЕНЦИАЛ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Астраханский государственный университет (Астрахань).

Специальное образование в нашей стране находится на этапе кардинальных перемен, переосмысления концептуальных основ, переоценки содержания образовательных программ и развития новых технологий коррекционной работы. Все большее распространение имеет личностно-ориентированная концепция, рассматривающая проблемы ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) как проблемы личности, испытывающей трудности в саморазвитии, самореализации и функционировании как субъекта социальной деятельности [7].

В наибольшей степени указанные трудности испытывают дети с тяжелыми двигательными нарушениями (ТДН) вследствие детского церебрального паралича (ДЦП). Нарушения их развития характеризуются тотальностью, мультифакторностью, преобладанием признаков повреждения над недоразвитием функций, диссинхронией стадийных переключений и нарушением преемственности психических процессов [11].

Подход к рассмотрению развития индивида с ОВЗ через призму социального движения направляет исследования в сторону поиска критериев, позволяющих прогнозировать успешность этого движения, а также в направлении анализа условий и факторов среды, благоприятствующих раскрытию и максимальной реализации потенциальных возможностей [9].

В литературе по медико-социальной реабилитации появилось понятие «реабилитационный потенциал» как комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов. Однако критерии его оценки разноречивы: одни рассматривают его как разность значений тяжести ограничения жизнедеятельности по реабилитации и по прогнозу [8]; другие - как психологическую готовность индивида к реабилитации [10]; третьи [1] - как статичный параметр, исчерпание которого является основанием для прекращения реабилитационных мероприятий.

Многие классики отечественной психологии видели потенциал развития ребенка в возможности его сотрудничества со взрослым, в овладении с его помощью способами ориентации и средствами деятельности взрослых. В психолого-педагогической литературе категория потенциала индивида рассматривается в системе личности: как интегральная характеристика уровня личностной зрелости, способной к самодетерминации [6]; как показатель психической адаптивности («адаптационный потенциал») и как способность удовлетворять актуальные потребности в самореализации в соответствии с требованиями среды [5]; как индивидуальная система особым образом организованных внутренних и внешних ресурсов человека, обеспечивающих трансформацию личности в процессе ее жизненного пути [4]. В специальной психологии сформировалась концепция возрастного потенциала психического развития через призму учения Л.С. Выготского о «зонах ближайшего и актуального развития» в ракурсе социальной ситуации развития [9].

Итак, в различных научных направлениях потенциал имеет свою характеристику. Однако она не может быть перенесена в чистом виде в сферу специальной педагогики в силу особенностей личностных свойств ребенка с множественными нарушениями, формирующихся с самого рождения в неблагоприятной ситуации развития, характеризующейся нестабильностью течения, непредсказуемостью ре-

зультатов.

Следовательно, необходим поиск такого системообразующего показателя, который бы отражал внутренние психологические, психофизиологические и внешние социально-средовые ресурсы детей с ТДН, имеющих «особый способ связи, их взаимную циклическую детерминацию и их взаимное конструирование, становление и развитие». То есть, этот показатель отражает результат коллективных взаимодействий, согласованности, синхронизации, когерентности [2].

Разработка методов диагностики и реализации этого личностного потенциала в процессе комплексной, специально организованной психолого-педагогической и медико-социальной помощи позволит повысить способность ребенка с тяжелой инвалидностью реализоваться в доступных видах деятельности в соответствии с его возрастными и индивидуальными особенностями.

Нами проведено комплексное исследование моторной, познавательной, эмоционально-личностной сфер у 260 детей дошкольного возраста с ТДН. На основе корреляционного анализа данных с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена был определен интегративный показатель каждой функции:

- потенциальные моторные способности [12] как предиктор двигательного развития – ($k=0,850775$; $p=0,000000$), обеспечивающие автоматическую регуляцию положения тела в пространстве;

- познавательная способность как предиктор когнитивного развития ($k=0,794282$; $p=0,000000$), характеризующаяся познавательным интересом, способностью принимать любую познавательную задачу, адекватно реагировать на внешние раздражители, действовать в соответствии с намеченным планом, выбирать для этого адекватные средства, проявлять настойчивость в достижении результата, замечать ошибки и самостоятельно их исправлять;

- мотивационная готовность к деятельности как предиктор эмоционально-личностного развития ($k=0,731434$; $p=0,000000$), характеризующаяся разнообразием и устойчивостью интересов, целеустремленностью, взаимосвязью с волевыми усилиями.

Выявлена положительная сильная корреляционная связь между произвольной регуляцией деятельности и познавательной способностью ($0,714973$, $p=0,000000$).

Поскольку все эти параметры в совокупности обуславливают ход развития ребенка и определяют целевые направления психолого-педагогической помощи, мы сгруппировали их в один показатель, который назвали *потенциал развития (ПР)* и дали определение этого понятия и его уровневую характеристику.

Под потенциалом развития ребенка дошкольного возраста с тяжелыми двигательными нарушениями мы понимаем синергизм внутренних психофизических и психологических задатков и свойств, способных к саморазвитию в процессе его воспитания и обучения при наличии специальных педагогических условий, позволяющих уменьшить или компенсировать, имеющиеся у него ограничения жизнедеятельности.

Потенциал развития дошкольников с ТДН включает следующие компоненты:

1. *Мотивационно-эмоциональный компонент* - мотивационная готовность к коммуникативному и социальному взаимодействию, к сотрудничеству со взрослыми и сверстниками.

2. *Когнитивный компонент* - познавательная активность как интегральный индикатор успешности психического развития.

3. *Исполнительный компонент* - «потенциальные моторные способности» как «энергетический ресурс», являющийся необходимой и основной предпосылкой для всех линий развития и взаимоотношений между ребенком и социальной

действительностью.

4. *Регуляторный компонент* - произвольная регуляция деятельности и поведения, обеспечивающая когнитивное и психосоциальное развитие.

Перечисленные параметры влияют друг на друга, потенцируя действие каждого, благодаря чему достигается синергетический положительный эффект, суммарный результат оказывается выше суммы активностей составляющих его частей, стимулируя рост потенциала развития в целом.

Уровни потенциала развития:

I. *Крайне низкий уровень (9,2% детей)* выражается в отсутствии потребности к познавательной активности, общению с окружающими, совместной со взрослым деятельности, неспособности к выражению даже примитивных потребностей, нецеленаправленности поведения, отсутствию контроля движений и действий.

II. *Низкий уровень (50,8% детей)* характеризуется слабым познавательным интересом, отсутствием потребности в общении, кратковременностью внимания, низким уровнем самооценки, выраженным расстройством произвольной регуляции поведения, постурального контроля, неспособностью выполнить простую инструкцию, неумением выражать свои потребности с помощью вербальных и невербальных средств общения, полной зависимостью от окружающих в осуществлении всех видов повседневной активности.

III. *Для среднего уровня (40%)* характерно наличие достаточно высокой коммуникативной и познавательной активности, которые, однако, отличаются нестойкостью, зависимостью от физического и эмоционального состояния ребенка; преобладание положительного эмоционального настроения, адекватность эмоциональных реакций, умение ясно выражать свои потребности, переживания вербальными или невербальными средствами; недостаточность произвольной регуляции поведения, позы, внимания; снижение результативности деятельности из-за трудностей организации, выбора способов ее выполнения, слабости волевых усилий; необходимость в физической помощи взрослого при осуществлении повседневной активности.

IV. *Высокий уровень* отличается активным и стойким интересом к окружающему, способностью регулировать свое эмоциональное состояние, поведение, увлеченно принимать любую познавательную задачу, действовать самостоятельно в соответствии с намеченным планом, выбирая для этого адекватные средства, добиваясь положительного результата; способностью к самоконтролю, адекватности оценки своей деятельности; заинтересованностью в совместной деятельности, игре, общении; способностью с незначительной помощью осуществлять повседневные занятия.

Этот системообразующий показатель имеет следующие особенности у детей с ТДН:

- это более широкое понятие чем «зона ближайшего развития», поскольку последняя, являясь следующим уровнем развития, достигается в процессе обучения. Потенциальные моторные способности, входящие в ПР, отражают биологические задатки, определяющие развитие моторных функций, закрепленные онтогенетически и проявляющиеся с рождения спонтанно, без обучения в условиях гравитационной среды;

- от понятия «реабилитационный потенциал» его отличает внутреннее единство, синергизм входящих в него компонентов и способность к росту в особых социально-средовых условиях.

Последнее свойство ПР определяет тенденцию к повышению актуальных двигательных и психических возможностей ребенка, но в то же время - к обостре-

нию внутреннего противоречия между достигнутым уровнем психического развития и прежним образом жизни, прежней социальной ролью. Это подталкивает возникновение качественно новой задачи, решаемой ребенком благодаря построению новой системы отношений. В этом состоит механизм его саморазвития.

Коррекционная работа с дошкольниками с ТДН проводилась по вариативным программам с учетом ПР:

- при крайне низком ПР осуществлялись мероприятия преимущественно компенсаторной направленности, формировалась потребность в расширении контактов с окружающим миром;
- при низком ПР основное внимание уделялось повышению мотивации к ориентировочно-исследовательской и коммуникативной активности, развитию сенсорно-перцептивной сферы;
- при среднем ПР развивались познавательная деятельность, речевые и неречевые формы коммуникации, игровая и продуктивные виды деятельности, формировались навыки социальной компетенции.

Коррекционные программы индивидуализировались благодаря специальной коррекционно-развивающей среде и созданию специальных педагогических условий, обеспечивающих системно-целостное функционирование всех элементов педагогической системы. Они включали психолого-медико-педагогические мероприятия по развитию взаимодействия ребенка с окружающим на телесном, психическом и социальном уровнях; полимодальное реабилитационное воздействие на психофизическом уровне.

Эта работа потребовала особой организации межпрофессионального взаимодействия участников психолого-педагогической помощи ребенку и его семье на основе синергетической модели. Одним из ведущих методических ее принципов был принцип *междисциплинарного синтеза*, понимаемого как организация коллективной деятельности специалистов различных профилей, сплоченность и сознательность, распределение деятельности при решении общих задач, использование интегративных медико-социальных и психолого-педагогических методов и приемов реабилитации, имеющих содержательно-смысловую связь на всех этапах психолого-педагогической помощи.

В результате проведенной работы число детей с низким ПР уменьшилось на 35%, а 32% повысили его до среднего уровня. 25% детей показали высокий уровень ПР, которого до начала коррекционной работы не было ни у одного ребенка. Дошкольники с низким потенциалом развития, сохранив физическую зависимость, стали более активными в общении, игровой деятельности со сверстниками с помощью альтернативных средств коммуникации (15,8%), расширили уровень представлений о себе и окружающем мире. У них упорядочилось поведение, сгладились эмоционально-волевые нарушения.

Эти данные свидетельствуют о том, что ПР динамичен, способен к проявлению положительного синергетического эффекта под влиянием особой организации и содержания комплексной помощи в условиях специальной коррекционно-развивающей среды. Высвобождение ПР ребенка с ТДН активизирует его социальную активность, повышает мотивацию к познавательной, коммуникативной, игровой деятельности, обеспечивает условия для творческой самореализации, достижения функциональной независимости.

Контрольный эксперимент показал, что 36% детей овладели не только навыками сидения и стояния, но и ходьбой. Снизили степень функциональной зависимости 60% детей, а 13% детей обрели полную независимость от постороннего ухода.

Дети, которые сохранили степень физической зависимости вследствие крайне

тяжелого поражения ЦНС, все же демонстрировали повышение понятийного уровня в ситуациях повседневной жизни, овладели способами выражения своих желаний не только в сфере удовлетворения элементарных потребностей, но и в сфере общения, игрового взаимодействия.

Выводы. Предиктором прогноза развития дошкольников с ТДН является интегральный показатель физических, психологических задатков – *потенциал развития*, способный к позитивным динамическим изменениям в специальных педагогических условиях, стимулирующих саморазвитие личности ребенка. Ориентация на создание условий для его выявления и реализации при разработке индивидуальных программ реабилитации позволяет достичь социализации детей, ранее изолированных от общества сверстников. Вовлечение детей этой категории в коррекционно-воспитательный процесс отражает гуманистический характер отношения к человеку, при котором человеческое достоинство, самоценность и равенство в отношении прав и свобод не регламентируются в зависимости от его социальной полезности и считаются родовым человеческим атрибутом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Х.М., Алиева А.А. Особенности реализации индивидуального реабилитационного потенциала детей-инвалидов с поражением ЦНС // Мат-лы Российской науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов». – М., 2003. – С. 153-154.
2. Буданов В.Г. Методология синергетики в постнеклассической науке и в образовании. – М.: ЛКИ, 2007. – 232 с.
3. Выготский Л.С. Проблемы развития психики // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия для вузов в 2 т. Изд. 2 стер. / Под ред. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. Т.1. – М.: Изд-во МГУ, 2006. – С. 10-22.
4. Гордеева А.В. Реабилитационная педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических вузов и колледжей. – М.: Академический проект; Парадигма, 2005. – 320 с.
5. Кулганов В.А., Шенберг Л.С., Короткова И.А. Исследование адаптационного потенциала личности у подростков и молодежи // Мат-лы науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения –2005» / Под ред. Л.А. Цветковой, Л.М. Шипицыной. – СПб.: СПбГУ, 2005. – С. 578-580.
6. Леонтьев Д.А. Личностная зрелость как опосредствование личностного роста // Культурно-историческая психология развития / под ред. И.А. Петуховой. – М.: Смысл, 2001. – С. 154-161.
7. Малофеев Н.Н. Институт коррекционной педагогики. Цели и приоритеты // Дефектология. – 1993.- № 3. – С.3-7.
8. Пузин С.Н., Чикинова Л.Н., Андреева О.С., Шабалина Н.Б., Кудрявцев В.В., Галь И.Г., Трофимчик И.А. Актуальные проблемы реабилитации детей-инвалидов // Мат-лы Российской науч.-практ. конф. «Медико-социальные проблемы детей-инвалидов». – М., 2002. – С. 68.
9. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2007– 713 с.
10. Смычек В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с органическими поражениями центральной нервной системы: Монография. В.Б. Смычек, Т.Н. Бузенкова. – Мн., 2003. – 191 с. – С. 44.
11. Симонова Т.Н. Система психолого-педагогической помощи детям дошкольного возраста с тяжелыми двигательными нарушениями. – Астрахань. Издательский дом «Астраханский университет», 2010. – 106 с.
12. Le Metayer M. De l'évaluation clinique de l'infirmité motricité cérébrale au pronostic fonctionnel. – L'infirmité motricité cérébrale // Actes du colloque, 1996. – P. 53-63.

**ТАНАТОТРОПИЗМ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КРИЗИСА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ****Воронежский государственный университет инженерных технологий
(Воронеж).**

Подростковый возраст в силу специфической эмоциональной сенситивности относится к стадиям онтогенеза, опасным для дезинтеграции психоэмоционального состояния личности, определяется суицидологами как маргинальный фактор повышенного суицидального риска (по [4]), что поясняет причины склонности подростков, переживающих обособленное социальное положение и связанное с ним и резким взрослением обостренное чувство одиночества, к суициду.

Эмоциональное развитие личности в подростковом периоде носит кризисный характер и определяется особым положением подростка в онтогенезе в силу биологически обусловленных факторов (роста организма, гормональной перестройки, возрастных особенностей развития мозга, характеризующихся преобладанием процессов возбуждения над процессами торможения), скачкообразного перехода к взрослому состоянию, необходимостью освоить в короткий срок новые социальные функции и разрешить значительно расширившийся спектр задач развития.

Эмоциональные переживания в период кризиса насыщены эмоциями страха, чувства обиды, вины, злобы, беспомощности, отчаяния, одиночества, безнадежности. Личности свойственно переживание амбивалентных настроений: одновременно сосуществуют желание уйти из жизни и не менее сильное желание жить. Чувства, характерные для этого периода, субъективно могут казаться нестандартными и социально неприемлемыми, в результате состояние усугубляется, возникает сомнение в способности к адаптации и интеграции в общество [2, 4].

Подростковый танатотропизм как отражение эмоционального кризиса имеет двойственную направленность.

Образ смерти в подростковом сознании выглядит достаточно неопределенно, поэтому возникает ложное представление о смерти как о чем-то магическом, возможно, временном и необязательно непоправимом [1]. Символика смерти активно проявляется в моде на оформление внешности, что наиболее ярко представлено у готов, эмо (это предпочтение черного цвета в одежде и косметике), в соблюдении некоторыми неформальными объединениями молодежи соответствующих ритуалов, доходящих порой до масштабов трагедии, как, например, зафиксированные СМИ случаи подростковых игр в смерть, в одном из которых, согласно их данным, была зафиксирована реальная смерть участника.

Мы считаем, что смерть не только архетипически символизирует новое рождение, она таинственна, ее образ завораживает, привлекает внимание, в ряде случаев вызывает уважение и восхищение (героическая смерть во имя высоких идеалов) – ее атрибуты могут оказывать на подростков гипнотическое действие как способ повышения собственной значимости и величия в глазах самого себя и окружающих, что иррационально, на бессознательном уровне, воспринимается в качестве фактора последующего за ней жизненного успеха (воображаемой и, возможно, желаемой – ожидаемой – славы).

Некритичное отношение подростков к возможности реальной смерти подразумевает недостаток информированности и наличие завышенной самооценки – разумеется, характеристик инфантильного сознания. Логично предположить в подобных случаях интуитивный поиск нравственности и высокую эстетическую сенситивность склонных к суициду подростков, что ими может не вполне осозна-

ваться [5]. Так, Ф. Дольто [1] указывала на старание подростков быть «совестью человечества». Другим мотивом суицида в подростковом возрасте, на наш взгляд, является набор субъективных переживаний, которые можно объединить под основной темой поиска спасения от неудачи или поражения, имеющего место при склонности к паническим реакциям и низкой самооценке [5]. В целом оба полюса или вектора отношения подростков к смерти мы интерпретируем в терминах мотива – смерти как «эффективного» средства достижения успеха и преграды – смерти как способа избегания жизненных неудач.

Вслед за Ф. Дольто, мы считаем, что современному подростку сложно благополучно перейти через период взросления в связи с тем, что в социуме отсутствуют обряды инициации, имевшие место в более древние исторические периоды, являвшиеся посвящением во взрослую жизнь. Отсутствие подобной «заботы» со стороны старшего поколения приводит к тому, что подросток сомневается в своей необходимости обществу. Макросоциальный фактор влияния на эмоциональное неблагополучие подростка в том, что современная молодежь гораздо труднее, чем предыдущие поколения, находит себе место в социуме, а общество не может справиться с этой проблемой [4].

Подростки, в анамнезе которых неоднократно отмечались мысли о самоубийстве, отвергали мысли о его смертельном исходе [2], что подтверждает нашу гипотезу о привлекательных свойствах смерти в сознании определенной части подростков [5]. Параллельными явлениями подростковому суициду выступают эксперименты с нарушающими сознание веществами и другие жизненно опасные виды активности, которые подразумевают возросшие завуалированные интеллектуальные и личностные запросы. Мотив в данном случае – любопытство и наслаждение мнимым самоконтролем психофизических ощущений.

Подростковый танатотропизм является, на наш взгляд, признаком педагогической запущенности подростков, неспособности взрослых усилить инстинкт самосохранения детей. Если суицидальные попытки подростков носят выраженный демонстративный характер, это также указывает на педагогическую несостоятельность родителей и эмоционально значимых людей – объектов идентификации подростков. Мы считаем, что сочетание волевой, эмоционально холодной матери со слабохарактерным, пусть доброжелательным и терпимым отцом порождает у ребенка конфликт между восприятием родительских характеристик в семейной модели и модными стереотипами социального успеха, подразумевающими высокий уровень конкурентоспособности партнеров обоих полов, т. е. несоответствие наличной семейной модели современному обществу. В результате подросток не принимает на бессознательном уровне себя самого как продолжение родительской семьи и затрудняется в выборе оптимального варианта личностного развития [5].

Как известно, общей целью суицида является поиск решения, а задачей – прекращение работы сознания. Согласно мнению Э. Шнейдмана (по [4]), внутреннее отношение к суициду амбивалентно, общим действием при суициде является бегство, при этом суицидальное поведение соответствует общему стилю поведения в течение жизни. Мы считаем, что отношение подростков к суициду нельзя однозначно назвать амбивалентным: их фантазии, подкрепляемые избытком наличия множества жизней у игрока, например, компьютерных игр переносятся в образ реальности, снимая защитный антисуицидальный барьер [5]. Также мы подчеркиваем, что понимаем суицид в терминах не только бегства (спасения – в нашей трактовке), но и стремления к достижению посредством смерти желаемой цели – обозначить себя. Соответствующим суициду общим стилем поведением в течение жизни являются систематические практики изменения состояния сознания (прерывания работы со-

знания) при общей неудовлетворенности реальностью (стрессах, фрустрации потребностей). Широкое употребление подростками различных психоактивных веществ отражает скрытый характер суицидальных тенденций или предваряет их, разрушая защитные механизмы личности.

Алкоголь и наркотики довольно часто рассматриваются в качестве инструмента в достижении важных подростковых целей: принятия в группу сверстников, стремления сформировать привлекательный имидж, удовлетворения любопытства, изменения настроения, усиления удовольствия от секса, заявления прав на взрослость (компенсируют реакцию эмансипации), восприятия групповой солидарности среди подростков [3]. Потребление психоактивных веществ поддерживает согласие в группе (объединяющий фактор) и помогает отделить «своих» от «чужих», а также играет роль в выражении группой сопротивления и бунтарства, наиболее привлекательного для данного возраста. Как видно, прерывающие работу сознания вещества способствуют достижению целей, что соотносится с нашей логикой, следовательно, при несформированности антинаркотического / антиалкогольного барьера вполне могут быть признаны сопутствующими факторами при стремлении подростков к успеху с положительной, в их представлениях, мотивацией. Чувство внутреннего согласия на смерть в подобных случаях отсутствует, равно как и безразличие, сожаление или отвращение к собственной жизни, ее мучительная непереносимость, подтверждая нашу гипотезу о положительном образе смерти в сознании ряда подростков.

К признакам деформации личности, указывающим на латентный характер танатотропизма, следует отнести любые проявления деструкции в поведении подростков: алкоголизацию, потребление наркотиков, общение с деструктивной группой сверстников или деструктивным религиозным культом, отсутствие глубоких межличностных контактов, социальную изоляцию, агрессивное поведение (проявляемое в физической, косвенной и вербальной форме, негативизме, стойких чувствах обиды и вины), безрассудное вождение автомобиля, чрезмерный аппетит или его отсутствие, пренебрежение гигиеной, низкую энергетику, демонстративную сексуальность, эмоциональную подавленность, панические реакции и невротические симптомы. Также мы причисляем к латентным признакам танатотропизма проявления нечестного поведения: несформированность базового доверия к миру, манипулятивное поведение, лживость, наличие страхов, активное использование механизмов психологической защиты. Нечестное поведение обусловлено эмоциональной неустойчивостью, недостатком сохранности сознания, слабостью Ego и Super-Ego, подозрительностью и напряженностью. По достаточно высокой частоте встречаемости данных признаков в современном подростковом сообществе можно констатировать снижение способности к самосохранению в целом, для восстановления которой следует неуклонно пробуждать интерес к жизни и целенаправленно воспитывать волевые качества личности [5].

К последствиям эмоционального кризиса особенно чувствительны следующие категории подростков: подростки, перенесшие насилие или ставшие жертвами жестокого обращения в семье и в различных бытовых ситуациях; подростки, перенесшие психическую травму в связи со смертью родителей и потерей близких; подростки, оказавшиеся в ситуации развода родителей; застенчивые подростки; подростки, перенесшие аборт и другие серьезные медицинские вмешательства; одаренные дети, имеющие высокие результаты по сравнению со сверстниками [3].

Выводы. Отношение подростков к смерти может быть положительным вследствие возможной привлекательности ее образа и несформированности антисуицидального барьера. Подростковый танатотропизм как поиск выхода из за-

тяжного эмоционального кризиса в современном жизненном пространстве социума есть явление амбивалентное по своей направленности. Мы выделили два вектора суицидальной активности подростков: с позитивной для инфантильного сознания мотивацией – стремлением к последующему успеху и с негативной мотивацией – поиском спасения от жизненных неудач [5]. Подростковое влечение к смерти есть распространенное явление в современном социуме, воспринимаемое незрелой личностью в качестве реального решения накопившихся проблем, отражающее общее падение жизнеспособности как взрослого, так и взаимосвязанного с ним подрастающего поколения (взрослые, не обладая данной характеристикой или утратив ее, не смогли научить детей). Скрытые суицидальные тенденции, проявляющиеся в аддиктивном поведении или депрессивном состоянии личности, следует анализировать для выявления мотивационной направленности (в случае депрессии – подавленной мотивации), что должно облегчить выбор стратегии по оказанию специализированной психологической помощи. В данном контексте следует принять во внимание необходимость воспитания честности как устойчивой личностной черты путем стимулирования открытости и искренности, конгруэнтности, ответственности, невозможных без наличия базового доверия к миру, формирования в сознании ценностей правды и истины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дольто Ф. На стороне подростка / Ф. Дольто; пер. с фр. А.К. Борисовой. - Екатеринбург: У-Фактория, 2006. - 368 с.
2. Малкина-Пых И.Г. Кризисы подросткового возраста (Справочник практического психолога). / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2004. - 384 с.
3. Меновщиков, В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями / В.Ю. Меновщиков. 2-е изд., стер. М.: Смысл, 2005. - 182 с.
4. Осипова, А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А. Осипова. Изд. 2-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 315 с.
5. Шмырева, О.И. Отношение к смерти как следствие эмоционального кризиса в подростковом возрасте / О.И. Шмырева // Мир психологии. - М.–Воронеж, 2008, № 4 (56). - С. 88–95.

O.I. Shmyreva

TANATOTROPIZM: PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EMOTIONAL CRISIS IN ADOLESCENCE

Voronezh State University of Engineering Technology (Voronezh).

Summary. It is shown that the teen tanatotropizm as a way out of the protracted emotional crisis in the modern living space society is ambivalent on the orientation of the phenomenon. Highlighted two vectors suicidal activity among adolescents: a positive for infantile consciousness motivation – the desire to subsequent success and a negative motivation – the search for salvation from life's setbacks.

Keywords: tanatotropizm, emotional crisis, adolescent age.

О.Б. Левковская*, Ю.С. Шевченко**

**НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ:**

СОВРЕМЕННЫЕ ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ¹

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков*, Российская медицинская академия последиplomного образования** (Москва).

Объяснительные подходы к росту самоповреждений в общей популяции

Не менее интересными, на наш взгляд, являются не только представленные научные модели, но и носящие более глобальный характер объяснительные подходы к росту НСП в неклинической популяции. В. Walsh [46] перечисляет следующие подходы:

1. Транскультуральный (transcultural)

Транскультуральный подход к проблеме самоповреждений прослеживается особенно ярко в работах А. Favazza (1996). Исследователь рассмотрел практику модификаций тела в различных странах и культурах, их связь с религиозными обрядами, шаманскими практиками и магическими ритуалами обретения власти над силами природы и духовным миром, а также обрядами инициации. В частности он пишет: «...модификации тела дают нам информацию о базовых элементах социальной жизни. Исследование ритуалов показывает, что они служат элементарной цели, а именно коррекции и профилактике дестабилизирующих влияний, представляющих угрозу сообществу». Автор приводит примеры таких дестабилизирующих сил: болезни, злые божества, духи предков, любые виды конфликтов (между мужчиной и женщиной, межпоколенные, межклассовые, межплеменные), потеря групповой идентичности, потеря ясной социальной роли и идентичности, аморальное или греховное поведение, экологические бедствия.

Здесь же вполне закономерен вопрос и о социогенной природе самоповреждающего поведения - не являются ли подростковые самоповреждающие манипуляции с телом стихийной альтернативой *ритуала инициации*, традиция которого исчезла из современной культуры, но потребность в котором, никуда не исчезла. С другой стороны, сочетание сильной архетипической агрессивности с жестким табу в отношении агрессии к соплеменнику в условиях, препятствующих проявлению агрессии вовне, ведет к невротизации, психосоматическим расстройствам [2, 23] либо прорывается в аутоагрессивном и рискованном (в том числе аддиктивном) поведении. Такая реализация неразряженной агрессивности создает впечатление наличия особого «инстинкта смерти» (по З. Фрейду), дискуссионного с точки зрения этологии, поскольку не обнаружено его биологических подтверждений, но являющегося социальной метафорой современного общества.

В последние десятилетия в мире можно наблюдать такой культурный феномен, как значительное увеличение популярности пирсинга, профессиональных тату, шрамирования, выжигания и других форм так называемого body art, имеющих свое происхождение в культурах коренных народов Африки, Америки, Индии, Новой Зеландии. В. Walsh в качестве научной дискуссии выдвигает следующие

¹ Окончание. Начало см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2014(14), № 2.

современные аналоги дестабилизирующим силам, описанным Favazza в его работе: проблемы, связанные с общемировой экономической рецессией; болезни (например, ВИЧ); конфликты между полами, поколениями, социальными классами; потеря четких моральных ориентиров в обществе; экологические катастрофы. Следуя логике A. Favazza, B. Walsh предлагает рассматривать функции несуицидальных самоповреждений в следующих аспектах: 1) исцеляющий аспект (healing), несмотря на то что исцеление обретается посредством причинения вреда собственному телу; 2) духовный аспект (spirituality) или хотя бы достижение измененного состояния сознания; 3) социальный аспект (promotion of the social order), связанный с провоцированием определенного ответа со стороны социальных органов.

Перед клиницистами теперь нередко встает законный вопрос, в каких случаях имеет место модификация тела как культурный феномен, а в каких – НСП [46]. Большинство людей, избирающих профессиональные тату, по мнению автора, стремятся сделать свою внешность более привлекательной. Те же, кто прибегает часто к пирсингу, в большинстве случаев, подтверждает таким образом свою принадлежность к определенной социальной группе. Ключевыми характеристиками, позволяющими дифференцировать модификацию тела (как культурный феномен) от самоповреждений, являются следующие [46]:

- самоповреждения обычно наносятся человеком самому себе, в то время как модификации тела, такие как тату и пирсинг, обычно осуществляются специально обученными профессионалами;
- самоповреждения чаще имеют своей целью эмоциональную регуляцию и уменьшение психологического стресса; модификация тела относится к одной из возможных форм самовыражения и улучшения внешности;
- иногда действительно неоднозначной представляется дифференцировка между самоповреждениями и модификацией тела. Центральными, определяющими ответами, относится ли данное поведение к самоповреждениям или нет, являются ответы на следующие вопросы: «Был ли человек в момент осуществления данных действий в эмоционально нестабильном состоянии? Имеет ли данный человек предшествующую историю аутоагрессивного поведения (химические аддикции, расстройства пищевого поведения, рискованное поведение и др.) включая самоповреждения? Использовал/а ли он/она стерильные инструменты или нет? Придерживался/лась ли он/она после совершения данных действий специальных процедур, способствующих правильному и быстрому заживлению ран?».

2. Феминистский (feminist)

Данный подход находит отражение в работах феминистских писательниц, таких как S. Shaw. Автор формулирует следующим образом свой взгляд на природу самоповреждений: «Женщины добровольно подвергаются санкционированным нашей культурой процедурам, болезненным и деструктивным по своей природе, в погоне за западными идеалами красоты. Данное поведение не рассматривается как патологическое или девиантное. Женщины выдергивают, подтягивают, делают инъекции токсических веществ и вакуумную экстракцию подкожного жира... Ни одна часть женского тела не остается нетронутой, неизменной... Боль – это часть процесса груминга... никакая цена не является слишком большой, никакой процесс – слишком отталкивающим, никакая операция – слишком болезненной для женщин, желающих быть красивыми». С точки зрения автора, самоповреждения могут выступать как акт рекламы – требования о возмещении причиненного ущерба. S. Shaw пишет: «Самоповреждения возвращают нас назад к тому, что было сделано в прошлом с девочками и женщинами... Отказавшись от замалчива-

ния, буквально вырезая и выжигая на руках и ногах свой опыт насилия и молчания, девочки и женщины требуют права владения на собственные тела и на свою субъектность» [прив. по 46]. Феминистская формулировка не объясняет, почему в общей популяции растет число мужчин, страдающих самоповреждающим поведением.

3. Современный примитивистский (modern primitive)

Создатель «современного примитивистского движения» Fakir Musafar известен самыми разнообразными модификациями тела. Практически каждый сантиметр его тела был подвергнут тату, пирсингу, подвешиванию на крюках. Популяризация его взглядов, а также тату и пирсинга во всем мире, положила начало новой эре, стартовавшей в конце 1980-х годов и продолжающейся до настоящего момента. F. Musafar декларировал новый взгляд на модификации тела, как на «изящное украшение», подвергнув сомнению их болезненность и сходство с пытками. Основную формулировку точки зрения «примитивистов» приводит A. Favazza в своей книге: «Мы отвергаем западную культуру в части ее отношения к человеческому телу. Мы верим, что наши тела принадлежат нам. Мы отвергаем иудейско-христианский подход, в котором все мы воспитаны, к телу и эмоциям. Наши тела не принадлежат отцам, матерям или супругам; также как они не принадлежат государству, монарху, правителю или диктатору; или каким-либо социальным институтам – образовательным, коррекционным, медицинским или военным. Язык, который используется для описания нашего поведения («самоповреждения, членовредительство»), сам по себе является негативной и вредной формой контроля». В настоящее время в интернете абсолютно доступной является информация по разнообразным ухищрениям, к которым прибегают так называемые «играющие с телом» (body players), а также их многочисленные фотографии, анонсы книг и выставок, посвященных этой теме [<http://www.bodyplay.com>].

4. Психотерапевтический (psychotherapeutic)

Многие клиницисты не вполне разделяют описанные подходы к самоповреждениям, подразумевающие, прежде всего, определенные средовые культуральные влияния [46], и выдвигают свой перечень факторов, играющих возможную роль в формировании самоповреждающего поведения. Так В. Walsh предлагает все факторы разделить на 4 основные категории:

- 1) средовые влияния;
- 2) прямые влияния СМИ;
- 3) влияния референтной группы;
- 4) внутренние психологические влияния.

Автор подчеркивает особую значимость перечисленных факторов для подросткового, юношеского периодов и этапа ранней взрослости, т. е. именно для тех групп, в которых в последние годы отмечается наиболее значительный прирост самоповреждений.

1). К средовым влияниям Walsh относит следующие неблагоприятные воздействия:

- ✓ школьная и рабочая среда чревата высоким уровнем стресса;
- ✓ жизненный стиль, ориентированный на решение множества разнообразных задач (multitasking lifestyle), способствует постоянному персистирующему низкоуровневому стрессу и тревоге;
- ✓ ситуация жесткой соревновательности в школах и на рабочем месте способствует росту изоляции и недоверия между людьми;
- ✓ рекламные компании в масс медиа обращают внимание потребителей на тот факт, что существующие безрецептурные и рецептурные лекарственные пре-

параты способны качественно изменять настроение, улучшать сон, помогают достигать желаемого эмоционального состояния;

- ✓ изменение состояния сознания выглядит как нечто, что может быть легко достигнуто очень доступным употреблением алкоголя или уличных наркотиков;

- ✓ многие подростки и юноши убеждены, что любой праздник, вечеринка обязательно включают в себя интоксикацию (алкоголем или др. токсическими веществами);

- ✓ в семье и школе крайне редко обучают здоровым способам и навыкам снижения эмоционального напряжения;

- ✓ при наличии двух работающих родителей в семье дети предоставлены сами себе большую часть дня. Когда же родители бывают дома, часто они полностью истощены и психологически не доступны для общения. Детям остаются считанные минуты утешительного общения с родителями;

- ✓ уровень разводов, достигающий 50%, является мощным стрессогенным фактором не только для детей, но и для одиноких родителей, нянечек, школьных учителей и многих других;

- ✓ в целом наблюдаемое в социуме уменьшение чувства общности и социальной поддержки;

- ✓ превалирование в молодежной культуре подчас недостижимых стандартов красоты и физических данных (в отношении веса, размера груди, мышечного рельефа и т. д.).

2). К прямым влияниям СМИ относятся:

- ✓ многие телевизионные шоу и фильмы делают сенсацию на самоповреждениях;

- ✓ музыкальные клипы часто показывают и практически пропагандируют самоповреждающие действия;

- ✓ люди, заметные в СМИ, публично обсуждают самоповреждения (Анджелина Джоли, принцесса Диана, Джонни Депп, Ширли Мэнсон, Кристина Ричи);

- ✓ теме самоповреждений посвящены многие вебсайты, где можно найти литературные описания, произведения изобразительного искусства, фотографии, изображающие самоповреждения;

- ✓ поиск в YouTube на тему «self-harm/self-injury» также обеспечивает доступ к видео, демонстрирующим актуальные самоповреждения.

3). К влияниям референтной группы относят следующие факторы:

- ✓ обычно подростки и юноши испытывают мощные эмоциональные колебания и недостаток продуктивных копингов для того, чтобы справляться с ними;

- ✓ подростковые группы часто используют различные токсические или наркотические вещества с целью обряда посвящения;

- ✓ использование токсических и наркотических веществ начинается в основном в средней, а иногда в младшей школе;

- ✓ использование токсических и наркотических веществ мешает формированию нормативных стратегий совладания и здоровых навыков снижения эмоционального напряжения;

- ✓ подростковые группы часто проявляют удивительную сплоченность и приверженность в отношении тех форм поведения, которые осуждаются или вызывают страх у взрослых;

- ✓ молодые люди в целом ориентированы на действия; самоповреждения драматичны по своей природе, часто видимы для окружающих и несут немедлен-

ный результат;

- ✓ молодые люди десенсибилизированы к самоповреждениям, т. к. в подростковых группах часто одобряются разнообразные модификации тела, такие как пирсинг, тату, выжигание и шрамирование;

- ✓ самоповреждения не выглядят, как «сильно отличающиеся» от популярных форм body art.

4). Группа внутренних психологических факторов:

- ✓ «самоповреждения работают», т. е. временно уменьшают эмоциональное напряжение и восстанавливают чувство психологического равновесия;

- ✓ самоповреждения несут в себе мощный коммуникативный аспект;

- ✓ самоповреждения обеспечивают чувство контроля и подвластности ситуации.

Проблема взаимосвязи и дифференциального диагноза несуицидальных самоповреждений и истинных суицидов в детско-подростковом возрасте

Проблема суицидов и действий, направленных собственно на лишение себя жизни, и проблема несуицидальных самоповреждений неотделимы друг от друга и во многих аспектах как бы перекрываются, как это видно на рис.1.



Рис. 1 Условная схема соотношения несуицидальных самоповреждений и суицидальных действий*.

*Наиболее удаленные друг от друга точки окружностей представлены *слабо-осознаваемым блаженно-комфортным почесыванием*, с одной стороны, и *обдуманно-произвольным самоуничтожением* с помощью харакири, с другой. Посередине соединяющего их континуума переходных и смешанных состояний находится точка, в которой защитно-приспособительный смысл самоповреждающего поведения, направленный «центростремительно» на самосохранение, сменяется альтернативным «центробежным» курсом к сохранению рода, вида или мира.

Несмотря на разницу в мотивах и способах их исполнения, в основе разных форм аутоагрессивного (аутодеструктивного) поведения лежат общие факторы риска. Грань между истинным суицидальным и самоповреждающим поведением весьма тонка, особенно это касается детей и подростков. Наблюдаемое в социуме распространение субкультур, рассматривающих суицид и самоповреждения как достойную норму поведения, создают дополнительные факторы формирования деструктивных убеждений в молодежной среде («эмо», «готы»). Распространение современных примитивистских движений также приводит к расширению границ приемлемости и допустимости тех или иных самоповреждений.

На тот факт, что самоповреждающее поведение имеет определенную корреляцию с суицидальным поведением, указывают многие исследователи [33, 34]. Примерно 40% тех, кто совершал какие-либо акты самоповреждения, сообщали об имевших место суицидальных мыслях в момент этих актов. Кроме того, по разным данным, от 50% до 85% лиц, совершавших акты самоповреждения, хотя бы один раз в жизни предпринимали суицидальную попытку. При этом лица, предпринимавшие суицидальную попытку, отличаются от тех, кто имел только самоповреждения в анамнезе следующими характеристиками [33]: а) они имели более длительную историю самоповреждающего поведения; б) тенденцию к использованию различных методов самоповреждения; в) большую тяжесть самоповреждений. В заключении авторы отмечают, что самоповреждающее поведение является фактором риска для истинного суицида, т. к. лица, склонные к такому поведению, демонстрируют привлекательность образа смерти как такового, отсутствие страха смерти и суицида и скорее, чем другие, совершают суицидальные попытки в случае сложных жизненных обстоятельств и дистресса.

Отечественная наука [4, 5, 11 и др.] разрабатывала в течение многих десятилетий различные аспекты, относящиеся к истинному суицидальному и так называемому парасуицидальному поведению детей и подростков. В клинической практике самоповреждения детей и подростков, не имевшие своей целью уход из жизни, хотя и не относятся к типичному суицидальному поведению, однако, всегда рассматриваются как дополнительный фактор риска. Всегда существует вероятность нанесения повреждений, представляющих опасность для жизни. Кроме того, проблема различения истинного суицидального действия и самоповреждения усложняется и тем, что не всегда просто определить, где имеют место повторяющиеся акты самоповреждения, а где «репетиции» суицидального акта, т. к. по форме они могут выглядеть идентично. Вследствие этого в нашей стране ко всем случаям самоповреждений детей и подростков, оказавшихся в соматическом стационаре, применяется следующая практика: при получении соответствующего согласия со стороны родителей или, при достижении подростком 15 лет, личного согласия такой пациент консультируется психиатром. И при необходимости пациент переводится в психиатрическую больницу или же направляется под наблюдение психиатра по месту жительства. В психиатрическом стационаре, вне зависимости от мотивов и целей самоповреждающего поведения, пациенты рассматриваются как пациенты с суицидальным риском и подлежат строгому надзору.

О трудностях дифференцирования истинного покушения и демонстративных суицидальных попыток свидетельствуют данные, полученные А.Е. Личко и А.А. Александровым. Среди 300 обследованных мальчиков-подростков суицидальное поведение отмечалось у 34%. Все суицидальные попытки были подразделены на 3 вида. Первый вид, или демонстративное поведение, констатировано у 20%, второй вид, или аффективные попытки, – у 11%, третий вид, или истинные попытки, заранее обдуманное покушение, – у 3% (от общего числа суицидных попыток это составляет соответственно 59%, 32% и 9%) [11]. Касательно суицидальных действий, совершенных на фоне острой аффективной реакции по механизму «короткого замыкания», автор высказывает мнение о том, что все действия при этом определялись необыкновенно сильным аффектом при угнетении рассудочной деятельности. Роль «последней капли» мог сыграть любой, даже самый малозначительный повод, а опасный для жизни способ мог быть выбран чисто случайно.

В.В. Ковалев, формулируя понятие психогенных патохарактерологических реакций, отнес к реакциям пассивного протеста наряду с отказом от еды, уходами из дома, мутизмом и собственно суицидальные попытки. По мнению автора, суи-

цидальное поведение встречается в основном в препубертатном и пубертатном возрасте [5]. В основе суицидального поведения лежит комплекс заряженных сильным аффектом переживаний обиды, острого недовольства окружающими и самим собой, стремление отомстить, наказать лиц, повинных в этих переживаниях. При суицидальных попытках как выражении реакции протеста отсутствует компонент демонстративности. При истерических демонстративных суицидальных попытках обнаруживается стремление привлечь к себе этим внимание и сочувствие окружающих.

Н.М. Иовчук и А.А. Северный, исследуя особенности депрессивных расстройств в детско-подростковом возрасте, называют суицидальные идеи «барометром тяжести» детско-подростковой депрессии [4]. По мнению авторов, понимание смерти у ребенка отличается от такового у взрослых и не означает бесповоротного прекращения жизни. Только к середине подросткового возраста понятие смерти приближается к его взрослой трактовке. Преимущественная направленность суицидальных попыток в этом возрасте – не собственно на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей. Авторы приводят факты, согласно которым суицидальные тенденции (мысли, высказывания, угрозы, попытки) отмечаются более чем у половины депрессивных подростков. Также авторы отмечают следующую тенденцию: нарастание демонстративных суицидальных попыток и попыток в виде «короткого замыкания» в течение подросткового возрастного криза.

Надо отметить, что довольно часто самоповреждения необоснованно относятся к разряду суицидальных действий, что влечет за собой не всегда оправданную госпитализацию в психиатрический стационар. Недостаточная надежность и валидность существующих дифференциально-диагностических методик за рубежом, а в нашей стране их полное отсутствие, приводят, с одной стороны, к отсутствию единой теоретико-методологической базы исследований, предпринимаемых в данной области, с другой стороны, в практической работе специалистов – к ошибкам диагностики, недооценке или переоценке суицидального риска, недостаточной или неадекватной терапии, вторичной дизадаптации и стигматизации пациентов этой группы. В особенности это важно для детско-подростковой популяции.

В. Walsh предлагает к рассмотрению 10 характеристик [46], которые помогают дифференцировать, в каких случаях аутодеструктивное поведение носит характер самоповреждающего и в каких суицидального (см. табл. 1).

Не рассматривая в данном случае хорошо изученные характеристики, остановимся на аспекте телесности, негативного образа Я, который, на наш взгляд, имеет непосредственное отношение к детско-подростковой возрастной группе. Данный критерий обращает внимание на неизученные аспекты проблемы, касающиеся *дизонтогенетических механизмов телесного самосознания* у лиц с самоповреждающим поведением (а также, возможно, у больных с дисморфофобией и нервной анорексией) и обуславливающих эти психические отклонения *энцефалопатически-дизнейроонтогенетических причин*. С другой стороны, самоповреждающее поведение может быть следствием *сенсорного дефицита* субъективной (нейропсихологической) природы. Как известно, *сенсомоторный уровень* признается базовым для дальнейшего формирования высших психических функций [14], в том числе для формирования телесности. В последнем случае сенсомоторная коррекция, улучшение сенсорной информированности субъекта в процессе нейропсихологической коррекции работает на уровне витальных потребностей, т. е. «снизу вверх» [7]. В то же время специального изучения нейропсихологического статуса указанных пациентов не проводилось.

Дифференциальные признаки суицидальных попыток и самоповреждающего поведения по В. Walsh.

Характеристика	Суицидальная попытка	Самоповреждение
1. Что лежало в основе намерения, повлекшего данные действия?	«Побег от боли», отключение сознания	Облегчение неприятного аффекта (напряжения, гнева, опустошенности, монотонности)
2. Каковы была степень физического повреждения и потенциальная летальность от данных действий?	Серьезные физические повреждения и опасность летального исхода	Умеренная степень физических повреждений и отсутствие летальной угрозы
3. Имеется ли повторяющийся хронический паттерн данных форм поведения?	Редко возможны повторные попытки, чаще в форме передозировки лекарственными препаратами	Частые повторения с тенденцией к хронизации
4. Использовались ли в течение долгого времени разнообразные методы нанесения?	Обычно один метод	Обычно более чем один метод
5. Как можно оценить уровень психологической боли?	Постоянная, невыносимая	Непостоянная, достигающая уровня дискомфорта
6. Присутствует ли феномен суженного сознания?	Экстремальная суженность сознания, при которой суицид представляется единственно возможным выходом; «туннельное» видение; поиск финального решения	Незначительное/отсутствие суженности сознания, наличие альтернативных возможностей; поиск временного решения
7. Наличие чувства безнадежности и беспомощности	Чувство безнадежности и беспомощности занимает центральное место в сознании	Непостоянное чувство безнадежности и беспомощности, периодически возникают более оптимистические чувства и сознание подконтрольности ситуации
8. Уменьшился ли психологический дискомфорт непосредственно после данных действий?	Нет непосредственно следующего за действиями улучшения состояния; для улучшения требуется соответствующее лечение	Быстрое улучшение и возвращение к обычному состоянию аффекта и когнитивных функций
9. Полезность применения ограничительных мер по отношению к средствам, используемым для данных действий	Очень важны ограничения, которые могут иметь спасительный характер	Ограничения непрактичны, часто могут носить провокативный характер
10. Ключевая проблема, лежащая в основе данного поведения	Депрессия, гнев по поводу неизбежной, непереносимой психологической боли	Телесное отчуждение, исключительно бедный телесный имидж, негативный образ телесного Я

Также небезынтересными представляются исследования, касающиеся изучения мозговой организации высших психических функций. Так, известно [19], что, активность некоторых участков мозга (задний участок поясной извилины) соответствует физической температуре вызывающего боль раздражителя, активность других участков (в передней части поясной извилины) соответствует субъективному ощущению боли (именно они активизируются в ответ на боль, которую испытывает кто-то другой). Эти явления можно противопоставить друг другу как физическую сторону боли и психическое ощущение боли (которое бывает меньше при отвлечении внимания, внушении или приеме плацебо). Люди, перенесшие цингулотомия (удаление передней части поясной извилины), продолжали чувствовать хроническую физическую боль, но у них пропадала эмоциональная реакция на нее. Можно предположить, что самоповреждения имеют смысл уменьшения душевной боли либо активизации участков мозга, ответственных за формирование телесности и пострадавших по тем или иным причинам.

Заключение

Доступность и открытость информации в интернете, касающейся модификаций тела, body art и собственно самоповреждений как способа совладания с сильными негативными эмоциональными состояниями, накладывает особую ответственность на родителей, педагогов, психологов, врачей, работающих с детьми и подростками. Переориентировать подростка, подражающего девиантным формам поведения, на стадии экспериментирования гораздо легче, чем пытаться изменить хорошо укоренившиеся, стереотипные поведенческие паттерны.

В свете представленных объяснительных подходов и моделей несуицидальных самоповреждений представляется необходимым дальнейшее междисциплинарное изучение данных феноменов в клиническом, психологическом, социальном, культуральных аспектах. Для этого необходимо инициировать общегосударственные программы по изучению самоповреждений - особенно в детско-подростковой популяции, т. к. в этом возрасте грань между суицидальным и самоповреждающим поведением весьма тонка. Учитывая неблагоприятную обстановку в России по подростковым суицидам, аддикциям, детско-подростковой преступности и беспризорности, представляется необходимым создание государственных междисциплинарных программ профилактической направленности с привлечением детских психиатров, психотерапевтов, арт-терапевтов, медицинских психологов, психологов образования, социальных работников. Профилактика, в любом случае и при любых затратах, обходится дешевле, чем содержание пенитенциарных учреждений и расходов на длительное, порой пожизненное лечение в психиатрических стационарах.

Говоря о **первичной профилактике**, необходимо, в первую очередь, приблизить к группам риска и сделать доступными такие надежные, проверенные временем и экологичные методы работы, направленные на творческое развитие личности ребенка и подростка, нахождение индивидуальных безопасных способов самовыражения, совладания с трудными жизненными ситуациями, как **кабинеты Арт-терапии, Терапии творческим самовыражением, Терапии духовной культурой**. **Вторичная профилактика** должна проводиться клиницистами (психотерапевтами, клиническими психологами) **реабилитационных кабинетов** на базе психиатрических учреждений. Не секрет, что даже в столице возможности получения поддерживающей помощи после выписки из стационара весьма ограничены. Дети и подростки возвращаются из больниц в ту же среду, которая является одним из ведущих факторов, приводящих к госпитализации. В особенности в этом нуждается наш мегаполис Москва, который предъявляет непомерно жесткие

требования к детям и подросткам. И тогда, возможно, увидев подростка с поникшей головой, мы не будем корить себя за то, что могли помочь ему, но по разным причинам почему-то не сделали этого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Великанова Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика психосоматических расстройств (сравнительно-возрастной аспект). Автореф. ...докт. мед. наук. - Астрахань, 2008. - 43 с.
2. Ениколопов С.Н. Психология агрессивного поведения детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - С. 309-334.
3. Жуков Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2-х т. Т.1.- М.: Альбина нон-фикшн, 2014. - 428 с.
4. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессия у детей и подростков. - М.: Школа-пресс, 1999. - 80 с. («Дефектология». Библиотека журнала. Вып. 2).
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979. - 608 с.
6. Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / под ред. А.Б. Холмогоровой. Т.2. Частная патопсихология / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М.С. Радионова, Н.В. Тарабрина. - М.: Издательский центр «Академия», 2012. - 432 с.
7. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). - М.: ИП «ТАКТ» (территория авторских коррекционных технологий), 2010. - 154 с.
8. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Интимность. - М.: Академический проект; Гаудеамус, 2012. - 239 с.
9. Левковская О.Б. (2014). Использование проективных рисуночных методик в исследовании самовосприятия и аффективной сферы у девочек-подростков с самоповреждающим поведением // Международный журнал арт-терапии «Исцеляющее искусство». - 2014, № 3. - С. 8-39.
10. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение – синдром или особая реальность нового времени? // Психическое здоровье. - 2014, № 4. - С. 74-86.
11. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - СПб.: Речь, 2010. - 256 с.
12. Лоренц К. Обратная сторона зеркала: Пер. с нем. А.И. Федорова, Г.Ф. Швейника / Под ред. А.В. Гладкого; Сост. А.В. Гладкого, А.И. Федорова; Послесловие А.И. Федорова. — М.: Республика, 1998. - 393 с.
13. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 608 с.
14. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2012. - 288 с.
15. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10: учебное пособие / пер. с англ. О.Ю. Донца. 2-е изд., испр. - М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2008. - 408 с.
16. Самохвалов В.П., Гильдбург О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. - М.: издательский дом Видар-М, 2011. - 336 с.
17. Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с голланд.- СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014.- 544 с.

18. Селье Г. Стресс без дистресса. - М.: Прогресс, 1982. – 128 с.
19. Фрит К. Мозг и душа: Как нервная деятельность формирует наш внутренний мир / Крис Фрит; пер с англ. П. Петрова. - М: Астрель: CORPUS, 2012. - 335 с.
20. Шевченко Ю.С. Психогенные расстройства у детей и подростков (общие вопросы) // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - С. 98-116.
21. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей (клиника, динамика, терапия). – Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2001 (1), № 1. - С. 58-64.
22. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Arlington, Va, USA, 5th edition, 2013. – P. 803-806.
23. Ammon G. Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. - Darmstadt: Luchterland, 1973. – 264 S.
24. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press. - 1979. – 425 p.
25. Beck J. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). - New York: Guilford Press. – 2011. – 386 p.
26. Choate L. Adolescent girls in distress: a guide for mental health treatment and prevention. - New York: Springer publishing company, 2013. – 314 p.
27. Claes L., Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation // Comprehensive psychiatry. – 2007 - Vol. 48, N 2. – P. 137-144.
28. Daldin H. (1988). A contribution to the understanding of self-mutilating behavior in adolescence // Journal of Child Psychotherapy – 1988. – Vol. 14, N 1. – P. 61-66.
29. Firestone R., Seiden R. Suicide and continuum of self-destructive behavior // Journal of American College Health. – 1990. – Vol. 38, N 5. – P. 207-213.
30. Grossman R., Siever L. (2001). Impulsive self-injurious behaviors, neurobiology and psychopharmacology // Simeon D., Hollander E. (Eds.). Self-injurious behaviors: Assessment and treatment. - Washington DC: American Psychiatric Association. - CLIN PRAC, 2001. - P. 117-148.
31. Himber J. Blood rituals: self-cutting in female psychiatric inpatients // Psychotherapy. – 1994. – Vol. 31. – P. 620-631.
32. Kamen D. (2009). How can we stop our children from hurting themselves? Stages of change, motivational interviewing, and exposure therapy applications for non-suicidal self-injury in children and adolescents // Intern Journal of Behavioral Consultation and Therapy. – 2009. - Vol. 5, N 1. – P. 106-123.
33. Kerr P, Muehlenkamp J, Turner J. Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians // Journal of the American Board of Family Medicine. - 2010. – Vol. 23, N 2. – P. 240-259.
34. Klonsky D, Muehlenkamp J. Self-Injury: A Research Review for the Practitioner // Journal of clinical psychology. - 2007. - Vol. 63, N 11. – P. 1045-56.
35. Lazarus R. From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks // Annual Review Psychology. 1993. 44:1-21.
36. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. - New York: Springer. 1984.
37. Menninger K. A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation. // Psychoanal Q. - 1935. – Vol. 4. – P. 408-66.
38. Mitscherlich A. The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases

// Int. J. Psychoanal. - 1968. - Vol. 49. - P. 236240.

39. Nock MK. Self-injury/ Annual Review of Clinical Psychology. - 2010. – Vol. 6. – P. 339–63.

40. Osuch E., Payne G. Neurobiological perspectives on self-injury // Nixon M., Heath N. (Eds.). Self-injury in youth: the essential guide to assessment and intervention. New York: Routledge. - 2009. – P. 79-110.

41. Sher L., Stanley B. Biological models of nonsuicidal self-injury // Nock MK. (Ed.). Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessments, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association. – 2009. – 99-116.

42. Shur M. Comments on the metapsychology of somatization // Psychoanal. Study Child. – N.Y., 1955. – Vol. 10. – P. 119-164.

43. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychother Psychosom 1973;22(2):255-62.

44. Simpson M. Self-mutilation as indirect self-destructive behavior // Farberow N. (Ed.). The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior. - New York: McGraw-Hill. – 1980. – P. 257-283.

45. Suyemoto K. The functions of self-mutilation // Clinical Psychology Review. - 1998. - Vol. 18, N 5. - P. 531-554.

46. Walsh B. Treating self-injury: a practical guide / by Barent W. Walsh. – 2nd ed. - New York, London: The Guilford press, 2012. - 414 p.

47. Walsh B., Rosen P. Self-mutilation: theory, research and treatment. - New York (NY): Guilford press, 1988.

O.B. Levkovskaya, Yu.S. Shevchenko

NON-SUICIDAL SELF-INJURY BEHAVIOR IN ADOLESCENT MILIEU: CONTEMPORARY EXPLANATORY APPROACHES

**Research-Practical Center of Mental Health for Children and Adolescents,
Russian medical Academy for Postgraduate Education (Moscow).**

Summary. Self-injury in the absence of suicidal intent is well-known problem for thousands of years of human history. Recent American and European studies have indicated significant growth of the prevalence rate for non-suicidal self-injury in the general population. Clinicians and researchers cannot be indifferent to the findings showing that self-injury occurs at high rate among adolescents and young adults. Non-suicidal self-injury has been included in the DSM-V as conditions for further study recently. This review presents current theoretical approaches and models for non-suicidal self-injury.

Key words: self-harm, self-injurious behavior, non- non-suicidal self-injury, suicide, suicidal attempt.

ЗНАЧЕНИЕ НАДЕЖДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
ГООУ ВПО Московский городской психолого-педагогический универси-
тет (Москва).

Резюме. Статья представляет краткий обзор научной литературы, посвященной понятию надежды и его значения в реабилитации больных детей и подростков.

Ключевые слова: надежда, подростки, ожидания, лечение.

Надежда – фундаментальная, универсальная, неотъемлемая часть жизни. Было сказано, что там, где нет надежды, жизнь прекращается [6]. Существует множество определений надежды – от принятия желаемого за действительное до сложных, хорошо разработанных теоретических конструкций.

P. Dorsett [6], анализируя западную литературу, посвященную понятию надежды, выделяет четыре ключевых компонента этого понятия:

- надежда фокусируется на будущем;
- надеющийся ожидает, что будущее будет лучше настоящего;
- у надежды есть когнитивные и эмоциональные аспекты;
- надеющийся человек считает, что объект надежды можно реализовать.

Само понятие надежды является очень важным для детей и подростков. Детям свойственно выходить за рамки настоящего и воображать себе будущее. Это подтверждают результаты австралийского проекта Древо надежды (исследование проводилось в 2 этапа – в 2006 и 2011 гг.). Исследователи изучали, во-первых, то, на что надеются дети в своей жизни, во-вторых, то значение, которое они придают самой идее надежды. [3]

Выяснилось, что дети и подростки, участвовавшие в проекте, видят четыре ключевые роли надежды в жизни:

1) Надежда – источник мечтаний, целей и счастья. Возможность надеяться приносит счастье в жизнь.

2) Надежда – предоставление возможности достижения целей. С этой точки зрения цели бесполезны без надежды. Речь идет о том, что надежда, во-первых, подкрепляет уверенность в себе, убеждение в том, что цели достижимы, и во-вторых, что крайне важно, питает решимость двигаться иногда по очень тернистому пути для достижения этих целей.

3) Надежда остается, когда многое уже потеряно. Надежда важна потому, что уникальна, и она поэтому отличается от целей, планов и стремлений. Для надежды не нужно много усилий, она есть в запасе в трудные времена; без надежды человек просто сдастся.

Наконец, 4) без надежды жизнь вообще не жизнь.

Надежда, как показывает данное исследование, неразрывно связана с восприятием риска; подростки страдают от чувства страха, тревоги и беспомощности, сталкиваясь с вызовами жизни. Но беспомощность не поглощает детей; они выражают надежду, что решение проблем будет найдено. Надежда представляется как нечто относительное; надежда связана с социальной поддержкой, т. е. действия других могут стать препятствием или помощником надежды.

Согласно другому исследованию, надежда выполняет буферную функцию, когда подростки сталкиваются со стрессовыми событиями [12]. Надежда играет ключевую роль в качестве жизни и благополучия в настоящем. Обнадеживающие мысли необходимы для формирования положительной самоидентичности и поло-

жительного чувства собственной значимости.

Две теории надежды особенно релевантны в отношении адаптации к инвалидности и реабилитации – теории К. Dufault & B.C. Martocchio [7] и теория надежды C.R. Snyder et al. [10, 11].

К. Dufault & B.C. Martocchio выдвинули на первый план необходимость понять роль и природу надежды при болезни. Авторы пишут, что надежда состоит из двух сфер: конкретизированная (particularised) и обобщенная (generalised) надежда. Конкретизированная надежда сосредоточена на определенных объектах, в то время как обобщенной надежде присуща широкая перспектива, которая делает жизнь стоящей, но остается абстрактной [7]. Обобщенная надежда обеспечивает предохраняющую среду для человека, когда конкретные надежды поставлены под угрозу или больше не кажутся реалистичными. Обобщенная надежда осмысливается как буфер, предоставляя комфорт и чувство безопасности, в которых позже можно развивать конкретные надежды. Это модель дает важное понимание роли надежды в процессе совладания [6].

C.R. Snyder et al. [10] доказали существовании устойчивой связи между совладанием и надеждой на лучшее, измеряемой с помощью созданной этими учеными Шкалы надежды на лучшее (Hope Scale). Эта модель предлагает, что надежда «отражает убеждение, что можно найти способ реализовать желаемые цели (пути) и стать мотивированным, чтобы использовать эти пути (действие)».

Подобно оптимизму, надежда содержит ожидание, что цели могут быть достигнуты, но надежда также содержит знания об определении и обязательстве достигнуть цели, и планы и стратегии достижения целей. Надежда больше, чем просто «позитивное мышление», надежда подчеркивает действие человека и способность работать для достижения целей [5].

Модель надежды C.R. Snyder et al. состоит из трех основных аспектов: цели, пути (**pathways**) и действия (**agency**). Согласно теории C.R. Snyder, цели должны восприниматься как достижимые, но могут также содержать компонент неуверенности. Пути определяются как вера, что можно найти способ достижения желаемой цели и содержат возможность сформулировать по меньшей мере один практический способ для этого достижения. Осмысление путей особенно важно, когда есть препятствия для цели. Когда достижение цели заблокировано, развитие альтернативных маршрутов становится обязательным [6]. Если в некоторых теориях надежда рассматривается как эмоция, то C.R. Snyder определил ее как когнитивный процесс, в котором позитивные эмоции проистекают из восприятия достигнутых целей.

Модель C.R. Snyder была широко исследована. Как показали результаты исследования с помощью Шкалы надежды на лучшее, надеющиеся на успех пациенты считают себя депрессивными по сравнению с пациентами, оценивающими себя в качестве надеющихся на лучшее в меньшей степени. Как отмечает C.R. Snyder, успешность совладания с трудностями, в том числе связанными с травмами и физическими заболеваниями, во многом зависит от того, настроен ли он в неблагоприятной ситуации на лучшее [1]. C.R. Snyder подчеркивает связь между «обнадеживающими мыслями» и физическим здоровьем, утверждая, что надежда может в известной мере) помочь хронически больным детям не прекращать усилий в ходе продолжения длительного лечения [3].

Надежда изучалась прежде всего в исследованиях со взрослыми людьми; но количество исследований посвященных надеждам детей, также возрастает. Например, исследователи проверили надежду у детей, выздоравливающих после ожогов; более высокие показатели надежды предсказали более низкий уровень

расстройств социального поведения и более высокий уровень общей самооценки.

Ряд исследований был посвящен надежде детей с онкологическими заболеваниями. Надежда на лучшее связана с благополучием подростков и включением в лечение. Еще в одном исследовании изучалась связь между надеждой и приверженностью лечению стероидными ингаляциями у детей 8-12 лет, больных астмой. Только надежда, в отличие от других демографических и психосоциальных факторов, была значимым предиктором приверженности лечению [8, 9].

Надежду нельзя путать с неоправданными и завышенными ожиданиями в ходе реабилитации при серьезном заболевании. Напротив, коррекция неадекватных (завышенных) ожиданий – важная задача в ходе работы с пациентом.

При комплексной реабилитации при серьезных и тяжелых заболеваниях необходимо выстроить баланс целей, путей и действий, если пользоваться терминологией C.R. Snyder, хотя это бывает непросто. Хотя невозможно защитить детей и подростков от всех негативных событий в жизни, следует развивать обнадеживающие убеждения, которые могут помочь детям и подросткам эффективнее справляться с неблагоприятными обстоятельствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. - М.: Эксмо, 2008. – 400 с.
2. Barnum D.D. et al. Hope and Social Support in Psychological Adjustment of Children Who Have Survived Burn Injuries and Their Matched Controls // *Children's Health Care*. – 1998. – Vol.27. – № 1. – P.15-30.
3. Bishop E.C., Willis K. «Without hope everything would be doom and gloom»: young people talk about the importance of hope in their lives // *Journal of Youth Studies*. 2014. – Vol.17. – № 6. – P. 778-793.
4. Berg C.J. et al. The relationship of children's hope to pediatric asthma treatment adherence // *The Journal of Positive Psychology*. – 2007. – 2(3). – P. 176-184.
5. Bernardo A. B. Extending hope theory: Internal and external locus of trait hope // *Personality and Individual Differences*. – 2010. – Is.49. – P. 944-949.
6. Dorsett P. The importance of hope in coping with severe acquired disability // *Australian Social Work*. – 2010. – Vol. 63. – № 1. – P. 83-102.
7. Dufault K., Martocchio B.C. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions // *Nurs Clin North Am*. – 1985. - Jun;20(2) – P. 379-91.
8. Hendricks-Ferguson V. Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer // *Western Journal of Nursing Research*. – 2008. – Vol. 30. – Is. 3. – P. 385-401.
9. Hinds P. S. et al. Hopefulness and its Characteristics in Adolescents with Cancer // *Western Journal of Nursing Research*. – 1999. – Vol. 21. – Is. 5. – P. 600-620.
10. Snyder, C. R. et al. The development and validation of the Children's Hope Scale // *Journal of Pediatric Psychology*. – 1997. - 22(3). – P. 399-421.
11. Snyder C. R. et al. Development and validation of the State Hope Scale // *Journal of Personality and Social Psychology*. -1996. – 70. - P. 321-335.
12. Valle M.F. et al. An analysis of hope as a psychological strength // *Journal of School Psychology*. – 2006. – Is. 44. – P. 393-406.

A.V. Shekhorina

SIGNIFICANCE OF HOPE IN THE CHILDREN'S REHABILITATION

Moscow city psychological-pedagogical university (Moscow).

Summary. This paper offers a brief review of the scientific literature about concept of hope and its value of rehabilitation of ill children and adolescents.

Keywords: hope, adolescents, expectations, treatment.

ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА И СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России (Москва).

Резюме. В настоящей работе освещаются различные варианты взаимодействия учителя-логопеда и родителей в процессе коррекционной работы с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями. Обосновывается мнение, что эффективность коррекционно-педагогической деятельности учителя-логопеда в работе с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями будет представлена полностью, если будет решена одна из наиболее сложных проблем современности – устранение различия в позициях коррекционных педагогов и родителей по вопросам речевого развития детей.

Ключевые слова: Учитель-логопед, нарушение речевого развития, коррекционное обучение, коррекционный процесс.

ОТОЗВАНА 16.08.2019. Причина - некорректные заимствования.

Введение. Речь - один из наиболее мощных факторов детского развития. Это обусловлено исключительной ролью, которую речь играет в жизни человека [4]. Как известно, речевая функция в своем становлении проходит ряд этапов. На каждом из этих этапов элементы речевой системы формируются по определенным закономерностям. Однако, если эти закономерности нарушаются, то речевая система ребенка формируется непоследовательно и, как следствие, в старшем дошкольном возрасте ведет к речевой патологии, исправить которую может только логопед, опираясь на помощь и поддержку родителей.

Семья – это тот институт, который закладывает основы личностных и психологических качеств ребенка. В семье ребенок приобретает свой первый опыт общения. Здесь же у него возникает чувство доверия к окружающему миру и к близким людям. На этой почве появляются любознательность, познавательная и речевая активность и многие другие личностные качества. Все это необходимо учитывать, планируя совместную работу с семьей.

Актуальность проблемы семейного воспитания детей с нарушениями речевого развития определяется успешной работой с семьями воспитанников дошкольного образовательного учреждения (ДОУ). От того, какой будет эта работа, зависят эффективность деятельности самого ДОУ, его материальное обеспечение и взаимодействие с семьей, заставляющие искать новые формы этой работы [1].

Эффективность коррекционно-педагогической деятельности учителя-логопеда в работе с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями будет представлена полностью, если будет решена одна из наиболее сложных проблем – устранение различия в позициях коррекционных педагогов и родителей по вопросам речевого развития детей. Родители нередко самопроизвольно отстраняются от работы по исправлению речевых дефектов у детей, так как не владеют необходимыми знаниями и умениями. Как правило, они испытывают трудности от того, что не могут найти свободного времени для занятий с ребенком дома. Кроме того, определенная часть педагогов недооценивает важность жизнедеятельности дошкольников в семье и затрудняется в учете этого значимого фактора в своей коррекционной работе. Отсутствие систематической обратной связи из семьи лишает логопедов возможности быть достаточно информированными о том, каков характер речевой деятельности детей в повседневных жизненных ситуациях. Осознан-

ное включение родителей в совместный с учителем–логопедом коррекционный процесс позволяет значительно повысить эффективность работы. Создание единого пространства речевого развития ребенка невозможно, если усилия логопеда и родителей будут осуществляться независимо друг от друга и обе стороны останутся в неведении относительно своих планов и намерений.

Современная концепция дошкольного воспитания гласит, что одна из основных задач ДОУ – это взаимодействие с семьей для обеспечения семейного воспитания детей с нарушениями речи. Практический опыт работы в ДОУ позволяет сделать вывод о том, что родителям необходима постоянная помощь учителя-логопеда для решения проблем речевого развития ребенка. Признание приоритета семейного воспитания требует иных взаимоотношений семьи и учителя-логопеда, а именно – сотрудничества, взаимодействия и доверительности. Сотрудничество учителя-логопеда и семьи становится все более востребованным; коррекционные педагоги ищут новые точки взаимодействия с родителями, чьи дети имеют речевую патологию. Повышение специальной педагогической культуры родителей – основа совершенствования полноценного коррекционно-развивающего процесса в отношении ребенка. Вовлечение родителей в воспитательно-образовательный процесс, их заинтересованное участие в коррекционно-педагогической деятельности важно не потому, что этого хочет учитель-логопед, а потому, что это необходимо для развития их собственного ребенка.

Цель данной работы: освещение различных вариантов взаимодействия учителя-логопеда и родителей в процессе коррекционной работы с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Задачи представленной работы:

1. Изучить и проанализировать степень вовлечения родителей, воспитывающих детей с речевыми нарушениями, к участию в коррекционно-педагогическом процессе в условиях логопедического пункта ДОУ.
2. Пополнить наглядно-информационный материал для родителей, направленный на развитие речи детей;
3. Систематизировать практический материал, которым могли бы воспользоваться родители в процессе коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Степень вовлеченности родителей, воспитывающих детей с речевыми нарушениями, в коррекционно-образовательный процесс

Изучая проблему организации работы учителя-логопеда с семьей в течение многих лет, целесообразно говорить о том, что взаимодействие с семьей ребенка является одной из наиболее сложных сторон деятельности логопеда. Нередко коррекционные педагоги испытывают трудности в установлении контакта с родителями своих учеников из-за отсутствия интереса последних к педагогическому процессу.

В середине XX века сложились достаточно устойчивые формы работы детского сада с семьей, которые в дошкольной педагогике принято считать традиционными. К таким формам можно отнести коррекционно-педагогическое просвещение родителей. Осуществлялось оно в двух направлениях: внутри детского сада и за его пределами. Внутри детского сада проводилась работа с родителями своих воспитанников [6]. Наглядная пропаганда оформлялась логопедами и коррекционными педагогами в виде стендов, тематических выставок и т. п. Родители знакомились с ней чисто механически, когда забирали или приводили детей в группу [6].

Многолетний анализ традиционных форм работы учителя-логопеда с семьей в детском саду показал, что:

- в большинстве случаев работа с родителями ведется специалистами не дифференцированно, без учета особенностей ребенка и семьи;
- родители в силу своей незаинтересованности не могут влиять на коррекционно-педагогический процесс; они привлекаются только к осуществлению организационных моментов.

В современных условиях модернизации дошкольного образования более актуальными являются такие формы логопедической работы, которые обеспечивают решение проблемы каждого ребенка и семьи индивидуально. Именно поэтому в настоящее время востребованным является такое взаимодействие коррекционных педагогов дошкольного учреждения с родителями, которое предполагает обмен мыслями, чувствами, переживаниями; оно также направлено на повышение логопедической культуры родителей, т. е. сообщение им знаний, формирование у них логопедических умений и навыков.

Так как одним из важнейших направлений коррекционной работы с дошкольниками является исправление речевых нарушений, профилактика речевых расстройств, ранняя диагностика и подготовка детей-логопатов к школьному обучению, то успех коррекционного обучения во многом определяется тем, насколько четко организуется взаимодействие в работе учителя-логопеда и родителей. Ни одна педагогическая система не может быть в полной мере эффективной, если в ней не задействована семья. Если дошкольное учреждение и семья закрыты друг для друга, то ребенок оказывается между двух огней, поэтому так необходимо тесное сотрудничество логопеда и родителей [3].

Любой коррекционный процесс начинается с диагностики, то есть с выявления особенностей воспитания и обучения ребенка в семье, составления перспективного планирования работы учителя-логопеда с родителями, а затем осуществляется контроль выполнения поставленных задач родителями этих детей.

Как показывает многолетний профессиональный опыт, многие родители не компетентны в вопросах психического и речевого развития своих детей. Наблюдение за стилем общения родителей с детьми показало, что для родителей представляют интерес такие проблемы, как:

- речевые нарушения и причины их возникновения;
- плохая память ребенка;
- когда начинать обучать ребенка чтению;
- как научить запоминанию стихов;
- как и что читать ребенку с нарушением речи.

Для того чтобы партнерство учителя-логопеда и семьи было наиболее действенным, необходимо четко определить задачи логопедической работы и степень вовлеченности родителей в коррекционно-образовательный процесс. Для логопеда важно приобщить родителей к коррекционной работе, ознакомить с приемами обучения и развития речи. Помочь родителям увидеть актуальную проблему ребенка или, наоборот, убедить в успешности освоения им определенных знаний и умений. Убедить родителей в том, что необходимо закреплять изученный материал в домашних условиях.

При этом организация работы логопеда ведется по следующим направлениям [5]:

Коррекционно-педагогическое просвещение:

- знакомство с результатами психолого-педагогического, логопедического обследования;
- знакомство с возрастными особенностями нервно-психического развития, этапами становления детской речи;

- знакомство с методами коррекционно-развивающего воздействия.

Обучающее просвещение:

- привлечение родителей к активному участию в коррекционном процессе по преодолению речевого дефекта у ребенка;
- обучение родителей приемам коррекционно-развивающей работы с ребенком-логопатом;
- формирование у родителей и детей представления о готовности к обучению в школе.

Решение группы задач обучающего просвещения невозможно без знания того, что хотят найти для себя родители в общении с коррекционным педагогом. Поэтому педагогу необходимо вырабатывать у себя «добрый взгляд» на ребенка: видеть в его развитии прежде всего положительные черты, создавать условия для их проявления, привлекать к ним внимание родителей. Пользуясь научной терминологией, эту ситуацию можно назвать «психологией доверия». Доверие родителей к учителю-логопеду основывается на уважении к его опыту, знаниям, компетентности в вопросах коррекции речи и обучения и, главное, на доверии к нему в силу его личностных качеств (заботливость, доброта, чуткость, уважение и т. п.).

Чтобы вовлечь родителей в осуществление коррекционной логопедагогической программы, необходима организация взаимодействия педагога с родителями по следующей схеме [1]:

- 1-й этап – «Трансляция родителям положительного образа ребенка». Педагог никогда не жалуется на ребенка. Даже если он что-то натворил. Беседа проходит под девизом: «Ваш ребенок лучше всех».
- 2-й этап – «Трансляция родителям знаний о ребенке, которых они бы не могли получить в семье». Логопед сообщает об успехах и развитии ребенка в логопедической группе, особенностях общения его с другими детьми, результатах учебной деятельности.
- 3-й этап – «Ознакомление логопеда с проблемами семьи в воспитании и обучении ребенка». На данном этапе активная роль принадлежит родителям, логопед только поддерживает диалог, не давая оценочных суждений. Нужно помнить, что полученной от родителей информацией не следует делиться с коллегами по группе и в целом использовать ее только для организации позитивного взаимодействия.
- 4-й этап – «Совместное исследование и формирование личности ребенка». Только на этом этапе педагог, завоевавший доверие родителей при успешном проведении предыдущих этапов, может начинать осторожно давать советы родителям.

Изучение семьи и анализ практического материала, которым могли бы пользоваться родители в процессе коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями

В работе с разными семьями нельзя пользоваться одними и теми же методами, их необходимо варьировать в зависимости от состава родителей по культурному и образовательному уровню, по стилю семейного воспитания, по типу взаимоотношений в семье, по наличию заинтересованности и пониманию проблем своего ребенка и т. д., то есть необходимо постоянно искать новые пути и способы приобщения родителей к сотрудничеству со специальными педагогами.

Необходимость информирования родителей об основах медицинской коррекции недоразвития речи

Контингент дошкольников с общим недоразвитием речи представлен главным образом детьми с остаточными проявлениями органического поражения ЦНС

(или проявлениями перинатальной энцефалопатии). Это обуславливает частое сочетание у них стойкого речевого дефекта с различными нарушениями психической деятельности [2]. Успешная логопедическая коррекция в этих случаях часто становится возможной только при наличии медикаментозного лечения. Однако применение медикаментозного лечения требует тщательной клинической дифференциации. Поэтому логопед здесь действует совместно с невропатологом/психиатром. Назначенные врачом одни лекарственные препараты оказывают стимулирующее действие на мозговые структуры, повышают психическую и физическую работоспособность организма, другие препараты непосредственно воздействуют на обменные процессы нервных клеток головного мозга, являясь по существу синтетическими аналогами биологически активных соединений, вырабатываемых в ЦНС. Эти вещества активизируют энергетический обмен в клетках головного мозга, стимулируя этим самым их деятельность [4].

Все это очень тактично, доходчиво и серьезно нужно изложить в индивидуальной беседе с родителями ребенка. Не всегда родители положительно и правильно воспринимают такую информацию от логопеда. Поэтому консультация у невропатолога/психиатра необходима. Беседа с родителями каждого ребенка должна быть индивидуальной. В индивидуальной беседе с родителями нужно стремиться не только раскрыть структуру дефекта, но и наметить пути наиболее быстрого его устранения, а это, помимо логопедической, и медицинская коррекция. Лучше не просто сообщать родителям диагноз и решение специалистов, а доступным языком рассказать об особенностях их ребенка, объяснить, как нужно с ним заниматься и на что следует обратить внимание. При этом всегда учитываются условия жизни каждой семьи, ее состав и культурный уровень, количество детей, для того чтобы советы не оказались для семьи трудновыполнимыми и у родителей не возникало чувства вины перед ребенком и собственной беспомощности. Таким образом, преодоление недоразвития речи является комплексной медико-педагогической проблемой. Знание родителями основ медикаментозного лечения общего недоразвития речи несомненно способствует повышению эффективности логопедической работы.

Формы работы с родителями

Значимость форм работы с родителями трудно переоценить. Необходимость их использования важна не только для педагогов, но, прежде всего, для родителей, чьи дети посещают дошкольное учреждение. Беда многих современных родителей – слабые общие педагогические знания, отстраненность, причины которых скрыты, прежде всего, в отсутствии элементарной психолого-педагогической культуры и нежелании родителей разобраться в сложном мире ребенка. Поэтому успех в воспитании и обучении детей в дошкольном учреждении во многом зависит от того, как организовано педагогическое просвещение родителей. Особенно это важно в логопедической группе, так как родители помимо знаний педагогических должны уметь использовать специальные знания, которые они могут применить дома при занятиях с детьми. Работа с детьми, имеющими недоразвитие речи, включает в себя коррекционно-воспитательное воздействие со стороны специального ДОО и родителей.

Понятие о развивающихся взаимодействиях в детском саду и семье, где каждый из ее членов не только содействует развитию другого, но и находит условия для собственного личностного развития, легло в основу просветительской работы с родителями. Важной оказывается индивидуальная и наглядная формы работы [6].

Индивидуальная работа позволяет установить более тесный контакт с родителями.

Немалую роль в совместной, комплексной работе логопеда и семьи может сыграть *анкетирование* родителей [5]. Анкетирование предполагает жестко фиксированный порядок, содержание и форму вопросов, ясное указание способов ответа. При помощи анкетирования можно узнать состав семьи, особенности семейного воспитания, положительный опыт родителей, их трудности, ошибки. Отвечая на вопросы анкеты, родители начинают задумываться о проблемах воспитания, об особенностях воспитания ребенка. Важным для педагогов является вопрос, направленный на выявление потребности родителей в педагогических знаниях. Весьма эффективно проводить анкетирование родителей в начале учебного года. С помощью анкет мы узнаем сведения о детях, которые помогают их адаптации, а так же более успешному взаимодействию с ними.

Потребности родителей в знаниях особенностей семейного воспитания можно выявить при помощи *беседы* [5], важнейший признак которой двусторонняя активность. В начале года, после обследования детей логопед знакомит родителей с результатами. С родителями каждого ребенка ведется отдельный разговор. Родные ребенка узнают о пробелах в его развитии, получают советы, рекомендации. Беседу нужно вести тактично: ее задача в том, чтобы помочь семье в воспитании ребенка. От того, как протекают первые встречи логопеда с родителями, будет зависеть, наладится ли в дальнейшем их сотрудничество. Очень хорошо, если на беседу или консультацию приходят отец и мать. Для темы беседы не следует брать большой объем материала. Следует ограничиться узким кругом вопросов и не злоупотреблять научной терминологией, и если использовать ее, то с пояснениями. Рабочие термины педагогов могут быть непонятны родителям, далеким от педагогической науки, и создадут барьер в общении.

Индивидуальные практикумы по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми носят коррекционную направленность (это различные виды продуктивной деятельности, артикуляционная гимнастика, развитие связной речи, формирование звукопроизношения). Можно заранее заготовить «опорные» карточки, схемы или таблицы. Это облегчит понимание предлагаемого материала родителями.

Некоторые взрослые, которые не могут заниматься с детьми дома из-за отсутствия навыков организации поведения ребенка или низкой педагогической грамотности, должны приходить на просмотр индивидуальных занятий логопеда. Основное внимание мам или бабушек обращается на необходимость комбинации речевых упражнений с заданиями на развитие психических процессов. Взрослые обучаются практическим приемам работы с ребенком.

Основной формой взаимодействия с родителями у логопеда является *тетрадь для домашних заданий* [5]. Она служит неким «телефоном доверия» - взрослый может написать в ней любой вопрос, сомнения относительно качества выполнения заданий ребенком. Тетрадь заполняется логопедом два-три раза в неделю, для того чтобы занятия в семье проводились систематично и не в ущерб здоровью ребенка. В зависимости от тяжести нарушения речи задания в тетради даются не только по звукопроизношению, но и по формированию словаря, грамматических умений и навыков на развитие внимания и памяти. Если задание большое, то лучше давать его по частям, чтобы не вызвать негативной реакции ребенка по отношению к процессу коррекционного обучения.

Наглядная форма работы очень важна для родителей, чьи дети посещают дошкольное учреждение. Большую часть информации, по утверждению психологов, мы запоминаем, воспринимая ее зрительно. Наглядность агитации обеспечивается применением разнообразных сопровождающих иллюстраций, demonstra-

цией практических работ, выставочным материалом, она служит стимуляции активности родителей. Внедряя в практику разнообразные формы наглядности, логопед активизирует родителей в вопросах коррекции речи ребенка.

При проведении работы по повышению педагогической культуры родителей среди всех форм работы (индивидуальная, наглядная и т. д.) необходимо сделать акцент на обучении родителей практическим приемам работы, которые очень важны для достижения результатов в коррекционном процессе. Это не просто механическое выполнение заданий и упражнений, а уровень самосознания и заинтересованности родителей, который они приобрели благодаря поэтапной, вдумчивой работе учителя-логопеда. А показатель уровня их самосознания – это понимание важности и нужности их знаний и умений, чтобы практически помочь своему ребенку. В любой форме работы с родителями можно найти и выделить ту «изюминку», на которой строится обучение родителей практическим приемам работы.

Взаимодействие детского сада и семьи – необходимое условие полноценного речевого развития дошкольников, так как наилучшие результаты отмечаются там, где логопеды и родители действуют согласованно [7]. При этом понятие «взаимодействия с семьей» нельзя путать с понятием «работа с родителями», хотя второе является составной частью первого. Взаимодействие подразумевает не только распределение задач между участниками коррекционного процесса для достижения единой цели. Взаимодействие обязательно подразумевает контроль, или обратную связь; при этом контроль должен быть ненавязчивым и опосредованным.

И, наконец, последнее. Сама проблема сотрудничества детского сада и семьи не нова. Но сегодня она носит творческий характер через дифференцированный подход к семье и детям.

Заключение. При реализации взаимодействия учителя-логопеда и родителей в процессе коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями мы можем получить весьма положительные результаты. Будет решена одна из наиболее сложных проблем – проблема различия в позициях педагогов и родителей по преодолению речевых нарушений детей. Родители перестанут отстраняться от работы по исправлению речевых дефектов у детей, так как овладеют необходимыми коррекционно-педагогическими знаниями, умениями и навыками. Они преодолеют возникающие определенные трудности в организации взаимодействия со своим собственным ребенком.

Осознанное включение родителей в совместный с учителем–логопедом коррекционный процесс позволит значительно повысить эффективность совместной работы. Возникнет понимание того, что создание единого речевого пространства развития ребенка возможно при условии тесного сотрудничества учителя-логопеда и родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачина О.В., Самородова Л.Н. Взаимодействие логопеда и семьи ребенка с недостатками речи. М., 2009.
2. Каше Г.А., Филичева Т.Б. Программа обучения детей с общим недоразвитием речи. М., 1978.
3. Козина И.Б., Формирование мотивации к коррекционным занятиям у дошкольников // Дефектология. 1997. № 5.
4. Миронова С.А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях. М., 2007.
5. Перчаткина Е. Сотрудничество логопеда и родителей // Дошкольное воспитание. 1998г. № 11, с.47-49.
6. Степанова О.А. Организация логопедической работы в ДОУ. М., 2007.

**PROBLEMS OF INTERACTION DURING CORRECTIONAL TRAINING
BETWEEN SPEECH THERAPISTS AND FAMILY TO RAISE A CHILD WITH
DISORDERS OF SPEECH DEVELOPMENT**

FSBI «Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology» FMBA of Russia (Moscow).

Summary: *In this article various options are sanctified interaction speech therapists and parents in the process of correctional work with preschool children with speech disorders. The opinion that the effectiveness of correctional and pedagogical work of the teacher, a speech therapist to work with preschool children with speech disorders will be presented in full, if it is solved one of the most challenging issues of our time - the elimination of differences in the positions of correctional educators and parents on children's speech development.*

Keywords: speech therapist, speech development violation, corrective training, corrective process.

RETRACTED 16.08.2019. The reason - [incorrect borrowing](#).

Консилиум состоялся 26 февраля 2015 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).

Присутствовали 32 человека (психиатры, психологи, коррекционные педагоги, преподаватели и студенты московских педагогических и психологических ВУЗов, сотрудники Научного центра психического здоровья, кафедры детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последиplomного образования, Московского НИИ психиатрии, Института гармоничного развития и адаптации, а также психологи из Владикавказа и Московской области).

Докладчик – доктор медицинских наук, профессор Н.М. Иовчук

Ведущий консилиума - кандидат медицинских наук А.А. Северный.

Больная X. 3 г. 4 мес.

7 марта 2014 г. во время приема в «ИГРЕ» позвонила мать ребенка. Она была очень возбуждена, плакала, кричала, что девочка за несколько дней потеряла частично речь, навыки, забыла все, что знала. В тот же день ребенок был проконсультирован психиатром (Н.М. Иовчук). Тогда девочке было 2 года 4 мес.

Семейно-наследственный фон

Линия отца

Дед – спокойный, рассудительный, молчаливый, справедливый.

Бабка – домохозяйка, глава семьи. Отличается, по мнению матери ребенка, патологической лживостью. Никто не знает, когда она врет, когда говорит правду. Создала для матери нашей обследуемой невыносимую обстановку, пока та жила в их семье. Наушничала, ссорила мать девочки с сестрами мужа, заставляла делать аборты, при этом всем рассказывала, что это личное желание невестки, попрекала ее тем, что она финансово зависима от семьи свекра и свекрови. В последнее время родители ребенка стараются изолироваться от деда и бабки.

Отец, 46 лет, – специалист в области телекоммуникаций. Имеет два высших образования как инженер-системотехник и экономист. 15 лет тому назад семья переехала в Москву в связи с отсутствием работы, материальными трудностями и сложной семейной обстановкой в семье родителей отца. Отец работал до весны 2014 г. в Москве, жили на съемной квартире. После потери им работы пришлось уехать в один из городов Московской области, где мать ребенка имела доставшуюся ей по наследству от бабушки однокомнатную квартиру, а затем после продажи той квартиры в другой. Он до сих пор не работает и работу, с точки зрения матери ребенка, не ищет. Отказывается от тех вакансий, которые находит ему жена через интернет. Сидит дома в совершенном безделье. Формально имеет фирму, которая включает его и его приятеля и занимается искусственным интеллектом. Эта фирма доходов не приносит. Молчалив, замкнут, флегматичен, дружелюбный, но контакты крайне ограничены. Жена до сих пор не может понять, какой он и о чем думает. Часто проговаривает свои мысли вслух, говорит, что ему «так удобней». Очень любит девочку, обеспокоен ее состоянием, почти всегда приходит вместе с матерью на прием, но очень мало говорит и как будто не имеет своего мнения.

Линия матери

Деда мать ребенка практически не знала. Известно, что был трижды женат и после ухода третьей жены в возрасте 48 лет покончил жизнь самоубийством (повесился).

Бабка родила мать больной вне брака, а когда девочке было около 1 месяца,

решила отказаться от нее и поместить в интернатное учреждение. Спокойно отдала девочку своей матери и ею не интересовалась, материально не помогала, как и биологический отец, за которого через несколько лет все же вышла замуж. Во время редких визитов относилась к дочери холодно, даже неприязненно и, с точки зрения дочери, ее ненавидела, в отличие от своего неблагополучного сына от второго брака. С молодых лет злоупотребляла алкоголем, а потом и наркотиками. Очевидно, не лечилась. Умерла в возрасте 50 лет, скорее всего, от передозировки.

Мать, 40 лет. Росла у бабушки по линии матери. С детства отличалась общительностью, приподнятым настроением, блестящей памятью. Очень хорошо училась; учиться плохо, с ее слов, «было стыдно». Окончила педагогических колледж и работала в школе, а в дальнейшем в различных учреждениях секретарем, бухгалтером, в отделе кадров. Удивлялась и до сих пор не понимает, почему, несмотря на ее жизнерадостность, общительность, доверчивость и доброжелательность, на работе у нее не появлялось друг, почему ее игнорировали окружающие. Замуж вышла рано, по существу по сватовству, почти не зная своего жениха. Всегда была недовольна своей семейной жизнью, не понимала своего мужа. Считает, что в течение последних 7-8 лет у нее преобладает сниженное настроение. Память в последние годы стала, с ее точки зрения, значительно хуже. Консультирована **А.А. Северным** и по его назначению принимает в течение почти года антидепрессант (пиразидол), правда, на прием по поводу своего состояния больше не приходила. В последние месяцы, особенно после переезда в новую квартиру настроение стало еще хуже, не может и не хочет ничего делать, много лежит, до сих пор не может разобрать вещи и навести порядок и устроить уют в доме. Тем не менее, очень много занимается с ребенком, играет с ней, учит сюжетным и развивающим играм, четко выполняет рекомендации. Обращает на себя внимание чрезмерная требовательность к познавательной сфере ребенка, уверена, что в этом возрасте (в 3 года) ребенок должен знать гораздо больше. В то же время быстро поддается уговорам, соглашается, мнения ее часто крайне противоречивы. Себя характеризует как «холерика» - беспокойная, возбудимая, в последнее время даже агрессивная, в том числе к дочери, может накричать и даже шлепнуть. Сама говорит: «Чуть что – начинаю голосить». При сильном волнении раскачивается. Несмотря на свою «депрессию» (как сама называет свое состояние), почти все время улыбается, смеется, правда, и плачет много, но быстро успокаивается.

Брат девочки, 19 лет. До 4 лет был чрезмерно подвижным, жизнерадостным, очень общительным и болтливым. После переезда в Москву стал менее активным и открытым. За время школьного обучения сменил 3 или 4 школы. С точки зрения матери, «его травили», одна учительница якобы даже говорила, чтобы с ним одноклассники не общались. Оставался подвижным и озорным, его часто наказывали, выгоняли из класса и даже оскорбляли. Учился тем не менее хорошо, даже после перевода в английскую школу в 5 классе. Были друзья, но постепенно к 7 классу становился все более молчаливым, замкнутым, практически перестал разговаривать с родителями, потерял всех друзей, кроме одного. Стал прогуливать уроки, какое-то время совсем не ходил в школу. Все больше и больше просиживал за компьютером в «Контактах» или за игрой. 11 классов все же закончил и поступил в колледж, но скоро перестал и его посещать, продолжал сутками погружаться в свой виртуальный мир. В течение последнего года стал раздражительным, резким, грубым. Кричит, ругается, если ему делают замечания. С самого рождения младшей сестры много времени ей уделяет, очень с ней нежен, может поиграть, побаловаться, посмеяться. Она отвечает ему взаимностью. После переезда в последнюю квартиру нашел работу в офисе по продаже телефонов, ездит ежедневно в

соседний городок. Горд, что является единственным кормильцем семьи. Работа не нравится, но проявил неожиданно ответственность и четкость. Сейчас он под угрозой сокращения и очень переживает это обстоятельство. К сожалению, я ни разу его не видела, хотя многократно предлагала привезти и его на консультацию.

Личный анамнез

Девочка от 11 беременности, вторых родов. Первая беременность – внематочная, 8 медицинских аборт. Во время данной беременности очень волновалась, поскольку не работал муж, были большие материальные трудности. Тяжело и неуютно было и на ее работе. Беременность протекала с токсикозом в первой половине, перенесла в середине беременности нетяжелое простудное заболевание. Роды на 39 неделе беременности, самопроизвольные, продолжительностью 11 часов. Девочка родилась с весом 3150, длиной 51 см. Закричала сразу. К груди приложена в первые сутки, сосала активно. Выписаны из роддома на 5 сутки. Показатель по шкале Апгар – 9. На грудном вскармливании находилась до 1 года 9 мес. Головку держит с 3 недель, сидит с 6 мес., ходит с 10 мес. На первом году жизни была беспокойной, плохо засыпала, требовала укачивания. В течение первых двух месяцев жизни мало реагировала на присутствие близких, казалось, не слышала голоса (приходится делать поправки на чрезмерные запросы матери и ее тревожность). С 2 мес. стала улыбаться близким, хохотать в голос при приближении брата. Пугалась громких механических звуков. К посторонним относилась доброжелательно, но сначала при появлении чужого была насторожена и присматривалась. К 1 году появились повторяющиеся слоги, звукоподражание (животным), отдельные короткие слова. Не хотела играть в пазлы, собирать пирамидки, делать что-то руками. С утра разбрасывала игрушки, потом немного в них играла. Постоянно что-то носила в руках – обычно это были две куколки (мальчик и девочка) в каждой руке.

Когда девочке был 1 год 9 мес., упала из окна 5 этажа. Дома в это время находились отец и брат, которые были заняты своей беседой. Вероятно, падение было смягчено ветвями дерева. После падения пыталась самостоятельно встать. Рвоты не было. В машине скорой помощи стала вялой, сознание не теряла.

В течение 3 недель находилась на стационарном лечении (вместе с матерью). Трое суток была в состоянии искусственной комы. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга; ушиб правого легкого, нейрогенный отек легких; ушиб печени; гематома правой почки, ушиб правого надпочечника; закрытый чрезмышечковый перелом правой плечевой кости без смещения. В реанимационном отделении в течение 3 дней проводились: инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, ИВЛ, парентеральное питание, антибактериальная терапия (цефотаксим, меронем), наркотические анальгетики, диуретики (лазикс, диакарб), нейротропная терапия (церетон), а при переводе в общее отделение – актовегин и фенибут. После того, как была выведена из комы, испытывала страх перед «белыми халатами», сильно плакала во время перевязок.

Выписана в удовлетворительном состоянии.

После выписки из больницы семья сразу же на 3 мес. уехала к родителям отца. В это время стала очень подвижной, активной и жизнерадостной. Впервые стала интересоваться детьми, пыталась с ними играть, бегать, сама подходила к детям и временами к ним назойливо приставала. В этот период, к 2-м годам, отмечался большой прогресс в развитии: появилось много новых слов, развернутая фраза, быстро овладела счетом, называла номера домов, знала все буквы, цифры, цвета, формы предметов, части тела. Охотно слушала чтение, рассказывала прочитанное, легко запоминала стихи, пела песни. Между тем никогда не говорила

«да» и «нет». Ничего не хотела делать руками (пазлы, кубики, пирамидки), но с удовольствием занималась и делала успехи в том, где нужна была память, а не соображение.

После возвращения в Москву (в декабре 2013 г. – 2 года 2 мес.) у девочки, как говорит мать, «сбился сон» – стала подолгу засыпать, перед сном была возбуждена – кричала, бегала. Мать сердилась и даже шлепала, и тогда девочка долго плакала и кричала.

4 января 2014 г. ребенка укусила собака, овчарка, – за руку, до крови. Сделали три прививки против бешенства, после этого постепенно стали нарастать изменения в поведении девочки: не хотела заниматься, перестала называть буквы, цифры, «забыла» многое из того, что знала. Чаще всего не отвечала на вопросы, иногда, но с трудом удавалось добиться короткого ответа. Временами казалось, что не слышит вопроса. Диалога совсем не получалось. Стала пассивной, отрешенной. Перестала рисовать. Все время оставалась безразличной, ничему не радовалась, ничем не интересовалась. В основном молчала, только сама себе что-то рассказывала или, в основном перед сном, пела песни, читала стихи (те, которые выучила раньше). Стала раскладывать в один ряд игрушки. Походка стала необычной – пружинистой, подпрыгивала, иногда крутилась вокруг своей оси или крутила вокруг себя предметы. О себе стала говорить в третьем лице – называла свое имя, но в то же время говорила «моя», «мое», «тебе», «твое». Ходила на полной стопе, но временами – на цыпочках, поджимала пальчики на ногах. В феврале (2 года 3 мес.) стала пользоваться горшком, пыталась сама одеваться, самостоятельно есть.

5 марта (2 года 4 мес., т. е. за 2 дня до первого приема) вечером была крайне возбужденной – кричала, вырывалась, отталкивала родителей, не давала себя трогать, «бесилась», как «одержимая». Если ее удерживали, громко плакала. В последние 2 дня перестала совсем говорить, только иногда произносила «мама» и имя брата. Весь день что-то сама себе рассказывала. От всего отказывалась. Явных страхов замечено не было. Спала эти ночи хорошо. Снова перестала проситься на горшок, перестала одеваться и самостоятельно есть.

В таком состоянии **7 марта 2014 г.** была впервые проконсультирована в «ИГРЕ».

На приеме: вбегает в кабинет, ни на кого не обращая внимания, сразу бросается к игрушкам. Берет то одну, то другую коробку с игрушками и сразу же все вываливает на пол. Очень бледная, застывшее лицо, однообразная мимика. Взгляд мимо врача и родителей, отводит взгляд при попытке посмотреть в глаза. Своеобразная подпрыгивающая походка. Не выполняет никаких просьб, на вопросы не отвечает, иногда повторяет вопрос врача или родителей. Однообразно, монотонно повторяет стихи и песенки без всякой стимуляции со стороны. Крутится вокруг себя, потом берет с пола игрушки и крутит их вокруг себя. Берет кубики в рот. Остановить невозможно, успокоилась, только усевшись в кукольную коляску. Там несколько раз при повторных просьбах матери удалось добиться ответов, стала называть некоторые буквы, цифры, предметы, цвета. Долго, однообразно, ни на кого не обращая внимания, играла в телефон матери.

В тот же день ребенку было назначено лечение: рисполепт 2 капли (пипеточных) 2 раза в день и терален 4% – по 2 капли 3 раза в день. Такие маленькие дозы назначены с учетом возраста ребенка (2 года 4 мес.).

В эти же дни была попытка консультации нейропсихолога (**кандидата психологических наук Д.С. Переверзевой**), но она не увенчалась успехом: девочка была отрешенной, «выключенной», ложилась на пол и совершала странные дви-

жения. Лицо маскообразное, в глаза не смотрела, на вопросы не отвечала. Ходила по кабинету, брала в руки игрушки, смотрела и сразу переходила к другим.

Тогда же сделана первая **электроэнцефалограмма** (см. ниже).

В связи с маленьким возрастом ребенка и назначением лечения в первые месяцы осматривалась психиатром каждые 1-2 недели.

В течение первой же недели после начала лечения стала спокойнее, но засыпала по-прежнему с трудом, спала беспокойно, смеялась или плакала во сне. Подходила на улице или перед приемом к детям, говорила им «здравствуйте», брала за руку. Появился интерес к игрушкам, но все равно в основном их высыпала. Все повторяла за другими, реже активно что-то просила – в 3-м лице или императивно, в неопределенной форме: «надо достать», «дать», «развязать». Состояние, как говорит мать, улучшалось «проблесками»: иногда по несколько часов, а иногда по 1-2 дня. Через 2-3 недели после первого приема улучшился ночной сон, стала играть с родителями в ролевые игры, но надо было показывать. В основном игровые действия и речь были стереотипными, заученными, однообразными. Сама стала садиться на горшок, стала порой обращаться к матери (только к ней): «Мама, подуй», «Мама, дай». Ударилось головой, плакала «головочке больно». Очень была ласкова к матери, просилась к ней на руки – «хочу к маме», обнимала. Иногда высказывала собственное мнение: «буду большой», съела крабовую палочку, сказала – «не вкусно». Из определений преобладало одно – «красивое». Стала лучше есть, иногда просила что-нибудь – «гречку». В то же время стала все грызть, появились повторяющиеся однообразные движения – крутила ногой, перед сном поднимала ноги и руки вверх, скалила зубы. Иногда (недолго) при волнении, например, в метро, ходила на цыпочках. К вечеру практически каждый день отмечалось возбуждение, трудно было уложить спать.

В это время на приеме (через месяц после первого приема): походка по-прежнему своеобразная, но более живой стала мимика, смотрит в глаза собеседнику. И все же мимические движения крайне однообразны, личико серое, пожухлое, старообразное. Говорит о себе во 2-м лице – «садись», «шоколадку хочешь». Выполняет некоторые инструкции, читает стихи, поет песенки при просьбе врача или матери. Показывает части тела у игрушек и самой себя. Реже совершает стереотипные движения. Если ей показывают, как надо играть, охотно повторяет: так, когда отец показал дорожки на ковре, стала по ним весело бегать. В холле сама подошла к мальчику, поздоровалась, смотрела с ним книжку.

Через 1,5 мес. после приема стала иногда говорить о себе «Я», хотя преобладали все-таки «ты», собственное имя и императивные просьбы. Впервые появилось слово «нет». Значительно меньше стало однообразного повторения стихов и песен, почти перестала отвечать вопросом на вопрос. Если ей чего-то хотелось, брала за руку и говорила «Надо ...». Боялась фена, собак и нестандартных ситуаций. Если что-то сделала неправильно, ждала осуждения и говорила: «Плохая девочка», «Не надо делать». Стало легче добиться ответов. Была все же в основном грустной, застывшей, чаще, чем раньше, плакала.

В 20-х числах мая 2014 г. стала получать по 8, а затем и по 10 капель risp-лепта в сутки и кроме тералена (4 капли в день), азафен - ¼ таблетки (6 мг) утром. Через 5 дней было замечено улучшение настроения: стала живее, веселее, иногда смеялась. Стала смотреть в глаза, поворачивалась лицом к маме в кровати. Много играла с мамой, но сюжетной игре надо было учить, и тогда стереотипно повторяла действия.

Летом семья переехала в Подмоскowie – сначала на одну, а потом на другую квартиру. Легко перенесла смену обстановки. Много купалась, воды не боялась.

Стала очень подвижной, непослушной. Некоторое время боялась музыки, а потом сама стала просить – «музыку хочу». Потом появился страх электрички. Не хотела входить в подъезд, боялась рожицы, нарисованной на стене. Общение затруднено, поскольку по существу нет диалога. Ничего не спрашивает, но научилась спорить. Долго чему-то учат – не повторяет, а на другой день спонтанно рассказывает то, чему ее упорно учили. Стала рисовать, хорошо раскрашивать, выполнять многие инструкции. Игра стереотипная, заученная, ее содержание в основном заключается в том, что кто-то из игрушек куда-то идет, или «волчонок побежал за зайчиком» (и сама убегает), или «зайчик побежал от волка» (и сама побежала). В то же время во время купания в ванне игра становится более содержательной: кормит кукол, используя игрушечную посуду, ставит куклам градусник, сажает кукол на лошадку и т. д. Не хочет заниматься пазлами, рассыпает и разбирает их. Перед сном охотно слушает чтение, иногда сама, глядя на картинки, может сказать, что делают персонажи сказок. Летом стала больше тянуться к отцу и брату, избегая матери. Стала мерить и выбирать одежду, отказывалась от того, что не нравится. Осенью перед сном отмечалось особенно сильное и долгое возбуждение.

На приеме 13 октября 2014 г. была взбудоражена, чрезмерно подвижна, смотрела в глаза, легко отвечала на вопросы (имя, возраст, имена родителей и брата, название игрушек), рисовала цифру «1». Искала среди игрушек определенное животное. Улыбалась, смеялась. Некоторые просьбы выполняла, но иногда отказывалась: «Нет». Настойчива, упорно добивается результата. Пристегивает куклу к коляске, на вопрос, что она делает, ответила: «Пытается...». Наизусть по просьбе читает почти всего «Царя Дадона». Понимает «больше, меньше, лишнее, одинаковое».

Был отменен азафен, увеличена доза rispолепта до 11 капель в сутки и назначен тералиджен по ¼ табл. 3 раза в день. В течение октября-ноября значительно улучшилась коммуникативная речь, стала более разнообразной игра (домик, зверушки, разговаривала с игрушками – спрашивала и отвечала за них). Подходила к детям, спрашивала: «Здравствуй, как тебя зовут?». Потом начинала говорить свои стихи или петь песни. Перестала рисовать, вместо этого изображала каракули, а когда ее спрашивали, что она рисует, отвечала: «Фигню». Стала бояться звука SMS в телефоне отца, многих звуков, некоторых мультфильмов. Пряталась. Целовала родителей, но в определенном порядке: сначала папу, потом брата и в последнюю очередь маму. Очень привязалась к брату, говорит о нем «милый братик». Если его ругала мать, говорила: «Хватит кричать!». Сама часто его ругала, используя его же выражения, «воспитывала».

В начале декабря 2014 г. возбуждение усилилось, стала чрезмерно подвижной, прыгала, пританцовывала, вечерами становилась неуправляемой, никого не слушалась, не реагировала на замечания, кричала, смеялась. Невозможно было уложить спать до 2 часов ночи. Снова стала хуже общаться, «забыла» то, что знала, стала хуже играть, совсем перестала задавать вопросы. Снова стала больше крутиться вокруг своей оси, при этом говорила: «танцует». Появились чавкающие звуки перед сном, говорила: «Слюнки ем». В это время увеличена доза rispолепта до 12 капель в сутки и назначен фенибут – 2 таблетки в день.

В январе 2015 г., по словам матери, появился «прорыв в речи»: стала говорить фразами, появились реальные умозаключения, но не хочет ни рисовать, ни лепить, ни пазлы собирать. Бегает по квартире и в основном разбрасывает игрушки, кроме продуктивной игры в ванной. Мать жалуется, что если осенью-зимой год тому назад девочка знала «нереальное» количество песен, стихов, сказок, хотя повторение их было преимущественно стереотипным, шаблонным, то теперь по-

казывает гораздо меньше знаний. Все равно и сейчас действия, игра, речь в большинстве своем остаются шаблонными, заученными.

Записана на очередь в детский сад по месту жительства.

И последнее (неприятное), на что нельзя не обратить внимания: если в основном девочка осторожна, чувствует опасность, то постоянно сохраняется стремление к окну, стремится его открыть и говорит при этом: «Прыгать!».

Сейчас получает 6 капель рисполепта 2 раза в день и тералиджен $\frac{1}{4}$ таблетки 3 раза в день.

Результаты первого ЭЭГ-исследования в 2 года 4 мес.(кандидат медицинских наук В.В. Грачев)

Во время записи ребенок беспокоен, глаза закрывает на небольшие интервалы времени. При открытых глазах на свободных от двигательных артефактов участках регистрируется дезорганизованная ЭЭГ с заметно увеличенной представленностью низкоамплитудных медленных волн и отсутствием затылочного альфа-ритма. В течение записи отмечаются повторяющиеся генерализованные вспышки нерегулярных тета-волн с амплитудным максимумом в центрально-теменных отведениях.

На кратковременных участках записи с закрытыми глазами картина ЭЭГ существенно не меняется.

Прерывистая фотостимуляция также не вызывает значимых изменений картины ЭЭГ.

Гипервентиляционная проба по состоянию ребенка не проводилась, однако в периоды гипервентиляции, вызванной интенсивным плачем ребенка, значимого изменения параметров ЭЭГ не наблюдалось.

Заключение. В ЭЭГ на фоне отчетливых диффузных изменений по органическому типу выявляются признаки нарушения функционального состояния коры головного мозга, функциональной слабости лобных долей и корково-подкорковой ирритации. Очаговых изменений и эпилептической активности не зарегистрировано.

Результаты второго ЭЭГ-исследования в 3 года 3 мес.

Во время записи ребенок беспокоен, глаза закрывает на небольшие интервалы времени. При открытых глазах на свободных от двигательных артефактов участках регистрируется десинхронизированная низкоамплитудная ЭЭГ с несколько повышенной представленностью медленных волн и редкими кратковременными (менее 0,5 сек.) периодами альфа-колебаний частотой 8-9 Гц в затылочных отведениях. Отмечаются также повторяющиеся вспышки ритмических тета-волн небольшой амплитуды в проекции теменно-центральных зон коры головного мозга.

На коротких участках записи с закрытыми глазами несколько повышается амплитуда ЭЭГ, увеличивается индекс и амплитуда альфа-активности в затылочных отведениях. При закрывании глаз нередко отмечается генерализованная альфа-вспышка. В спектре зрительного альфа-ритма наиболее представлены колебания частотой 8,0-8,5 Гц. Колебания альфа-ритма перемежаются небольшим количеством медленных волн, не превышающих по амплитуде основную активность. Вспышки тета-волн при закрытых глазах несколько учащаются.

Прерывистая фотостимуляция вызывает реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 3-9 Гц.

Гипервентиляционная проба по состоянию ребенка не проводилась, однако в периоды гипервентиляции, вызванной интенсивным плачем ребенка, значимого изменения параметров ЭЭГ не наблюдалось.

Заключение. В ЭЭГ на первом плане регуляторные нарушения, отражающие несколько сниженный тонус функциональной активности коры головного мозга и недостаточность неспецифических восходящих активирующих влияний. Изменения по органическому типу выражены минимально. Очаговых проявлений и эпилептической активности не зарегистрировано.

В сравнении с предыдущим исследованием динамика положительная в виде сглаживания изменений по органическому типу и улучшения функционального состояния коры головного мозга.

Нейропсихологическое обследование (кандидат психологических наук Д.С. Переверзева)

Ребенок консультирован повторно. Предыдущее обследование в марте 2014 г. Жалоб на развитие ребенка со стороны родителей нет.

Ребенок нормального телосложения, дисгенетических стигм не выявлено. Лицо бледное, амимичное. Ребенок демонстрирует познавательную активность, легко вступает во взаимодействие, выполняет требования, легко переключается с одной деятельности на другую. Вместе с тем контакт носит достаточно формальный характер, нет эмоционального заражения. Эмоциональные реакции уплощены. Интерес к новому человеку достаточно формальный, нет ни заинтересованности в общении, ни проявлений застенчивости, осторожности. Не демонстрирует сложных амбивалентных эмоций. Зрительный контакт слабо модулированный, мало интегрирован с другими формами взаимодействия. Ориентация на речь не нарушена, поведение регулируется через речевую инструкцию. Понимание речи в контексте ситуации в полном объеме, выполняет двойные инструкции. Невьясненным остается вопрос о возможностях понимания речи за пределами текущей ситуации (планирование, обсуждение прошедших событий). Собственная речь фразовая, но недостаточно развернутая. Не обнаруживает трудностей удержания зрительного внимания, имеют место негрубые нарушения функции распределения внимания. Игра сюжетно-ролевая с использованием предмета-заменителя. Однако она носит достаточно однообразный характер: ребенок не проигрывает новые ситуации, обнаруживает недостаточность социального воображения.

Заключение. По сравнению с предыдущим обследованием наблюдается значительная позитивная динамика. Поведение стало более структурированным, не наблюдается моторного возбуждения, полевого поведения. Речевое развитие по возрасту, основные компоненты когнитивного профиля на нормативном уровне. Основные трудности касаются недостаточности развития эмоционально-волевой сферы, задержки развития социального воображения, трудностей интеграции вербальных и невербальных средств взаимодействия (речь и зрительный контакт, речь и мимика).

Рекомендовано:

1. Посещение детского сада (массовый д/сад, группа кратковременного пребывания).

2. Спортивные занятия (физическое и сенсомоторное развитие).

Заключение невролога С.Н. Скачковой (накануне консилиума). Последствия закрытой черепно-мозговой травмы. Астеноневротический синдром. Парасомнические реакции.

А.А. Северный: Спасибо. Есть ли вопросы к докладчику?

Валерий Нашкевич, психолог: Был ли собран анамнез семейной истории и структуры семьи?

Н.М. Иовчук: Это не входит в задачи психиатрического анамнеза. Все, что известно о родителях и прародителях, отражено в генетическом разделе.

О.Б. Левковская, врач-психотерапевт НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой: Есть ли очаговые изменения в неврологическом статусе ребенка?

Н.М. Иовчук: Существенных отклонений нет как при неврологическом осмотре, так и при электроэнцефалографическом исследовании. Надо сказать, что, судя по выписке из больницы, в которой девочка лежала после травмы, заметных отклонений в неврологическом статусе не было и тогда.

А.А. Северный: Если больше нет вопросов к докладчику, поговорим с матерью ребенка.

Беседа с матерью ребенка

А.А. Северный: Какие на сегодняшний день есть у Вас жалобы в отношении ребенка?

Мать: Плохо у девочки с моторикой – и мелкой, и крупной.

А.А. Северный: А какие проблемы в семье?

Мать: До сих пор у меня плохое настроение. Пиразидол принимаю до сих пор, стало лучше, но ненамного. Остаются серьезные финансовые проблемы, сейчас немного легче, потому что работает старший сын, но муж не может найти работу. У дочери все есть: нормальное питание, игрушки, одежда.

А.А. Северный: Как она предпочитает играть?

Мать: Предпочитает играть с нами или с братом. Одна играет мало. Тянется к детям, пытается понять, что они делают, например, как играют в прятки. Получается играть с трудом, через 15-20 минут теряет интерес.

А.А. Северный: С Вашей точки зрения, ее развитие соответствует возрасту?

Мать: В чем-то она опережает сверстников, а в чем-то сильно отстает, например, в моторном развитии, часто не договаривает фразы, не может сказать о ком-то конкретно. Например, не может сказать, что брат на работе, а произносит: «Братик, ты где? Ты на работе?». Опережение в развитии было в 2 года, когда в короткие сроки узнала все буквы, цвета, сложные формы предметов, цифры, считала до 100 и обратно. Теперь относительно 2-летнего возраста – значительный регресс.

А.А. Северный: Что девочка делает, предоставленная самой себе?

Мать: Недолго занимается игрушками, играет заученные роли, произносит сложные диалоги.

А.А. Северный: Каков по характеру Ваш старший сын? Почему он не служил в армии?

Мать: Освобожден от службы в армии, так как у него дефицит веса – 50 кг при росте 176 см. Учиться не хотел, нет практически общения со сверстниками. Есть только один друг, но он остался в Москве, почти не встречаются.

А.А. Северный: Какой в состоянии девочки был самый тяжелый период?

Мать: Год тому назад. Проснулась и ни на кого не реагировала, была отстраненной, молчаливой.

А.А. Северный: У Вас не создавалось впечатления, что она к чему-то прислушивалась, чего-то боялась?

Мать: Нет, но как-то видела тени: равнодушно сказала: «Мишка там идет». В июне прошлого года видела какие-то контуры, тени, но не боялась.

А.А. Северный: Есть ли у присутствующих еще вопросы?

Ю.С. Шевченко, профессор, психиатр: Какие сейчас у девочки страхи?

Мать: Страхи меняются. Сейчас весело говорит, что боится рожицы, нарисованной на стене в подъезде, но проходить мимо отказывается.

Е.В. Корень, кандидат медицинских наук, психиатр: Бывает ли, что пла-

чет или говорит во сне?

Мать: Иногда плачет, но не говорит.

А.А. Северный: Искусственная кома после травмы продолжалась 3 суток. Какая девочка была после выхода из комы?

Мать: Увидела меня на 5 сутки после падения, заплакала, жаловалась, что ей больно, понимала, что находится в больнице. Никаких странностей в это время не было.

Е.О. Смирнова, доктор психологических наук: Какие игры предпочитает ребенок? Были ли игры, связанные с падением, прыжками из окна?

Мать: Нет. У нее есть инстинкт самосохранения. А к окну тянется, говорит: «Открой, смотреть, прыгать». Вообще предпочитает мягкие игрушки, охотно смотрит мультфильмы. Разыгрывает сказку о «Золотом петушке» с помощью мамы и папы.

Н.К. Кириллина, кандидат медицинских наук, психиатр: Как девочка относится к родителям?

Мать: Привязана, любит и папу, и брата, и маму, но относится к их уходу из дома спокойно. Сочувствует, беспокоится, если я делаю вид, что плачу.

Н.А. Боброва, кандидат медицинских наук, психиатр: А как относится к возвращению близких?

Мать: Радует, но недолго, уходит.

О.Б. Левковская: Как Вы оцениваете ее память? Какая рука ведущая?

Мать: Особенно хорошей была память в 2-летнем возрасте, но и в 1 год 2 мес. уже знала счет до 20. Сейчас быстро заучивает и правильно воспроизводит стихи, песенки. Обеими руками пользуется, но стала лучше определенно правая.

Е.В. Корень: Любит залезать на высокие предметы?

Мать: Залезает на диван, кровать, если может.

А.А. Северный: Если больше нет вопросов к маме, позовем саму девочку.

Психический статус ребенка во время консилиума

Девочка в сопровождении матери и лечащего врача легко входит в аудиторию. Походка своеобразная, подпрыгивающая. Лицо бледное, с сероватым оттенком. На лице постоянная легкая улыбка, но мимика бедная, невыразительная. Совсем не обращает внимания на взрослых и в процессе консультации ни разу не оглядывается на большое число присутствующих специалистов, стоя к ним спиной. Без возражения подходит к ведущему, протягивает ему левую ручку, но по его просьбе дает другую. Называет руки – «правая», «левая». Называет свое имя. С интересом берет в руки игрушки (в основном фигурки животных маленьких размеров), называет их, изображает, как кричат свинка, корова, курочка, при этом смеется. Охотно согласилась на предложение Е.О. Смирновой поиграть, сразу поняла условия игры: ворона предлагает свинке поселиться в ее гнезде (корзиночке), а в это время свинка пасется на лужайке (зеленом ковре), ест травку. Несмотря на многократные приглашения вороны, не дает свинке лезть в гнездо, упорно отправляет ее на ковер – «Нет, травку поешь!». Только на четвертый раз положила свинку в гнездо и тут же отправила туда остальных зверушек из другой корзинки, потеряв интерес к игре. Стала крутиться вокруг своей оси, не прекращая улыбаться. Прощаясь с ведущим, проговорила: «До свидания! До скорой встречи!». Выйдя из кабинета, прильнула спинкой к лечащему врачу, подставила лобик: «Поцелуй!».

Заключение лечащего врача (Н.М. Иовчук)

В настоящем психическом статусе отмечаются негрубые кататонические расстройства, к которым относятся отдельные стереотипные движения, стереотипные игры, граммофонная речь, эхолалии, редкие и теперь мало выраженные эхопрак-

сии, а также микрокататонические включения в виде амимичности, вычурности походки, отсутствия жестикуляции, монотонности. Кроме того, отмечаются отдельные меняющиеся на протяжении болезни страхи: и если вначале они были определенно невротическими, связанными с конкретной психотравмирующей ситуацией (страх белых халатов, медицинских манипуляций, собак), то в последнее время они теряют такую связь (страх музыки, нейтральных рисунков, SMS-сообщений и т. п.). Определенно выступают также необычные влечения – в основном в области игры, но одно из них меня особенно пугает – патологическое влечение к окну, падение из которого стало причиной тяжелой физической и психической травмы для ребенка. На этом фоне выступает регресс поведения и навыков – не столько в возрастном плане (девочка по умственному и речевому развитию вполне соответствует 3 годам), сколько по сравнению с тем уровнем развития, который ребенок имел в 2-летнем возрасте. А оно было откровенно опережающим. Перечисленные мною расстройства не являются между тем центральными. Я начала с них, чтобы подчеркнуть главное: все эти симптомы выступают на фоне выраженных биполярных аффективных расстройств, и сейчас мы видим атипичное гипоманиакальное расстройство с незначительными кататоническими включениями и парадоксальными для повышенного настроения отдельными страхами.

Стоит также отметить, что ожидаемых после падения с высоты органических симптомов здесь по существу нет совсем.

Теперь – о течении. До 1 г. 9 мес. нормально росла и развивалась, за исключением, пожалуй, легких симптомов интровертированности: несколько месяцев не смотрела в глаза (но ведь была еще очень маленькой), не подходила к детям (но до 2 лет часто редки такие контакты). В 1 год 9 мес. – падение с 5 этажа, больница, больно, страшно, но после выписки вместо ожидаемого в таких случаях психоорганического синдрома наступает на 3 месяца особое состояние, которое несказанно радует родителей, поскольку возникает стремительное развитие в речевой и интеллектуальной сфере. Ребенок становится значительно более активным, подвижным, общительным, чем раньше, и приобретает «нереальное» количество знаний, в общем-то не соответствующих паспортному возрасту. Это состояние, вероятно, надо расценить как гипоманиакальное, парадоксальное в общем-то после перенесенной физической травмы и психотравмы. Вслед за этим наступает депрессия, которое усугубляется новой психотравмой – укусила собака, уколы, снова больно, страшно. И тут на этом фоне возникает острое психотическое состояние с быстрым регрессом поведения и навыков и достаточно выраженными кататоническими включениями, с которым ребенок впервые попадает на наш прием. Далее следует депрессия (весной прошлого года) и гипомания (летом-осенью прошлого года). Но мания уже не такая яркая, как первая, возможно, из-за психотропной терапии, а может быть, и из-за того, что фазы в течение такой болезни постепенно теряют витальность и становятся более тусклыми и «неправильными», нечистыми, атипичными. Колебания настроения прослеживаются непрерывно, но уже трудно порой определить их полюс из-за смешанности аффекта, парадоксального сочетания симптоматики: веселое настроение и страхи, новый рывок в развитии и стереотипии, повышение общительности и застылость, однообразность, монотонность, заученность речи и действий. Все это говорит об эндогенном заболевании, которое, к сожалению, никак не может уложиться в чисто аффективный психоз.

Наследственность: отягощена по обеим линиям. Со стороны матери – отчетливые психопатические личности и аффективные (депрессивные) состояния: у матери затяжная субдепрессия, возможно, у бабки по линии матери симптоматиче-

ские алкоголизм и наркомания, у деда по линии матери суицид, вероятно, вследствие депрессии. По линии отца также психопатические личности. Отец – интроверт, пассивный, неприспособленный, молчаливый, с ограниченными контактами. И брат интроверт, а может быть и психически нездоровый подросток.

Таким образом, у девочки идет эндогенный процесс с ведущими аффективными биполярными расстройствами, благодаря которым прогноз можно расценить как относительно благоприятный.

А.А. Северный: Спасибо! Теперь давайте приступим к обсуждению представленного случая.

Обсуждение

Е.О. Смирнова: Совершенно ясно, что ребенку нужен детский сад, сверстники, тактильные и эмоциональные игры.

А.А. Северный: Знает ли кто-нибудь, есть ли в городке, где живет семья, коррекционный детский сад?

Е.О. Смирнова: Нужен обычный хороший детский сад, а игре необходимо обучить родителей.

А.А. Северный: Вероятно, это возможно здесь – в «ИГРЕ».

Ю.С. Шевченко: Понятно, что нужна психологическая коррекция. У меня менее оптимистичная точка зрения по поводу прогноза. На мой взгляд, здесь речь идет о процессе дегенерации: если среди дедов имели место редкие случаи психических расстройств, то уже у родителей – они повсеместные и явные, а у ребенка психические нарушения появились в раннем возрасте. Это дегенеративный процесс в поколениях.

А.А. Северный: Во время осмотра крутится, осознает, что это ненормально и пытается это объяснить («танцует»). Ее повторяющиеся движения надо дифференцировать с навязчивостями.

Н.А. Боброва: В статусе определяются определенные аутистические черты. Вероятно, надо проводить дифференциальную диагностику с РДА.

Н.К. Кириллина: На мой взгляд, нельзя исключить роль органической патологии в происхождении и клинических особенностях патологического состояния.

А.А. Северный: Приходится дифференцировать эмоциональную бедность (у органиков) и эмоциональную уплощенность (у эндогенных больных). Иногда это, действительно, трудно.

Н.Л. Маленкова, психолог ГKB № 52: Совершенно необходима индивидуальная психотерапевтическая работа с матерью ребенка. У нее есть определенный риск погибнуть или подтолкнуть к гибели своего ребенка.

Л.Л. Баз, кандидат психологических наук: Очень важно правильное обучение мамы игротерапевтом.

Е.В. Корень: В детской практической психиатрии определено очень часто врачи не видят гипомании. Тем более если «прогнать» многих по существующим тестам, в том числе и девочку, которую мы сегодня смотрели, получается «атипичный аутизм». На самом деле – эндогенный психоз, и в сфере современных представлений такие состояния следует лечить современными атипичными нейрорепрессантами.

Н.М. Иовчук: Проблема в том, что ребенку к моменту обращения было всего 2 года с небольшим, да и сейчас она совсем маленькая. Как лечить такого ребенка абилитируем или зипрексой? Рука не поднимается.

Е.С. Масленникова, медицинский психолог: Нужна семейная психотерапия, поскольку родители слишком давно вместе и потеряли цель своей жизни. Мама кажется неадекватной, например, говоря о значительном дефиците веса у

своего старшего сына, смеется.

Н.К. Кириллина: В нашей работе (я имею в виду «ИГРУ» и консилиумы), действительно, не хватает истории семьи, семейной ситуации в динамике. Мы этого не делаем.

Е.О. Смирнова: По-видимому, в консилиуме надо стремиться к единому образу, в том числе и с включением блока семейной психотерапии.

А.А. Северный: К семейной психотерапии надо относиться с большой осторожностью: при квалифицированной терапии она может помочь, но может и углубить семейный дисбаланс.

Н.М. Иовчук: На полноценную длительную и квалифицированную психотерапию у семьи денег нет. Их вообще нет ни на что. Здесь, кроме лечения ребенка, нужна была бы социально-психологическая помощь: найти работу отцу, вылечить от депрессии мать, вытолкнуть ее, наконец, на работу, научить ее правильно относиться к ребенку, ценя в нем не только чрезмерный уровень знаний.

А.А. Северный: И все же как помочь ребенку реально?

Н.К. Кириллина: Понятно, что Нина Михайловна будет лечить и наблюдать ребенка в динамике, Анатолий Алексеевич не отказывается от лечения мамы. Я посмотрю ребенка в игровой ситуации, дам рекомендации и найду специалиста-игротерапевта для постоянной длительной бесплатной работы с ребенком.

А.А. Северный: Если нет больше замечаний, приступаем к заключению по сегодняшней демонстрации.

Заключение ведущего

Не возникает сомнений, что ведущими в настоящем статусе являются гипоманиакальные расстройства, которые девочка достаточно продемонстрировала сегодня даже во время короткого осмотра. А если бы была с нами подольше, показала бы их в еще большем объеме.

Кроме того, очевидной оказалась и эмоциональная дефицитарность: девочка совсем не обратила внимания на присутствующих, не испугалась и не удивилась. В то же время этот эмоциональный дефицит не похож на то, что мы видим при аутизме Каннера – дефицит эмоционального контакта. Не замкнулась, сама захотела играть с Еленой Олеговной. Это очень важно, что эмоциональный дефект негрубый, не брутальный: она чувствует, любит, сопереживает, сочувствует.

Между тем, несомненно проявляются элементы смешанного аффекта: несмотря на повышенный фон настроения, плачет во сне, боится, хотя страхи единичны и нерезко выражены. Есть и контрастные влечения, к которым нет адекватной личностной реакции: стремление к окну – смеется, но хочет «прыгать».

Таким образом, выступает очень полиморфная картина психического состояния, которая еще более усугубляется кататоническими (опять же негрубыми) расстройствами. К сожалению, полиморфизм симптоматики психоза ухудшает прогноз. Поэтому я не могу согласиться с уверенностью как с положительным, так и с отрицательным прогнозом.

Что же касается течения, то следует заметить, что нельзя исключить первой гипомании еще в младенческом возрасте, когда в 2 месяце начала хохотать, стала очень подвижной и быстро развивалась и в двигательной, и в интеллектуальной сфере. Далее прослеживалась отчетливая позитивная процессуальность. В 2-летнем возрасте – явная гипомания с потрясающим скачком в развитии, но никто не говорит при этом о заражающем веселье, солнечном настроении. Таким образом, это очевидное гипоманиакальное состояние уже было дефицитарным. В возрасте 2 лет 3 мес. перенесла полиморфный психоз, где депрессивная симптоматика выступала в сочетании с достаточно выраженными кататоническими расстрой-

ствами, в том числе чередованием кататонического ступора с кататоническим возбуждением. Одним из показателей процессуальности в данном случае является тот факт, что девочка быстро вышла из психоза на психотропной терапии. Это также является важным диагностическим признаком.

Что делать? Вероятно, учитывая биполярное аффективное течение, надо вводить профилактическую терапию: депакин или финлепсин. В данном случае назначение финлепсина, пожалуй, более адекватно, если принять во внимание его седативное действие, в том числе улучшающее сон.

Важность семейной психотерапии не вызывает сомнения, но надо правильно определить, чего мы хотим добиться, подключая семейную психотерапию. Если цель – только правильное отношение к ребенку и его болезни, то, наверное, с этим справятся своими силами лечащий врач, детский психотерапевт и дефектолог.

ДМИТРИЙ НИКОЛАЕВИЧ ИСАЕВ

18 декабря 2014 г. после тяжелой продолжительной болезни ушел из жизни профессор, заслуженный деятель науки РФ Дмитрий Николаевич Исаев.

По окончании в 1953 г. Ленинградского педиатрического медицинского института Дмитрий Николаевич обучался в аспирантуре на кафедре психиатрии под руководством своего учителя, выдающегося отечественного психиатра, профессора Самуила Семеновича Мнухина. После аспирантуры Д.Н. Исаев был назначен главным врачом психоневрологического диспансера Сталинского (Выборгского) района Ленинграда.

В 1958 г. Дмитрий Николаевич Исаев защитил кандидатскую

диссертацию на актуальную в то время тему «Адаптометрическое изучение некоторых нейродинамических особенностей у детей с разными формами припадочных состояний». В 1960 г. он стал ассистентом кафедры психиатрии Педиатрического института. В 1963-1964 гг. преподавал детскую психиатрию в Гаванском университете (Республика Куба).

В 1970 г. Д.Н. Исаев был избран заведующим кафедрой психиатрии и руководил ею до 1985 г. В 1971 г. Дмитрий Николаевич успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинико-физиологическая классификация олигофрении у детей», а в 1973 г. ему было присвоено ученое звание профессора.

В Ленинградском педиатрическом медицинском институте Д.Н. Исаев много лет был известен как руководитель большого преподавательского и научного коллектива – кафедры психиатрии. В числе его сотрудников - известные отечественные психиатры: профессор В.Е. Каган, профессор Б.Е. Микиртумов, доцент Б.В. Воронков, доцент Б.Г. Фролов, доцент К.Д. Ефремов, доцент И.В. Добряков, С.М. Пукшанская и многие другие. Под руководством профессора Д.Н. Исаева было защищено более 30 кандидатских и докторских диссертаций.

С 1970 г. он был консультантом ВОЗ, а с 1978 по 1980 гг. – штатным сотрудником Европейского Бюро ВОЗ в Копенгагене.

Д.Н. Исаев является ярким представителем детской отечественной психиатрии. Он – носитель идей и традиций ленинградской психиатрической школы, заложенных профессором С.С. Мнухиным. У нас в стране и за рубежом Дмитрий Николаевич получил широкую известность как основоположник учения о детских психосоматических заболеваниях. Его работы посвящены широкому кругу вопро-

сов, затрагивающих психологию болезни и лечебного процесса у детей, полового воспитания ребенка, неврозов, девиантного поведения и др.

В практической деятельности Д.Н. Исаев большое внимание уделял психо-профилактической работе в детском возрасте, приближая классические психиатрические знания к повседневной работе педиатра.

В 1985 г. Дмитрий Николаевич создал и возглавил получившую широкую известность в стране кафедру «Детской психиатрии с курсом клинической психологии и психосоматических расстройств» на факультете усовершенствования врачей Педиатрического института. С 1991 по 1996 гг. являлся председателем Правления Санкт-Петербургского Общества психиатров, а с 1996 г. стал почетным членом Правления Санкт-Петербургского общества психиатров. Широта научных знаний и колоссальный опыт практической деятельности воплотились в многочисленных монографиях, учебных пособиях и статьях, которые стали бесценным арсеналом для освоения специальности студентами, при повышении квалификации начинающими и опытными специалистами.

С 1984 по 1988 гг. Д.Н. Исаев работал в должности проректора по учебной работе ЛПМИ. С 1996 г. Дмитрий Николаевич Исаев стал заведующим кафедрой детской клинической психологии Института специальной психологии и педагогики Международного университета им. Р. Валленберга.

Как человек Дмитрий Николаевич отличался огромной эрудицией, скромностью, неизменно уважительным отношением к студентам, коллегам, врачам. Большое внимание он всегда уделял непосредственному общению с обучающимися и врачами – чтению лекций, проведению семинаров, консультированию в практических учреждениях города.

В последние десятилетия связи с родной alma mater не прерывались. В 2003-2013 гг. Дмитрий Николаевич вел активную педагогическую работу на факультете «Клиническая психология» Педиатрического университета, передавая свой колоссальный научный и практический опыт будущим клиническим психологам.

Выражаем глубокие соболезнования родным и близким, ученикам, коллегам, всем сотрудникам СПбГПМУ, кто знал Дмитрия Николаевича Исаева, работал с ним и под его руководством.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы в алфавитном порядке.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи

Подписано в печать 05.05.2015 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 1000 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru