

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научно-практический рецензируемый журнал
психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин

ISSN 2305-9133

2016 (16), №2

**«Вопросы психического
здоровья детей и подростков»**
(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных
дисциплин)

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

Журнал представлен
в информационной базе РИНЦ
(Российский индекс научного
цитирования)

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

Контакты редакции:
Почтовый адрес: 125009,
Москва, ул. Тверская, д. 12,
стр. 8, оф. 12
Телефон/факс: +7 499 251 4306
E-mail: acpp@inbox.ru

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в
журнале «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»
направляются электронной
почтой вложенным файлом в
формате .rtf либо .doc на адрес:
acpp@inbox.ru.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка
обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.
© Ассоциация детских
психиатров и психологов. 2016

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

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, Е.О. Смирнова, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой
поддержке Института Гармоничного Развития
и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук, А.А. Северный ОДАРЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ. ЧАСТЬ III. ОДАРЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА.....	4
Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев, А.В. Куликов СТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ДИНАМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЯ И БОЛЕЗНИ (КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЯ).....	14
О.О. Антонникова МАТЕРИНСКАЯ ЛЕПРИВАЦИЯ КАК ОСНОВА ВИКТИМНЫХ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СФЕР ЛИЧНОСТИ.....	24
Е.А. Мильке, Е.В. Свистунова СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКАМИ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ.....	32

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

В.Л. Кабанов НОВЫЕ МОДЕЛИ И ПРОГРАММЫ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ.....	41
О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко СПАСИТЕЛЬНОЕ ТВОРЧЕСТВО? ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО» ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ.....	46
А.М. Шербакова, Е.А. Осипова СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ПРОГРАММЫ СОВМЕСТНОЙ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	54
Т.Ю. Сунько ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	64

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

С.А. Игумнов, П.С. Лапанов ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ АНТЕНАТАЛЬНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ.....	70
В.Н. Ослон, А.М. Шербакова ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА СПЕЦИАЛИСТА ПО РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.....	75
О.И. Шмырева СТРУКТУРООБРАЗУЮЩИЕ ЭМОЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	80
С.П. Елшанский, А.Ф. Ануфриев, З.Ф. Камалетдинова, О.Е. Сапарин, Д.В. Семенов ПОЗИТИВНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА СТУДЕНТОВ ГУМАНИТАРНОГО ПРОФИЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ И КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ.....	84
А.Ю. Александров, Ж.А. Александрова, Т.В. Таланова АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ К УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ В РОССИЙСКИХ ШКОЛАХ И ВУЗАХ.....	88

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

В.В. Зарецкий СТРУКТУРИРОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ ТРЕБОВАНИЙ ФГОС.....	93
С.М. Шахова СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ («СПАЙС») – НАРКОТИК «ВЫБОРА» МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ	100
С.А. Игумнов, В.В. Аблова, А.В. Козырева, М.А. Жердева, П.С. Лапанов, А.С. Лобачева, С.М. Шахова ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЧРЕЗМЕРНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ.....	107

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.В. Горюнова ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ (ЛЕКЦИЯ, ЧАСТЬ 2).....	113
Л.В. Мардахаев АДАПТАЦИЯ И ДИЗАДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА: СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	122
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	132

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

N.M. Iovchuk, A.A. Severnyy	
A GIFTEDNESS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS: DYNAMICS AND PROGNOSIS. PART 3. A GIFTEDNESS IN CHILDREN WITH ASPERGER'S SYNDROME.....	4
N. Zvereva, A. Koval-Zaytsev, A. Kulikov	
DEFECT FORMATION IN SCHIZOPHRENIA: DYNAMICS OF INTERACTION DEVELOPMENT AND DISEASES (CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF CASE).....	14
O.O. Andronnikova	
MATERNAL DEPRIVATION AS BASIS OF VICTIMIZATION VIOLATIONS OF PSYCHOLOGICAL SPHERE PERSONALITY.....	24
Milke E.A., Svistunova E.V.	
SUBJECTIVE ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE BY OVERWEIGHT TEENAGERS.....	32

PREVENTION, THERAPY, CORRECTION, REHABILITATION, MANAGEMENT OF INVESTIGATION AND TREATMENT

V.L. Kabanov	
NEW MODELS AND PROGRAMS OF SUCCESSFUL SOCIALIZATION OF CHILDREN.....	41
O.B. Levkovskaya, Yu.S. Shevchenko	
THE SAVING CREATIVITY? USING THE METHOD OF «THE CREATIVE SELF-EXPRESSION THERAPY BY M.E. BURNO» IN THE PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENTS..	46
A.M. Shcherbakova, E.A. Osipova	
SUBJECTIVE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH DISABILITIES INCLUDED IN THE PROGRAMME OF JOINT GAME ACTIVITY.....	54
T.Yu. Sunko	
BUILDING A MODEL OF EDUCATIONAL ACTIVITIES OF ORGANIZATIONS ENGAGED IN EDUCATIONAL ACTIVITIES OF STUDENTS WITH DISABILITIES.....	64

SHORT COMMUNICATIONS

S.A. Igumnov, P.S. Lapanau	
THE MENTAL HEALTH RESEARCH OF CHILDREN WHO WERE EXPOSED TO ANTENATAL RADIO-ECOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS OF THE CHERNOBYL DISASTER.....	70
V. Oslon, A. Shcherbakova	
POSSIBILITIES AND PROSPECTS OF IMPLEMENTATION A NEW STANDARD OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF A SPECIALIST IN REHABILITATION IN THE SOCIAL SPHERE...	75
O. I. Shmyreva	
STRUCTURAL EMOTIONS IN ADOLESCENT AGE.....	80
S.P. Yelshansky, A.F. Anufriev, Z.F. Kamaletdinova, O.E. Saparin, D.V. Semyonov	
POSITIVE PERSONAL QUALITIES OF STUDENTS OF HUMANITARIAN PROFILE OF DIFFERENT FORMS AND COURSES OF STUDY.....	84
A.Y. Aleksandrov, Z.A. Aleksandrova, T.V. Talanova	
ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS REVISITING THE EDUCATIONAL PROCESS IN RUSSIAN SCHOOLS AND UNIVERSITIES.....	88

SPECIAL TOPIC

EXPERIMENTAL PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOLS

V.V. Zaretskiy	
STRUCTURING ADDITIONAL PROFESSIONAL PROGRAM ON THE PREVENTION OF ADDICTIVE BEHAVIOR AMONG MINORS AND PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE IN THE CONTEXT OF THE REQUIREMENTS OF THE GEF.....	93
S.M. Shakhova	
THE SYNTHETIC CANNABINOIDS («SPICE») – DRUG OF CHOICE FOR YOUNG GENERATION	100
S. Igumnov, V. Ablova, A. Kozyreva, M. Zherdeva, P. Lapanau, A. Lobacheva, S. Shakhova	
PSYCHOSOCIAL FEATURES OF TEENAGERS WITH ADDICTION TO SYNTHETIC CANNABINOIDS.....	107

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATERIALS

A.V. Goryunova	
DIAGNOSTICS FEATURES OF THE CHILDREN WITH AUTISM IN THE EARLY CHILDHOOD (LECTION, PART 2).....	113
L.V. Mardakhayev	
ADAPTATION AND DYSADAPTATION OF THE PERSON: SOCIAL AND PEDAGOGICAL ASPECT (LECTION).....	122
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS	132

Н.М. Иовчук, А.А. Северный

**ОДАРЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ.**

ЧАСТЬ III. ОДАРЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА

**ФГБНУ Научный центр психического здоровья, ГБОУ Московский
городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. В продолжение исследования динамики одаренности у детей и подростков с психическими нарушениями проанализированы истории развития 11 лиц мужского пола с синдромом Аспергера, с раннего возраста проявлявшие высокие способности в различных сферах. Относительно благоприятной можно признать социальную и профессиональную адаптации только у 5 из них. В процессе жизни они остаются глубоко интровертированными, ригидными, формальными, чужаковатыми и эмоционально дефицитными, но сохраняют творческие способности и высокую активность. Причинами трудностей реализации одаренности у детей с синдромом Аспергера являются неадекватное медико-психологическое сопровождение.

Ключевые слова: детская одаренность, синдром Аспергера, социальная адаптация.

Продолжая анализ динамики одаренности при психических нарушениях, начавшихся в детском возрасте (4-5), невозможно не упомянуть еще одно психическое расстройство, которое по своей сути не является психической болезнью, а представляет собой особую патологию характера – это аутизм Аспергера.

В работах детских психиатров больше всего внимания уделяется аутизму Каннера [1, 3, 6-7], т. е. тяжелым формам раннего детского аутизма (РДА) с грубым нарушением или задержкой развития дисгармоничного или олигофреноподобного типа. При этом почти не встречается исследований более мягкой формы РДА – синдрома Аспергера. Впрочем, и L. Kanner [9, 10], и H. Asperger [8] описывали весьма похожие клинические состояния, но сейчас считается общепринятым относить к синдрому Каннера более тяжелые, а к синдрому Аспергера более мягкие формы аутизма. Аутизм Аспергера принято идентифицировать с шизоидной психопатией (или «расстройством личности», по МКБ-10). Если аутизм Каннера следует дифференцировать с тяжелыми (прогредиентными) формами ранней детской шизофрении, то проявления аутизма Аспергера во многом клинически сходны с постпроцессуальным дефектом при мягких (малопрогрессирующих) формах рано начавшейся шизофрении.

Прежде чем приступить к анализу фактического материала, важно уточнить сущность понятия «аутизм» как одной из форм личностной патологии. С нашей точки зрения, аутизм не имеет прямого отношения к функции общения, а характеризует особый склад личности, основной характеристикой которого является интроверсия, т. е. преобладание внутреннего мира, фиксации на внутренних переживаниях, внутренних ценностей над внешними, погруженность в свой внутренний мир в ущерб отражению явлений окружающей жизни. Именно об этом в свое время писал, как бы предвидя возможные искажения в понимании понятия аутизма,

его автор Е. Bleuler: «В довольно большой части аутизм покрывается понятием Юнга «интроверсия»; это понятие обозначает обращение внутрь либидо, которое в нормальных случаях должно искать объекты в реальном мире» [2]. Такого рода личностная структура предполагает, естественно, и ограничение, вплоть до полного избегания, общения с окружающими, но последнее свойство не является абсолютно обязательным для аутиста, более того, он может быть внешне даже излишне контактным без учета ситуации и тематики общения («аутизм наизнанку», «регрессивная синтонность»).

Под нашим наблюдением в течение длительного времени – от 4 до 18 лет – находилось 21 лицо мужского пола с синдромом Аспергера. К настоящему времени пациенты достигли 12-32-летнего возраста. Все они с детства наблюдались амбулаторно, но некоторые пережили единственное кратковременное стационарирование в санаторное подростковое отделение психиатрической больницы по достижении 16–17-летнего возраста с целью подтверждения диагноза для военно-медицинской комиссии.

Необходимо отметить, что говорить в данном случае о «психопатии» как об устойчивой патологической личностной структуре по отношению к детям неправомерно, поскольку формирование личности, и в том числе патологической личности, является многолетним процессом со своей эволютивной этапностью, обусловленной условиями развития. С другой стороны, уже в раннем детстве у детей с синдромом Аспергера отмечаются признаки, позволяющие судить о предрасположенности к формированию патологической личностной структуры, основными особенностями которой являются аутизм и особенности эмоционального реагирования.

Ядерным расстройством во всех случаях является глубокая интровертированность с нарушением контактов, необычным, оригинальным восприятием окружающего мира, эмоциональной холодностью или сочетанием эмоциональной притупленности с обостренной чувствительностью (психестетической пропорцией типа «дерева-стекла»), формальностью, ригидностью, неадекватным и часто нелепым поведением. Такие дети крайне эгоцентричны и ведут себя в соответствии со своими интересами, не обращая внимания на потребности и мнение окружающих и принятые нормы поведения. Таким образом, особенности характера детей с аутизмом Аспергера во многом похожи на личностные особенности больных, перенесших шизофренический приступ. Между тем эти особенности не являются результатом болезни, а представляют собой врожденные свойства.

Эти дети уже на первом году жизни обращают на себя внимание слабостью проявления эмоций, отсутствием реакции на дискомфорт, потребности в общении. Они могут часами находиться в одиночестве, не требуя внимания, поражая окружающих своим «спокойствием». В то же время отрицательные реакции могут надолго закрепляться, образуя устойчивые страхи, например, страх перед мытьем, новыми лицами или одним из близких родственников, страх перед кормлением, страх летающих насекомых (мух, жуков, бабочек), пылесоса, кофемолки, сигнализации, дрели, даже дверного звонка, определенной музыки, телевизионной рекламы, фотовспышки,

Развитие этих детей асинхронично и диссоциативно: порой они начинают раньше ходить, чем ползать, и говорить раньше, чем ходить, нередко ползают только назад; будучи вялыми и пассивными в кровати, встав на ноги, становятся неудержимо подвижными; их речь может сочетать элементы лепета с достаточно богатым словарным запасом, порой надолго сохраняется непонятная окружающим

«птичья речь» из беспорядочно перемешанных слогов и т. п. Они либо одинаково равнодушно контактируют с любым из близких, не выделяя мать, либо чрезмерно привязываются лишь к одному из родителей, проявляя негативизм вплоть до отвержения к другому, сторонятся сверстников, предпочитают неигровые предметы, подолгу однообразно манипулируя с ними, либо с раннего возраста выделяют и на многие годы сохраняют одни и те же игрушки, отвергая новые. В общении с близкими они либо пассивно принимают ласку, либо активно избегают ее, не дают себя гладить, напрягаются и выворачиваются, когда их берут на руки, обнимают, целуют. У большинства детей отмечаются неловкость, неуклюжесть, они часто падают, ушибаются. Многие так и не могут овладеть роликами, коньками, не научатся кататься на велосипеде. С возрастом отчетливо выступает склонность к фантазированию, уходу в аутистический мир - вплоть до перевоплощения, легкость образования страхов с фантастической фабулой и нередко с контрастным влечением к объекту страха. Как правило, такие дети болезненно реагируют на отрыв от привычной семейной обстановки, особенно на помещение в детские учреждения, что проявляется регрессивной симптоматикой (чаще всего утратой навыков опрятности), различными депрессивно-невротическими расстройствами с нарушением физиологических функций, страхами, тиками, навязчивостями и т. п., упорным отказом от общения. Если такие реакции принимают затяжной характер, эти дети впервые попадают в поле зрения детских психиатров.

Не способные к завязыванию контактов со сверстниками, остро реагирующие на строгое обращение учителей, насмешки и агрессию одноклассников, дети еще больше замыкаются с началом школьного обучения. Они перестают отвечать на уроках, плохо воспринимают учебный материал, начинают бояться школы, активно отказываются от ее посещения, теряют интерес к учебе, возвращаясь к играм и занятиям более раннего возраста. Их депрессивно-невротические расстройства могут принимать форму неясных физических заболеваний с немотивированными подъемами температуры, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и т. п.

Более чем у половины наблюдавшихся нами детей с синдромом Аспергера (у 11 из 21) отмечалась одаренность в той или иной области, причем эти таланты проявлялись с раннего детства чаще всего на фоне опережающего речевого развития, хотя в нескольких случаях чистая фразовая речь возникала только к 3 годам без предварительного этапа интенсивного гуленья и формирования отдельных слов. Все эти дети обладали прекрасной, часто «зеркальной» памятью, они проявляли особые математические способности, ранний интерес в вопросам физики, химии, биологии или необычную легкость в усвоении иностранных языков. Многие дети уже к 2 годам, иногда еще не умея связно говорить, знали все буквы, цифры, а к 2,5-3 годам знали не только однозначные, но и двух- и трехзначные цифры, искали цифры в книжках, на объявлениях, афишах. Кубики с цифрами раскладывали в определенном порядке, непрерывно комментируя свои действия. Если поблизости не было предметов с цифрами, рисовали их на песке, на земле, складывали цифры из прутиков, камешков. Математически одаренные дети очень рано, к 4-5 годам, овладевали сложением, вычитанием, делением; к 5-7 годам почти полностью знали таблицу умножения. Свободно читать начинали нередко в 3-летнем возрасте. Почти у всех детей особый интерес вызывали схемы, планы, географические карты; они легко ориентировались в дорожных картах, советуя матери, как проще доехать на машине до определенного пункта назначения. Интерес вызывали также игральные карты, шахматы, домино. Еще в дошкольном возрасте могли обыгрывать взрослых в шахматы, преферанс, покер. При сверхценном

увлечении биологией в дошкольном возрасте знали названия всех динозавров, виды, места обитания, особенности поведения зверей, птиц, морских млекопитающих. Они мало интересовались мультфильмами, без удовольствия слушали сказки. Начав читать, предпочтение отдавали специальным тематическим журналам, энциклопедиям, просмотру предназначенных для взрослых научных телевизионных программ. Несколько детей, проявляя особенную способность к усвоению иностранных языков, к 7-8 годам могли объясниться на бытовом уровне не только по-английски, но и еще на одном-двух иностранных языках, что было неоднократно проверено за границей. У них отмечался также особый интерес к иностранным алфавитам, легко запоминались и писались буквы арабского, грузинского, греческого алфавитов и даже китайские иероглифы. Обладая почти фотографической памятью, дети запоминали не только стихи, но и большие отрывки из книг и фильмов, помнили число, день недели, год какого-нибудь малозначимого события.

Со слов Н. Asperger [8], «возникает впечатление, что в качестве компенсации они наделены гипертрофированными способностями, как бы в противовес их значительным дефектам». Н. Asperger считал, что «в подавляющем большинстве случаев они достигают довольно многого в профессиональном отношении, следствием чего является и хорошая социальная адаптация, часто они занимают высокие посты, часто добиваются выдающихся успехов...».

К сожалению, согласно нашим наблюдениям, дети с аутизмом Аспергера на пути своего взросления встречают огромные трудности адаптации, что более всего связано с неприятием такого ребенка обществом и разногласиями в определении коррекционной работы разными специалистами. Такие дети часто не умеют играть, не слышат замечаний, не выполняют требований воспитателя, не хотят соблюдать принятый в дошкольном или школьном учреждении режим. Они уходят с занятий в детском саду (им не интересно), не хотят ходить строем, братья за руки. Они кажутся невоспитанными из-за того, что не чувствуют дистанции, говорят взрослым все, что думают.

Их реакции часто непредсказуемы и нелепы, а высказывания, необычайно меткие и по-взрослому сформулированные, воспринимаются как оскорбления. Они часто говорят высокопарно, употребляя недетские, книжные выражения. Могут высказаться бестактно, не чувствуя собеседника, или задать неподходящий ситуации вопрос. Нередко обижают окружающих своими комментариями: «От тебя плохо пахнет», «Ты старая, некрасивая», «Почему у тебя нет зуба?», «У тебя некрасивая кофта» и т. п. В результате сверстники дразнят, обижают, бьют такого ребенка, а в лучшем случае активно игнорируют. Он слишком отличается от других детей – непосредственных, активных, милых, покладистых, активных, увлеченных игрой и общением, озорных, эмоциональных, веселых. Он - другой, ни на кого не похожий, странный, чудной, не понятный и всем мешающий, а главное, не вызывающий чувств со стороны посторонних взрослых. Рано или поздно его стараются вывести из детского сада, и он воспитывается дома, совсем лишенный контакта со сверстниками, или воспитывается в коррекционном детском саду, что с учетом высоких способностей ребенка является неадекватным.

Несмотря на высокие познавательные способности, дети с синдромом Аспергера далеко не всегда отлично учатся в школе. Для них скучны повседневные уроки, рутинные задания, они уже к 1 классу много знают и умеют, и выписывание палочек и крючочков их утомляет и раздражает. На уроках они выглядят отрешенными, не слушают объяснений педагога, пребывая в своих фантазиях. Их интересы не понятны другим детям; чудачества и оригинальность поведения стано-

вятся поводом для насмешек и серьезных конфликтов. Школьные педагоги не всегда «разгадывают» уникальность способностей ребенка, а нередко даже направляют его на консультацию к дефектологу с подозрением на умственную отсталость. Странности поведения, неприветливость, бестактность такого ребенка держат педагогов в постоянном напряжении, и при любом подходящем поводе (наконец, подрался, защищая свою честь, нахамил директору, обвинил учителя в некомпетентности и т. п.) его выдворяют из школы.

В семье одаренность ребенка, как правило, является предметом гордости и надежды, но именно стремление во что бы то ни стало уберечь этот дар зачастую приводит к уродливым способам воспитания и трудно разрешимым конфликтам. Родители, не довольные системой обучения, по рекомендациям психологов или педагогов переводят ребенка из школы в школу – из лицея в обычную школу, из обычной школы в частную, потом – в другую частную, в школу надомного обучения, на экстернат и т. д. Между тем для ребенка с аутистическими особенностями показан неизменный детский коллектив на протяжении длительного времени. В некоторых случаях при понимании родителями особенностей своего ребенка и благодаря воспитательным усилиям и терпимости родителей и педагогов дети постепенно адаптируются к школьному обучению, но в ряде случаев эта адаптация может требовать специальных медико-педагогических мероприятий.

К пубертатному возрасту ребенок начинает осознавать себя «инаким», чужаком, «лишним»; теряется уверенность в будущем; многогранный, яркий окружающий мир кажется ему тусклым или пугающим. В подростковом возрасте у таких детей нередко начинаются затяжные депрессивные состояния с вялостью, снижением активности, страхом перед будущим, полной утратой мотивации – очень опасные в плане суицидального поведения либо дистимические фазы с раздражительностью, гневливостью, ауто- и гетероагрессией. Как правило, в подростковом возрасте дети впервые оказываются на приеме у психиатра, и тогда становятся очевидными все ошибки, сделанные специалистами и родителями на протяжении жизни ребенка.

Оценивая социальную адаптацию наблюдаемых нами одаренных с синдромом Аспергера, можно обрисовать следующую картину: самый старший после перевода из школы в школу, учебы в МГУ, отчисления, восстановления работает в течение многих лет в одной и той же лаборатории, имеет научные публикации, защитил кандидатскую диссертацию, одинок; двое молодых людей успешно учатся на разных факультетах МГУ, занимаются научной работой; двое учатся в других вузах Москвы; один мальчик закончил частную школу со всеми пятерками, но отказался от золотой медали, сомневается, что будет поступать в институт; два мальчика отлично учатся в 7-8 классах частных школ; трое учеников обычных школ или гимназий успевают на «4» и «3», получая отличные оценки только по предмету своего увлечения (математике, физике, биологии). Таким образом, относительно благоприятной можно признать социальную и профессиональную адаптации только у 5 лиц с синдромом Аспергера. И все же даже в этих благополучных случаях не обнаруживается ожидаемого профессионального успеха с учетом уникальных способностей ребенка, проявленных в раннем возрасте.

В процессе пребывания в детском дошкольном коллективе и в школе дети, несомненно, приобретают определенные коммуникативные навыки, осваивают элементарные правила поведения, но все равно остаются одиночками, глубоко погруженными в свой внутренний мир, ведут замкнутый и однообразный образ жизни, не могут или не хотят иметь друзей, учитывая прошлый неудачный опыт общения с детьми и не доверяя им. По мере взросления они также, как и раньше, ин-

тровертированы, ригидны, формальны, чудаковаты и эмоционально дефицитарны, но сохраняют при этом свои творческие способности и высокую активность, узко направленную на любимую деятельность.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Пациент X, 18 лет

Родился от беременности, протекавшей с легким токсикозом в первой половине. Роды срочные, без осложнений. Родился с весом 3600, ростом 53 см. На первом году жизни был спокойным, мало плакал днем, но плохо спал ночью, кричал, не спал в своей кроватке, так что матери приходилось класть его в свою постель. Стал спать на отдельном диване только в возрасте 5 лет. На грудном вскармливании находился до 2-летнего возраста. Раннее развитие: сидит с 8 мес., ходит с 1 года 2 мес., первые слова появились в 9 мес., а фразовая речь - в 1 год. В младенческом возрасте выглядел очень серьезным, почти не смеялся, редко улыбался.

Был чрезмерно привязан к матери, часто садился к ней на руки, прижимался, обнимал. Когда мать уходила, не плакал, но был молчалив и печален. Посторонних не боялся, но был к ним равнодушен, на вопросы отвечал скуп, старался не смотреть в глаза. В то же время был чрезвычайно болтлив, но только с матерью и избранными взрослыми. Общества отца избегал, порой не отвечал на его вопросы. На площадке наблюдал за игрой детей, но к ним не подходил. Из игрушек предпочитал машинки и различные конструкторы, радовался новым игрушкам, но быстро их откладывал. Часто использовал неигровые предметы, которые раскладывал цепочкой. Большой интерес проявлял к книжкам, рассматривал в отсутствие взрослых. К 2 годам знал уже все буквы и цифры. Самостоятельно научился читать в 2 года 10 мес., с 3-летнего возраста читал «запойно»: все подряд – сказки, стихи, журналы, газеты, хотя предпочитал энциклопедии и научно-популярные журналы. После 3 лет стал интересоваться схемами, планами, географическими картами. Редко и без интереса смотрел мультфильмы, но с интересом – научно-популярные программы для взрослых. Обладал почти фотографической памятью, запоминал не только стихи, но и большие отрывки из сказок и мультфильмов, помнил число, день недели, год какого-нибудь малозначимого события. Рассказывая о чем-то, употреблял несвойственные возрасту выражения, сложные обороты речи, технические термины.

С раннего возраста (до 9-10 лет) боялся громких механических звуков, зеркала, крика детей, некоторых насекомых, остерегался, обходил стороной и никогда не пытался гладить собак и кошек. До 10 лет не удерживался ни на одном детском спектакле, в цирке, в кино – зажимал уши руками, ныл, просил уйти. Постепенно эти страхи ослабли, а потом и совсем исчезли.

Был неловким, часто падал и ушибался. Не смог овладеть роликами, коньками, так и не научился кататься на велосипеде. Был очень осторожен, боялся детских горок, не хотел кататься на санках. Отказывался от любых спортивных занятий. Обращала на себя внимание странность походки: слишком прямая спина, наклон головы вперед, постоянно двигаются плечи, нет содружественных движений в конечностях.

Ласков был только к маме. От отца и других родственников не принимал никакой ласки, не терпел объятий, поцелуев, отстранялся с выражением недовольства на лице. Детский сад посещал с 3,5 лет, но нерегулярно из-за частых простудных заболеваний. Не плакал, расставаясь с матерью, но в течение всего дня оставался грустным, мало говорил, не подходил к детям, сидел в сторонке. Занимался кубиками, ЛЕГО или складывал пазлы. На занятиях откровенно скучал,

часто уходил со словами «скучно», «неинтересно». Отказывался от музыкальных занятий, сидел в группе, зажав уши ладошками. Не умел рисовать, лепить, вырезать и отказывался от этих занятий. Не знал, как зовут детей и воспитательниц, никого из них не выделял. Иногда надолго застывал, устремив взгляд в одну точку, в это время не всегда отвечал на зов. Рассказывал (только матери), что в это время придумывает продолжение сериала с участием персонажей компьютерных игр.

Был утрированно вежлив и дома, и в детском саду, и в гостях, благодарил, всегда просил разрешения что-то сделать, даже если разрешения не требовалось. В то же время при конфликтной ситуации громко орал, становился грубым, стремился оттолкнуть, ударить, ущипнуть обидчика (и ребенка, и взрослого). Когда мальчику было 7 лет, родился его брат. К его появлению в доме остался равнодушен, не подходил к кроватке, не пытался поиграть, раздражался от плача, зажимал уши. Когда брат начал ходить и стал мешать мальчику заниматься своими делами, часто его отталкивал, мог и ударить.

В школу начал ходить с 7 лет. В 1 классе часто пытался уйти с урока со словами «скучно» или залезть под парту, или надолго застыть, не отвечая на вопросы, или дурачиться и бегать во время урока по классу. Со второго класса стал более дисциплинированным, но все равно грубил учителям и детям, нередко дрался из-за невинного замечания, кричал, срывал уроки. Учился только на «отлично», был лучшим учеником в классе. В 5 классе был переведен в гимназический класс, где его стали дразнить. Каждый день плакал в школе, обещал покончить с собой. Целый месяц провел дома, отказываясь возвращаться в школу. Был переведен в обычную школу среди учебного года. Старался привлечь к себе внимание клоунадой, дурашливостью, проявлял агрессию к детям и взрослым. Совсем прекратил делать уроки, приносил из школы пустые тетради. По настоянию администрации в 6 классе был переведен в третью, частную, школу. Снова стал заниматься, успевал только на «5», подружился с некоторыми детьми, победил на всех Олимпиадах. Стал веселым, охотно отправлялся в школу, но тут одна девочка обвинила его в том, что он поранил ей палец ножом. Во время разбирательства его поведения громко кричал, плакал, бил себя кулаками по голове.

В это время впервые оказался на приеме психиатра (13 лет, 6 класс).

Статус: очень высокий, худой, странная, манерная походка, отдельные стереотипные движения в кистях рук, однообразные взмахи руками. Невыразительная мимика. Монотонный голос со своеобразными, вычурными интонациями, множество сложных, высокопарных оборотов. На вопрос отвечает монологом, но после длительной паузы. Настроение снижено – «из школы выгнали, скучно дома». По-прежнему фантазирует: придумывает новые компьютерные игры, киносериалы. Учиться всегда легко, но скучно. С раннего детства боится темноты, остаться одному, зеркала (вдруг там появится что-то необычное, страшное, или он увидит свое измененное лицо). Понимает, что не умеет общаться с людьми «без помощи рук». Это его огорчает, но ему не нужны друзья. Просит помочь ему: исправить настроение, справиться со страхами и научиться общаться.

В течение одного года принимал рisperолепт до 1,5 мг в сутки и азафен до 50 мг в сутки. Был переведен в четвертую по счету школу – частную, с индивидуальным подходом. Состояние значительно улучшилось. Стал веселее, активнее, исчезли прежние страхи. Занимался очень мало, но по всем предметам получал одни «5». Поскольку мальчик отлично учился, ему было разрешено свободное посещение класса – приходил в школу 2-3 раза в неделю. Подружился с одним одно-

классником (больным малопрогредиентной шизофренией), с которым было много общих интересов, в основном касающихся компьютера и литературы. После того как его друг поступил в колледж, скучал, активно переписывался с ним и иногда встречался, хотя теплых чувств не проявлял. К другим одноклассникам был равнодушен, не всех даже знал по имени.

Сейчас заканчивает 11 класс. Несмотря на уговоры родителей и педагогов отказался от получения золотой медали. После нескольких лет отсутствия появился на приеме психиатра с жалобами на снижение настроение с апатией, вялостью, отсутствием желаний и удовольствия от любой деятельности. Не хочет поступать в институт. Больше всего его пугают скопления людей, сверстников, необходимость с ними общаться. Боится также, что снова станет скучно из-за необходимости изучать совсем ненужные дополнительные дисциплины. Кроме того, не выбрал для себя профессии, поскольку по всем дисциплинам у него ровная отличная успеваемость, «и это скучно». Хочет работать, но где и кем, еще не придумал. После 3-недельного лечения золофтом (50 мг) и rispолептом (2 мг в сутки) состояние несколько улучшилось. Все-таки готов поступать в институт (поближе к дому), вероятно, на какой-нибудь факультет, связанный с компьютерными технологиями. Понял, что всякая работа, не которую он может рассчитывать, будет неинтересна и утомительна. Очень хочется уйти из семьи, жить одному, пускай даже в общежитии, поскольку не терпит отца и его «навязывания дружбы».

Заключение. Причинами трудностей реализации одаренности у детей с синдромом Аспергера являются, среди прочего, ошибки специалистов, так или иначе сопровождающих детей на протяжении их взросления.

Во-первых, все усилия, особенно в первые годы жизни «особого» ребенка, направлены на развитие его уникальных способностей, в то время как главная задача должна состоять в том, чтобы сделать его «похожим» на других детей, приемлемым для детского коллектива, учить играть и показывать многогранность мира, несмотря на незаинтересованность или даже явное противодействие ребенка, искать зону возможного увлечения, поощрять и помогать в возникновении любых позитивных контактов.

Во-вторых, рекомендации домашнего воспитания и образования не могут быть адекватными, поскольку ребенок в изоляции не только не приобретает элементарных социальных и коммуникативных навыков, но все больше и больше погружается в свой собственный внутренний мир, социально инвалидируясь.

В-третьих, зачастую психологи советуют для таких детей раннее начало обучения (с 5-6-летнего возраста), имея в виду сверххранное интеллектуальное развитие ребенка, но совсем не учитывая того, что в эмоциональном, социальном, а иногда и физическом развитии ребенок значительно отстает от сверстников. Не менее опасным, с нашей точки зрения, является и длительное домашнее обучение с поздним началом классно-урочного обучения, например, начиная сразу с 4-5-го класса.

Наконец, до сих пор многие психологи и педагоги настраивают родителей против обращения к психиатру. Действительно, лечить медикаментами характер не имеет смысла, но только врач может дифференцировать расстройство личности от процессуального заболевания, озвучить прогноз, дать рекомендации по медикаментозной помощи (например, индивидуальной, групповой, семейной психотерапии, игротерапии и т. п.). Во многих случаях необходима и временная медикаментозная терапия - при личностных декомпенсациях, обусловленных стрессовыми ситуациями или соматическими заболеваниями.

Противоречивость рекомендаций и действий специалистов в коррекционной помощи ребенку с аутистическими особенностями определенно вредит реализации способностей ребенка в будущем. Вероятно, проблемы адаптации с выбором возраста, места, формы обучения, необходимости медицинской, психологической и психотерапевтической помощи должны решаться только междисциплинарно, при взаимодействии специалистов различного профиля, хотя до сих пор механизмов такой коллегиальности не выработано.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. «О синдроме раннего детского аутизма Каннера». – Ж. невропатол. и психиат. - 1974, вып. 10. - С. 1538-1542.

2. Блейлер Э. Аутистическое мышление / Пер. с нем. и предисловие д-ра Я.М.Когана. - Одесса: Полиграф, 1927. – 81 с.

3. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). — М.: Медицина, 1971. — 128 с.

4. Иовчук Н.М. Одаренность детей подростков с психическими нарушениями: динамика и прогноз. Часть I. Особенности динамики одаренности у детей с малопрогредиентной шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2015 (15), № 3-4. - С. 8-16.

5. Иовчук Н.М. Одаренность у детей и подростков с психическими нарушениями: динамика и прогноз. Часть II. Одаренность больных циркулярной шизофренией с манифестацией в детско-подростковом возрасте // «Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2016 (16), № 1. - С 4-11.

6. Каган В.Е. Аутизм у детей – Л.: Медицина, 1981. – 190 с.

7. Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А. и др. Актуальные проблемы психического здоровья детей раннего возраста // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Москва 24-27 сентября 2013 г. – М.: ООО ONEBOOK.RU. 2013. – С. 3-4.

1. Bashina V.M. «O sindrome rannego detskogo autizma Kanner». – Zh. nevropatol. i psihat. - 1974, vyp. 10. - S. 1538-1542.

2. Blejler Je. Autisticheskoe myshlenie / Per. s nem. i predislovie d-ra Ja.M.Kogana. - Odessa: Poligraf, 1927. – 81 s.

3. Vrono M.Sh. Shizofrenija u detej i podrostkov (osobennosti kliniki i techenija). — M.: Medicina, 1971. — 128 s.

4. Iovchuk N.M. Odarennost' detej podrostkov s psihicheskimi narushenijami: dinamika i prognoz. Chast' I. Osobennosti dinamiki odarennosti u detej s maloprogridentnoj shizofreniej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2015 (15), № 3-4. - S. 8-16.

5. Iovchuk N.M. Odarennost' u detej i podrostkov s psihicheskimi narushenijami: dinamika i prognoz. Chast' II. Odarennost' bol'nyh cirkul'arnoj shizofreniej s manifestaciej v detsko-podrostkovom vozraste // «Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2016 (16), № 1. - S 4-11.

6. Kagan V.E. Autizm u detej – L.: Medicina, 1981. – 190 s.

7. Kozlovskaja G.V., Ivanov M.V., Kalinina M.A. i dr. Aktual'nye problemy psihicheskogo zdorov'ja detej rannego vozrasta // Materialy V Mezhdunarodnogo kongressa «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ja» / Pod red. A.A. Severnogo, Ju.S. Shevchenko. Moskva 24-27 sentjabrja 2013 g. – M.: ООО ONEBOOK.RU. 2013. – S. 3-4.

8. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv für Psy-

chiatric und Nerven Krankheiten. - 1944, 117. – pp. 76-136.

9. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // Nerv. Child, 1943, № 2-3. – pp. 217-250.

10. Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism // Am J Orthopsychiatry, 1949. 19 (3). – pp. 416–426.

N.M. Iovchuk, A.A. Severnyy

**A GIFTEDNESS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM
MENTAL DISORDERS: DYNAMICS AND PROGNOSIS.**

PART 3. A GIFTEDNESS IN CHILDREN WITH ASPERGER'S SYNDROME

Mental Health Research Center, Moscow City Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary. In continuation of the study of the dynamics of giftedness in children and adolescents with mental disorders analyzed the history of the 11 males with Asperger's syndrome who at an early age show high ability in various fields. Relatively favorable possible to recognize the social and professional adaptation of only 5 of them. In the process of life, they remain deeply introverted, rigid, formal, eccentric and emotionally the deficit, but retain the creativity and high activity. The reasons for the difficulties of realization of giftedness in children with Asperger's syndrome are inadequate medical and psychological support.

Keywords: children's giftedness, Asperger's syndrome, social adaptation.

Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев, А.В. Куликов
СТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ:
ДИНАМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЯ И БОЛЕЗНИ
(КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЯ)
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В статье анализируется случай длительного клинико-психологического наблюдения за формированием психического дефекта у больного с ранним началом заболевания шизофренией. Представлены подробный анамнез и материалы катамнеза, данные психологической диагностики развития на протяжении более 8 лет. Показаны специфика формирования психического дефекта, особенности развития высших психических функций (формирование когнитивного дефекта) на разных возрастных этапах, дефицитарность личности, особенности социализации и дизадаптации, нарастающей с течением болезни.

Ключевые слова: дизонтогенез, катамнез, детская шизофрения, дефект, индивидуальная динамика развития.

Детский психоз, атипичный детский психоз, ранний детский аутизм, детская шизофрения, шизофрения с началом в детском возрасте – эти диагнозы используются психиатрами для квалификации состояния пациентов со сложной картиной сочетания психопатологической симптоматики и специфического нарушения развития, наблюдающихся с раннего возраста. Обобщение представлений специалистов о своеобразии психической патологии и ее проявлений в детском возрасте, условий и характера формирования дефекта с неизменностью приводят к необходимости анализа нарушений развития в динамике, в лонгитюдном наблюдении, т. е. с опорой на концепцию психического дизонтогенеза [1, 3, 9, 10, 21, 22]. В зарубежной литературе анализируются материалы так называемых безвыборочных когортных исследований (например, когорты детей 1966 года рождения в г. Oulu в Финляндии) в контексте психопатологии развития, что позволяет оценить частоту встречаемости и специфику формирования психических заболеваний, а также особенности их динамики с течением времени. Анализ динамики развития психики представителей когорты, заболевших впоследствии шизофренией, показал, что для становления дефекта при шизофрении имеют значение как фактор развития, так и фактор дегенерации, связанный с болезнью [26]. Британские исследования когорт в возрасте 8, 11 и 15 лет показали, что среди заболевших позднее шизофренией лиц показатели интеллекта и успехи в школе отмечались как более низкие, обнаружены различия по вербальному и невербальному интеллекту, выявлены низкие результаты по параметрам внимания, долговременной вербальной памяти, разных видов рабочей памяти и уровня исполнительных функций [17, 25]. В отечественной практике метод когорт используется, однако эти исследования требуют существенных временных и материальных затрат, и в последнее время подобные исследования встречаются нечасто [2, 24]. Еще более редким представляется анализ случаев длительного динамического изучения отдельного больного со временем наблюдения за пациентом свыше 5 лет. Междисциплинарный, комплексный подход к сходным случаям описан в работах, посвященных взрослым больным [5, 14]. В детской психиатрической клинике невозможно обойтись без динамического наблюдения, однако чаще отмечается относительно кратковременный период катамнестического наблюдения [8, 19]. Одной из причин этого является переход наблюдения и курирования пациентов из детских в соответствующие взрослые лечебные учреждения.

Длительное наблюдение за аномальным психическим и социальным развитием пациента (с детства до юности и далее) может помочь в вопросах уточнения дифференциальной диагностики и определения параметров динамики психической патологии, в том числе возможных изменений диагноза. Очевидно, что время является «одним из лучших диагностов», однако в реальности возможность длительного динамического наблюдения за развитием отдельного субъекта представляется не всегда. Такие случаи полезно анализировать и рассматривать в контексте динамики становления дефекта, улучшения/ухудшения социальной адаптации и др. Также подобные случаи выступают в качестве доказательства имеющихся теоретических взглядов на динамику детского развития в рамках концепции психического и когнитивного дизонтогенеза или в представлениях психопатологии развития. Не менее важной является возможность оценки взаимовлияния болезни и нарушенного, но продолжающегося психического развития, как это происходит практически всегда при наличии психической патологии у ребенка на протяжении длительного времени.

В клинико-психопатологических и психологических исследованиях можно выделить целый пласт работ, в которых целевым ракурсом внимания является анализ раннего психомоторного развития, гармоничность онтогенеза. Фактически эти работы опираются на концепцию дизонтогенетического подхода к психическому развитию и его нарушениям [1, 3, 6, 11, 12, 15, 16, 18]. С клинико-психопатологических позиций значение имеют такие факторы, как возраст начала заболевания (раннее начало отмечается как неблагоприятное в большинстве случаев), условия и особенности формирования олигофреноподобного дефекта, смена ведущих синдромов в картине заболевания. В работах зарубежных авторов встречается указание на клиническую неоднородность подросткового контингента больных шизофренией: вопросы правильности постановки диагноза, проблемы, связанные с его динамикой (в том числе и произвольностью постановки диагноза, отражением социальных сдвигов в обществе и т. п.) [19, 27].

В данной статье мы рассматриваем течение рано начавшегося психического заболевания и динамику психического развития больного в течение 8 лет наблюдения. Ниже приведены материалы выписок из историй болезни с описанием анамнеза, катамнезов и клинических данных по госпитализациям в ФГБНУ НЦПЗ.

Случай С., 1996 г.р.

В НЦПЗ больной С. наблюдался с 2005 по 2015 гг., был госпитализирован в 7-е детское отделение 7 раз, неоднократно обследован психологами отделения и отдела медицинской психологии НЦПЗ.

Материалы истории болезни.

Наследственность манифестными психозами неотягощена.

Больной от 1-й беременности, протекавшей с угрозой отслоения плаценты в 1-м триместре, нефропатией в 3-м триместре. Роды срочные, масса 3400 г, длина 52 см, Апгар 4/5 баллов. Выписан из роддома на 8-е сутки с диагнозом «Гипоксия плода, кефалогематома, желтуха новорожденных (резус-конфликт?)» под наблюдением невролога по месту жительства. До 1 мес. отмечалась инверсия сна. На 1-м году был контактным, мать узнавал, улыбался, смотрел в глаза, спал и ел достаточно. Пошел в 9 мес. на полную стопу, месяцев с 10 стал привставать на «цыпочки». До 3 лет было несколько простых слов, с 3 лет говорил простыми фразами.

С 2,6 лет стал негативным, избегал тактильного контакта, устраивал «истерички», проявлял ауто- и гетероагрессию: бился головой о стену, кусал мать. В 4 года дважды в связи с задержкой речевого развития госпитализировался в ДГПБ № 6 г. Москвы, диагноз: «Другие общие расстройства развития, с аутистическими про-

явлениями. F84.8». На фоне приема терапии (тиоридазин, нейротрофные средства) стал спокойнее, однако перестал интересоваться окружающим, утратил визуальный контакт, стал апатичным.

Посещал логопедический детский сад с 4-х лет, был малообщителен, предпочитая девочек, не понимал ролевых игр, предпочитал мяч, велосипед, но в основном неигровые предметы. Многократно смотрел мультфильмы, стереотипно повторяя фразы из них (на русском и английском языках), успешно овладел принципами работы на компьютере, любил разгадывать детские сканворды. Был избирателен в пище. В 7 лет пошел в коррекционную школу.

В 2005 г. (8 лет) с матерью впервые госпитализирован в детское отделение НЦПЗ (всего было 7 госпитализаций с 2005 по 2013 гг., первые 2 госпитализации с матерью или бабушкой). В отделении: отмечались двигательные стереотипии, эхолалии, неусидчивость, настроение преобладало приподнятое, игнорировал просьбы и вопросы. На фоне лечения (трифлуоперазин, карбамазепин, тригексифенидил) стал вступать в общение с детьми, легко писал и считал, однако недостаточно развитым оставалось мышление, был отвлекаем, импульсивен. Выписан с диагнозом: «Шизофрения, детский тип, аффективно-кататонический синдром, олигофреноподобный дефект. F20.8043» с рекомендацией продолжения той же терапии.

С июля 2006 г. (9 лет) стала нарастать двигательная расторможенность, повторял одни и те же фразы из мультфильмов, участились перепады настроения, проявлял агрессию к взрослым, хуже усваивал школьную программу. Был госпитализирован в НЦПЗ повторно (**2-я госпитализация**). Выписан на терапии: трифлуоперазин, бипериден, левомепромазин, карбамазепин, хлорпротиксен. Диагноз тот же.

С октября 2007 г. (11 лет) стали нарастать агрессия к близким, «деспотизм», диктовал «свои условия». Возбуждение нарастало в ответ на запреты, мог ударить, обзывать. Был чрезмерно обидчив, назойлив в своих просьбах, плаксив. Продолжал обучение в школе, однако отказывался выполнять домашние задания. Отмечалась стереотипность в одежде, пище, маршрутах, интересах. Был госпитализирован в **НЦПЗ в 3-й раз**. Выписан на поддерживающей терапии: галоперидол, хлорпромазин, тригексифенидил, карбамазепин. Диагноз тот же.

С сентября 2008 г. (12 лет) стал двигательным возбужденным, многоречивым, повторял одни и те же фразы из мультфильмов, копировал движения героев. Проявлял агрессию к матери и бабушке, был негативен, протестен, настойчив, навязчив с требованиями, не терпел отказа, бранился, толкался, хватал бабушку за волосы, мог ударить мать. Не сразу и невпопад отвечал на вопросы, стал отвлекаемым, неусидчивым на занятиях, ухудшилось усвоение программы. Привставал на мыски во время ходьбы. **В 4-й раз** госпитализирован в НЦПЗ. Выписан с рекомендацией принимать: зуклопентиксол, левомепромазин, тригексифенидил.

С декабря 2009 года (13 лет) состояние снова ухудшилось: начал проявлять агрессию к бабушке, нарастали возбуждение, своевольность, нелепость в поведении. Был госпитализирован в **НЦПЗ в 5-й раз**. Выписан на поддерживающей терапии: зуклопентиксол, хлорпромазин, флувоксамин, тригексифенидил.

С весны 2011 г. (14 лет) стал утомляем, капризен, избегал учебы, практически ничем не интересовался, чаще начал говорить сам с собой, махать руками, проявлять агрессию к бабушке, нарушилось засыпание. **В 6-й раз поступил** на лечение в детское отделение НЦПЗ. Выписан с рекомендацией: зуклопентиксол, хлорпромазин, левомепромазин, кломипрамин, тригексифенидил.

В 15 лет посещал занятия в интернате, испытывал трудности с математикой, не проявлял интереса к детям, уединялся, на улицу один не выходил, только с

бабкой. Подолгу смотрел мультфильмы, раскрашивал, играл в игры на ПК, нарастали проявления агрессии к бабушке, матери. Во время 7-й госпитализации (2012-2013 гг.) больной отмечал, что неопределенное время слышит «мужской голос», в последнее время стал с голосом разговаривать. Выписан с диагнозом: «Шизофрения, детский тип, психопатоподобный синдром, олигофреноподобный дефект. F20.8143» на поддерживающей терапии: хлорпромазин, левомепромазин, окскарбазепин, перфеназин, тригексифенидил. С лета 2013 г. (16 лет) снизилось настроение, бывал плаксив, раздражителен, протестен, требователен к близким до агрессии. Неоднократно пытался душиť бабуку, бил кулаками, чаще говорил сам с собой, размахивал руками, отмечалась эхолалия. Иногда «застывал», переставал реагировать на обращенную речь. Появились страхи - шумов, животных, темноты, замкнутого пространства.

С декабря 2013 г. (17 лет) в коррекционной школе-интернате (пятидневка) учителя стали жаловаться, что проявляет агрессию к сверстникам, может душиť подушкой, ходить по ночам, включает свет ночью, проявляет сексуальный с элементами агрессии интерес к девочкам. На осмотре в амбулаторном отделе НЦПЗ в январе 2014 г. был двигательнó расторможен, беспричинно смеялся, на вопросы отвечал «мимо», отмечались эхолалии.

В декабре 2015 г. (19 лет) пациент в последний раз был осмотрен в амбулаторном отделе НЦПЗ. Со слов бабуки, у него регулярно имеют место вспышки злобы, агрессии в отношении родных. На приеме: продуктивному контакту не доступен, неадекватно отвечает на вопросы, бессмысленно повторяет собственные слова и фразы, высказывается невпопад. Был помещен в психоневрологический интернат.

В истории болезни имеются школьные характеристики из образовательного учреждения за несколько лет:

- ученик 4 класса: обучается в коррекционном классе, испытывает большие трудности в обучении, легко читает, считает (порядковый счет до 10000), с трудом совершает арифметические действия, плохо развито логическое мышление, трудности переключения с одного вида деятельности на другой, отстает по темпу работы от класса, быстро устает, отвлекается, есть трудности контактов и понимания других.

- в 6 классе: учебную программу усваивает не в полном объеме, снижена познавательная активность, низкий уровень самоконтроля, высокая отвлекаемость, нуждается в постоянном контроле и стимуляции деятельности, агрессивность в отношении сверстников как проявление коммуникативной активности, необходим подбор формы и стратегии обучения.

- в 7 классе: обучение индивидуальное по общеобразовательной программе, сохраняются трудности в обучении, но есть и положительные сдвиги в улучшении поведения, увеличении сроков направленного внимания, улучшение в эмоционально-волевой сфере, однако в целом усвоение учебного материала снижено, несмотря на хорошую механическую память, недоступен абстрактный материал.

Резюме по педагогическим характеристикам: хорошая механическая память, с увеличением возраста незначительное улучшение внимания и произвольной регуляции деятельности, выраженные проблемы с мышлением, трудности контактов, слабое, но все-таки развитие эмоционально-волевой сферы с выраженным отставанием от сверстников.

По данным психологического обследования (на основании 7 срезовых исследований в ходе 7 госпитализаций, пациенту от 8 до 16 лет) была получена динамика психического, прежде всего познавательного, когнитивного развития, а так-

же особенностей мотивационной и эмоционально-личностной сферы. Для патопсихологической диагностики использовался комплексный подход с применением методик, разработанных в отделе медицинской психологии (лаборатории патопсихологии) НЦПЗ, и классических методик отечественной патопсихологии. Для исследования когнитивной сферы применялись: заучивание 10 слов, парные ассоциации, пиктограмма (оценка памяти); идентификация формы, фигуры Липера (оценка зрительного восприятия); таблицы Шульте (оценка внимания); малая предметная классификация, конструирование объектов, сравнение понятий, пересечение классов, включение подкласса в класс (оценка мышления), тест Векслера (общая оценка интеллекта, только в 16 лет). Для анализа эмоционально-личностной сферы: распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов), проективный рисунок себя, материалы самоописания, данные наблюдения и беседы с больным [6, 7, 14].

Рассмотрим материалы психологических диагностических обследований.

По материалам всех 7 обследований в большинстве показателей уровня сформированности основных познавательных процессов, высших психических функций отмечается отставание от нормативно развивающихся сверстников, что дает основание предполагать когнитивный дизонтогенез дефицитарного типа (с преобладанием ретардации). Однако психическое, в том числе когнитивное развитие и при шизофрении может быть близким к условно поступательному. В нашем примере **когнитивное развитие** медленно шло по восходящей с колебаниями с 8 до 12 лет (в период между кризисом 7 лет и подростковым). Известно, что в этот период отмечаются наиболее выраженные различия познавательного развития детей и подростков при расстройствах шизофренического круга. При этом в случае детского типа шизофрении поступательное развитие познавательной сферы при прогрессивном заболевании – минимально [7, 23]. Именно такой вариант обнаруживается в нашем случае. Начиная с 13 лет в сочетании болезни и развития на первый план выступают последствия болезни в виде сформированного и нарастающего дефекта. Снижение уровня обобщения и всей психической деятельности относительно собственных достижений более раннего возраста начинают преобладать над позитивными параметрами развития, показатели мышления – во всех обследованиях с дефицитом и нозоспецифическими особенностями. Улучшение динамических показателей (памяти и внимания) отмечалось только до младшего подросткового возраста, при этом показатели всегда были ниже возрастной нормы, а по достижении пубертатного возраста – выраженное снижение, дефицитарность по сравнению с собственными показателями более младшего возраста. В 16 лет проведена оценка IQ - крайне низкие значения общего интеллектуального показателя - 9 баллов (сырые данные), что говорит о серьезном умственном дефекте на уровне **тотального когнитивного дефекта** [20]. Таким образом, к середине пубертатного периода можно говорить не только о **динамике когнитивного развития с резким замедлением** темпа и даже снижением относительно собственных достижений, но даже и о **трансформации вида когнитивного дизонтогенеза**: если в начале наблюдения, от кризиса 7 лет до подросткового констатировался дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза, то к подростково-юношескому возрасту уже следует говорить о регрессивно-дефектирующем виде когнитивного дизонтогенеза [6, 11].

Если в психопатологической симптоматике отмечались определенные стереотипные симптомы и увеличение с возрастом доли кататонических расстройств, то и при психологической диагностике наблюдалось нечто сходное. Наиболее иллюстративно это проявилось в выполнении методики «Рисунок себя». Имеющиеся

5 рисунков, выполненные в разном возрасте, имеют минимум отличий, сделаны словно «под копирку». Изменения касались появления в 12,5 лет устойчивого акцента на вторичных половых признаках, эта деталь и дальше неизменно сохранялась во всех рисунках. Тип изображения – схематичный, с нарушенными пропорциями, своеобразным изображением конечностей – руки-булавы, руки-метелки и т. п. Расположение на листе всегда тяготело к центральному, размер варьировал от небольшого (в 10 лет) и среднего (11-14 лет) до занимающего больше половины листа (в 16 лет), при этом структура рисунка, изобразительные особенности практически не менялись, отсутствовали выразительные детали, никогда не изображались шея, уши, брови, волосы; глаза в половине случаев – пустые, или просто точки. Подобные характеристики рисунков расценивались специалистами как патогномоничные для психической патологии эндогенного круга [2, 6, 11].

Интерес представляет анализ динамики *самооценки* через самоописания в 6 обследованиях. Неизменно присутствовали имя и фамилия, в 2-х случаях указание на класс обучения и возраст (4 и 5 класс), больше вариантов ответов на вопрос «Кто я?» не было актуализировано, иногда добавлял, что у него есть бабушка, мама, или что он – отличается от других больных в отделении, «Я – Никита, а он – Итлам». Среди ответов на вопрос «Какой я?» во всех обследованиях стереотипно сочетаются позитивные (одни и те же на протяжении 5 лет) характеристики (хороший, красивый и т. п.) с негативными (плохой, плохо себя веду), которые отражают возможные частотные оценки близкими, при этом положительные и отрицательные характеристики рядоположены, самооценка фактически не проработана, единственная динамика касается появления в позднем пубертате указаний на физические изменения – «я вырос, большой». Следует отметить, что количество ответов с возрастом практически не менялось, варьируя в пределах 3-5, причем с постоянной дополнительной стимуляцией со стороны психолога. Это указывает на инфантилизм и недостаточную социализацию, пониженную рефлекссию, стереотипность и снижение мотивации, снижение личностного развития.

Определенный интерес представляет динамика выполнения методики на распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов), выполнение которой позволяет судить как об *эмоциональном развитии субъекта*, так и о его *социализации*, проявлениях агрессии, гностических нарушениях и т. д. Здесь можно увидеть как положительные сдвиги в успешности выполнения этого задания, так и снижение уровня работы, но при этом на всех возрастных этапах – выраженное отставание от нормативно развивающихся сверстников. В 8 лет – только поэлементное называние фрагментов рисунка со стереотипным повторением: «руки, шейка, головка, ножка», изображение никогда не синтезировалось в целостный образ. В 11,5 лет наряду с более целостным описанием изображения мальчик давал определенные смысловые, физические и даже эмоциональные интерпретации, имелись указания на негативный полюс эмоций и даже элементы агрессии, при этом ни один из символических жестов не распознавался. Следует указать как на стереотипность, так и на вычурность формулировок в этом обследовании. В 14,5 лет – только короткие описания («голова», «это она руки складывает», «просто смотрит руки» и т. п.), практически исчезает эмоциональная оценка, упрощается высказывание, по-прежнему не распознаются символические жесты. Таким образом, в отношении эмоционально-коммуникативных возможностей Никиты мы видим как слабую позитивную динамику (от 8 к 11 годам, от младшего школьного возраста к препубертату), так и в дальнейшем – негативную (от 11 к 14 годам – на протяжении всего пубертатного периода), что также подтверждает не только формирование, но и нарастание дефекта в эмоционально-личностной сфере.

Резюмируя оценку динамики психического развития и динамики состояния, необходимо отметить несколько эпизодов внутрибольничной позитивной динамики (единичные улучшения показателей памяти и внимания). Позитивная возрастная динамика развития прерывается снижением, вызванным формированием психического (когнитивного и эмоционально-личностного) дефекта, с возрастом нарастают инфантилизация, социальная дизадаптации.

История болезни пациента дает основание говорить о достаточно быстром формировании интеллектуального и личностного дефекта, который с течением времени преимущественно нарастал, хотя в период от кризиса 7 лет до препубертата отмечалось и позитивное развитие одновременно с формирующимся дефектом во всех сферах (когнитивной, эмоционально-личностной, социальной), вплоть до значительной дизадаптации с помещением в психоневрологический интернат. Инвалидность по психическому заболеванию также была оформлена достаточно рано (в 9 лет). В ходе наблюдения бы установлена смена диагноза с РДА в 6 лет на детский тип шизофрении с 8 лет и далее – шизофрения с нарастающим олигофреноподобным дефектом и психопатоподобным синдромом к юношескому возрасту.

В клинической картине: олигофреноподобный дефект с 8 лет, смена ведущих синдромов от аффективно-кататонического и гипоманиакально-кататонического (в детском возрасте) в первые госпитализации до психопатоподобного (в подростковом возрасте) в последней госпитализации в НЦПЗ. Нарастает агрессия, остаются нелепость поведения, проявления стереотипий, страхи. Имеется когнитивное снижение, нарушение социального функционирования, мотивации, психической активности - вплоть до грубой дизадаптации.

Таким образом, длительное наблюдение за пациентом от младшего школьного возраста (фактически – кризиса 7 лет) до юношеского показывает следующее. Прогредиентное эндогенное заболевание, сочетаясь с развитием, определяет сложную дизонтогенетическую психическую динамику. В когнитивной составляющей следует отметить смену видов когнитивного дизонтогенеза на фоне тяжело протекающего психического заболевания - с дефицитарного (имел место, по видимому, практически с рождения, учитывая сроки развития моторики, речи, общения) на регрессивно-дефектирующий с пубертатного возраста с выраженной потерей в когнитивных возможностях как в отношении операционного, так и в отношении динамического компонента познавательной деятельности. Анализ эмоционально-личностного развития, социализации также указывает на преобладание вектора снижения, дефицитарности по сравнению с вектором развития, который также имел место до пубертатного возраста. Обобщая приведенные данные динамического лонгитюдного наблюдения, отметим траекторию развития когнитивного дизонтогенеза от преимущественных проявлений дефицитов в младшем школьном возрасте до регресса и тотального дефекта к завершению подросткового возраста. Такой формат сочетания развития и тяжелой психической болезни определил (несмотря на определенные позитивные сдвиги на фоне лечения), к сожалению, недостаточную эффективность коррекционно-развивающих и реабилитационных мер.

В данном наблюдении отражается общая закономерность взаимовлияния болезни и развития, отмечаемая многими специалистами, работающими в области аномального развития: принципиальное сходство основных законов поступательного развития психики в норме развития и при психической патологии [4] и качественное своеобразие видов дизонтогенеза, особенности динамики в соответствии с возрастными кризисами и клиническими факторами [6, 9, 10, 11, 15].

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд.: М.: Медицина, 1989. - 253 с.
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОС–ПРЕСС, 2006. – 159 с.
3. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1971.- 128 с.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии // Собрание сочинений: в 6 т. – М., 1983. – Т. 5. - 368 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит и его динамика у больных на начальных этапах шизофрении и шизоаффективного расстройства // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. Сост. Корсакова Н.К, Микадзе Ю.В. – М.: Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, 2012. – С. 177-183.
6. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2015. - 272 с.
7. 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. – № 1 (24). – С. 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.05.2016).
8. Иовчук Н.М., Северный А.А. Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков. - М.: Педагогическая литература, 2015. - 400 с.
9. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. - СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
10. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
11. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дисс... канд. психол. наук. - СПб., 2010. - 26 с.
12. Козлова И.А. Клинические особенности шизофрении раннего детского возраста: автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1967. – 15 с.
13. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дисс... докт. мед. наук. – М., 1995. – 25 с.
14. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2015. – 389 с.
15. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М. Академия, 2003. –144 с.
16. Мнухин С.С. О границах шизофрении у детей и подростков. Детская психиатрия: история, проблемы, перспективы // Сборник научных трудов, посвященный 90-летию отделения детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева / Под общ. ред. И.В. Макарова.- СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – С.127-139.
17. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. - СПб.: Питер, 2012. – 944 с.
18. 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.
19. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Симашкова Н.В. Клинико-психологический анализ случая становления олигофреноподобного дефекта при шизофрении (опыт мульти-дисциплинарного исследования) // Вестник Южно-

Уральского государственного университета. - 2014. - Т 7.- № 2. - С. 61–71.

20. Строгова С.Е., Зверева Н.В.. Психопатологические и психологические подходы к квалификации дефекта при шизофрении у детей и подростков // Психиатрия. - 2015 - № 2. - С. 37-48.

21. Сухарева Г.Е. Дефектные состояния у больных шизофренией детей и подростков // 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Сборник тезисов и докладов. Т. 1. - 1963. – С. 457-465.

22. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М.: Медицина, 1973. – 392 с.

23. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития при эндогенной патологии у детей и подростков: автореф. дисс... канд. психол. наук. - СПб., 2012. - 23 с.

24. Шмакова О.П. Патология нейроразвития и эндогенные расстройства у детей (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2014. - № 1. – С. 99-107.

1. Bashina V.M. Rannjaja detskaja shizofrenija (statika i dinamika). 2-e izd.: M.: Medicina, 1989. - 253 s.

2. Venger A.L. Psihologicheskie risunochnye testy: illjustrirovannoe rukovodstvo. – M.: VLADOS–PRESS, 2006. – 159 s.

3. Vrono M.Sh. Shizofrenija u detej i podroستkov. - M.: Medicina, 1971.- 128 s.

4. Vygotskij L.S. Osnovy defektologii // Sbranie sochinenij: v 6 t. – M., 1983. – Т. 5. - 368 s.

5. Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Zajceva Ju.S. Nejrokognitivnyj deficit i ego dinamika u bol'nyh na nachal'nyh jetapah shizofrenii i shizoaffektivnogo rasstrojstva // Nasledie A.R. Lurii v sovremenном nauchном i kul'turno-istorichesком kontekste: K 110-letiju so dnja rozhdenija A.R. Lurii. Sost. Korsakova N.K, Mikadze Ju.V. – M.: Fakul'tet psihologii MGU im. M.V. Lomonosova, 2012. – S. 177-183.

6. Zvereva N.V., Gorjacheva T.G. Klinicheskaja psihologija detej i podroستkov. 2-e izd., ispr. - M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2015. - 272 s.

7. Zvereva N.V., Hromov A.I. Specifika kognitivnogo deficita u detej i podroستkov pri shizofrenii: klinicheskie i vozrastnye faktory // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2014. – № 1 (24). – С. 7 [Elektronnyj resurs]. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 19.05.2016).

8. Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Mezhdisciplinarnyj konsilium v sluzhbe psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. - M.: Pedagogicheskaja literatura, 2015. - 400 s.

9. Isaev D.N. Psihopatologija detskogo vozrasta: Uchebnik dlja vuzov. - SPb.: SpeсLit, 2001. – 463 s.

10. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. – M.: Medicina, 1979. – 608 s.

11. Koval'-Zajcev A.A. Vidy kognitivnogo dizontogeneza u detej, bol'nyh jendogennymi psihicheskimi zaboлеvanijami, protekajushhimi s autisticheskimi rasstrojstvami: avtoref. diss... kand. psihol. nauk. - SPb., 2010. - 26 s.

12. Kozlova I.A. Klinicheskie osobennosti shizofrenii rannego detskogo vozrasta: avtoref. dis... kand. med. nauk. - M., 1967. – 15 s.

13. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta (klinika, jepidemiologija i voprosy abilitacii): avtoref. diss... dokt. med. nauk. – M.,1995. – 25 s.

14. Kritskaja V.P., Meleshko T.K. Patopsihologija shizofrenii. – M.: Izd-vo Instituta psihologii RAN, 2015. – 389 s.

15. Lebedinskij V.V. Narushenija psihicheskogo razvitija v detskom voz-raste. – M. Akademija, 2003. –144 s.

16. Mnuhin S.S. O granicah shizofrenii u detej i podroстkov. Detskaja psihiatrija: istorija, problemy, perspektivy // Sbornik nauchnyh trudov, posvjashhennyj 90-letiju

otdelenija detskoj psihiatrii NIPNI im. V.M. Behtereva / Pod obshh. red. I.V. Makarova.- SPb.: Izd-vo NIPNI im. V.M. Behtereva, 2009. – S.127-139.

17. Perre M., Baumann U. Klinicheskaja psihologija i psihoterapija. 3-e izd. - SPb.: Piter, 2012. – 944 s.

18. Simashkova N.V. Koval'-Zajcev A.A., Zvereva N.V., Hromov A.I. Kognitivnyj deficit v strukture rasstrojstv autisticheskogo spektra // Psihiatrija, 2010, № 6 (48). - S. 5-16.

19. Strogova S.E., Zvereva N.V., Sergienko A.A., Simashkova N.V. Kliniko-psihologicheskij analiz sluchaja stanovlenija oligofrenopodobnogo defekta pri shizofrenii (opyt mul'ti-disciplinarnogo issledovanija) // Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. - 2014. - T 7.- № 2. - S. 61–71.

20. Strogova S.E., Zvereva N.V.. Psihopatologicheskie i psihologicheskie podhody k kvalifikacii defekta pri shizofrenii u detej i podrostkov // Psihiatrija. - 2015 - № 2. - S. 37-48.

21. Suhareva G.E. Defektnye sostojanija u bol'nyh shizofreniej detej i podrostkov // 4-j Vserossijskij s'ezd nevropatologov i psihiatrov. Sbornik tezisov i dokladov. T. 1. - 1963. – S. 457-465.

22. Ushakov G.K. Detskaja psihiatrija. - M.: Medicina, 1973. – 392 s.

23. Hromov A.I. Dinamika kognitivnogo razvitija pri jendogennoj patologii u detej i podrostkov: avtoref. diss... kand. psihol. nauk. - SPb., 2012. - 23 s.

24. Shmakova O.P. Patologija nejrorazvitija i jendogennye rasstrojstva u detej (obzor literatury) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2014. - № 1. – S. 99-107.

25. Cervellione K.L., Burdick K.E., Cottone J.G. et al. Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2007. – 46(7). – P.867-878.

26. Kobayashi H., Isohanni M. et. al. Linking the Developmental and Degenerative Theories of Schizophrenia: Association Between Infant Development and Adult Cognitive Decline. Schizophrenia Bulletin 2014, vol.40 N6, pp. 1319-1327.

27. Leckman J. Что ожидает детскую психиатрию // Всемирная психиатрия. T.12, № 2, 2013.- С.118-120.

N. Zvereva, A. Koval-Zaytsev, A. Kulikov

DEFECT FORMATION IN SCHIZOPHRENIA: DYNAMICS OF INTERACTION DEVELOPMENT AND DISEASES (CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF CASE)

Federal State Scientific Institution "Mental health research center" (Moscow).

Summary. The article examines the case of long-term clinical and psychological follow-up supervision of mental defect forming in a patient with early-onset schizophrenia. Detailed histories of patient's life, including materials of catamnesis are presented. The results of psychological diagnostics and observations of development for over 8 years are presented too. The specificity of the formation of mental defect features is described, type of development of higher mental functions (cognitive defect formation) at different age stages was allocated. There were detected different types of cognitive dysontogenesis on different ages of patient and stages of disease. Deficits personality features of socialization and maladjustment has been increasing with the passage of the disease.

Keywords: dysontogenesis, catamnesis, childhood schizophrenia, defect, individual development dynamics.

**МАТЕРИНСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ОСНОВА ВИКТИМНЫХ
НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СФЕР ЛИЧНОСТИ
ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический универ-
ситет» (Новосибирск).**

Резюме: Статья посвящена вопросам возникновения социально-психологической депривации и ее роли в виктимных нарушениях психологических сфер личности. В статье дано определение явлению социально-психологической депривации. Описаны результаты эмпирического исследования детей из социально благополучных и неблагополучных семей, а также воспитывающихся в условиях детского дома. В статье раскрыто влияние социально-психологической депривации на развитие личности ребенка. Дан качественный и количественный анализ, выделены факторы, описывающие различные типы деривационных процессов.

Ключевые слова: социально-психологическая депривация, материнская депривация, виктимность, личность.

Введение. Последние десятилетия вопросом психического развития ребенка в условиях различного типа социально-психологической депривации уделяется все большее внимание. Рассматривая авторов демонстрирующих устойчивое внимание к вопросам депривации различного типа (материнской, психической, сенсорной и др.), можно отметить Й. Лангмейера и З. Матейчика [9], Д. Боулби [3], Р. Шпица [17], М.К. Бардышевскую [2], Г.Т. Хоментаскас [15], Я.Г. Николаеву [10], А.В. Захарова [6] и др. Среди направлений научных исследований значимое место занимают вопросы эффективности адаптации и особенностей развития детей - сирот и лишившихся попечения родителей, а также детей, находящихся в экстремальной или сложной жизненной ситуации. Остро встают вопросы сохранения психического здоровья и адаптации таких детей к имеющимся социальным условиям. Результаты множества исследований (Р.А. Шпиц [18], Дж. Боуби [3], Й. Лангмейер и З. Матейчик [9], М.И. Лисина [8], А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых [11], О.В. Соловьева [13] и др.) позволяют утверждать, что выделенные категории детей часто характеризуются различными нарушениями интеллектуального и социально-эмоционального развития, приводящего в будущем к выраженной дизадаптации.

Основные понятия. Понятие «депривация» в научной литературе рассматривается с разных точек зрения в зависимости от области научного анализа. Тем не менее, анализируя разные подходы к пониманию «депривации», можно сделать обобщение, позволяющие рассматривать депривацию как отсутствие удовлетворения потребностей, происходящее вследствие лишения человека основных источников удовлетворения, что приводит к губительным последствиям психологического плана при возможной сохранности витальной компоненты [15, с. 8]. Важно отметить, что психологическая сторона последствий зачастую не зависит от формы депривации или ее длительности.

Таким образом, в широком смысле термин «депривация» используется для обозначения процессов, ограничения или лишения возможности удовлетворения жизненно-важных потребностей человека. В психологию данный термин введен Джорджем Боулби (1951), который обосновал идею о необходимости эмоциональной привязанности младенца к матери в раннем возрасте [3]. Возникающее вследствие привязанности чувство безопасности обеспечивает здоровое психическое развитие, тогда как нарушение привязанности создает основу для формирования невротических реакций и невротической личности [5]. В дальнейшем тео-

рия депривации получила свое развитие в русле других наук о человеке. В настоящий момент принято выделять два основных подхода к изучению депривации. Социально-психологический подход, концентрирующийся на проблематике детерминации депривации и психосоматических последствиях депривационных процессов. Психолого-медицинский подход, направленный на изучение патогенеза, этиологии, реабилитационных практик в ситуации сенсорной, двигательной или социальной депривации.

Особое место в ряду депривационных воздействий занимает материнская депривация, которая является комплексным процессом. Материнская депривация наступает вследствие полного отсутствия привязанности к взрослому человеку вплоть до подрыва доверия к миру взрослых. Отсутствие привязанности как базового психологического состояния, являющегося основой для адекватного развития ребенка [8, 3, 13], приводит к нарушению идентификационных процессов, эмоциональных связей и способностей к адекватным коммуникациям. Нарушенное базовое доверие к миру виктимизирует ребенка, приводя к возникновению психологических и психопатологических осложнений [1].

В отечественной и зарубежной литературе описаны такие типы депривации, как психическая, эмоциональная, психосоциальная, социальная депривация. Большое внимание явлению депривации уделяется в социально-психологической виктимологии, в рамках которой депривация рассматривается, как триггер возникающих виктимных нарушения. Е.В. Руденский [12] в контексте депривационных воздействий рассматривает такое явление, как дефицит социализирующей интеракции. Именно депривация, по мнению автора, является детерминантой возникающих деструкций, приводящих к виктимизации личности. Факторами виктимизации в данном случае выступает ряд дефицитов: дефицит ролевой компетенции родителя или опекуна, дефицит взаимопонимания, дефицит аттракции. Анализируя проявления виктимной дизадаптации, автор выделяет четыре основных синдрома, говорящих о наличии депривационных процессов, сочетание которых позволяет сформировать онтологический статус личности [12].

Необходимо отметить, что психосоциальная депривация, как проявляющийся дефицит контактов с окружающими людьми, приводящий к нарушению привязанности, будет опосредовать возникновение субъективного чувства одиночества, обездоленности, отверженности со стороны общества. Подобный тип нарушений первично возникает в раннем детстве, однако может инициироваться на любом этапе возрастного развития. Возникновение социальной фрустрации приведет к запуску защитного психологического комплекса и нарушению социализации.

Таким образом явление депривации рассматривается как многоуровневое с выделением, согласно целям нашего исследования, депривации идентичности, или социальной депривации, суть которой в ограничении возможности для усвоения соответствующей социальной роли, и материнской депривации, выступающей как состояние, возникающее вследствие недостатка привязанности к одному лицу (например, к матери).

Независимо от определения депривации все авторы едины в роли, которую играет депривация в психоэмоциональном развитии ребенка. Разница существует лишь в оценке силы влияния тех или иных форм депривационных воздействий. Так, к примеру, А.С. Спиваковская как максимально значимую рассматривает психосоциальную депривацию, приводящую к расстройству привязанностей, проявляющуюся либо в устойчивом стремлении избегать контактов с окружающими, либо в неразборчивой коммуникабельности [14]. Л.М. Шипицина как следствие материнской депривации выделяет уплощенное эмоциональное развитие, прояв-

ляющееся в вялости, апатичности и отсутствии радости. В дальнейшем (в 2-3 года) данные проявления приведут к снижению любознательности, самостоятельности и отставанию в психическом развитии [16].

Среди основных нарушений, являющихся следствием материнской депривации, отмечаются:

1. Изменения темпов физического и нервно-психического развития ребенка [17, 18].
2. Синдром госпитализма, являющийся следствием дефицита взаимодействия с близкими взрослыми [17, 7].
3. Нарушение эмоционального и интеллектуального развития [3, 18].
4. Нарушение способности к выстраиванию социальных контактов [20, 4].
5. Выраженные проявления неврологической симптоматики [18, 19 и др.].

Рассматривая последствия социально-психологической депривации детей-сирот, воспитывающихся в условиях детского дома, необходимо отметить несколько факторов? детерминирующих возникновение нарушений. Во-первых, это негативная наследственность, отягощенная деструктивным поведением матери в период беременности, приводящая к возникновению выраженных психических аномалий, среди которых лидируют умственная отсталость и шизофрения. Во-вторых, стрессогенное воздействие в период вынашивания «нежелательной» беременности приводит к нарушению взаимодействия между матерью и ребенком и разрушению гуморальных и сенсорных связей, выступающих основой для формирования способности привязываться. Следствием подобных нарушений становится патологическое течение родов, детерминирующее множественные мозговые повреждения у новорожденных. Третьим фактором патогенного воздействия выступает неадекватное воспитание в раннем периоде. Жестокость по отношению к ребенку, безнадзорность, низкий уровень жизнеобеспечения, алкоголизм родителей и т. д. приводят к возникновению отклонения в психическом развитии ребенка вплоть до задержки. Четвертым фактором, приводящим к возникновению депривации, выступает отрыв ребенка от родительской семьи независимо от ее психоэмоциональных характеристик и помещение его в специализированное детское учреждение. Ряд авторов, исследующих последствия отрыва ребенка от родителей, рассматривают его как пусковой механизм депривационных психических расстройств, степень которых зависит от возраста. Таким образом, дети, воспитывающиеся в условиях специализированных учреждений, априори имеют ту или иную степень депривации, приводящую к виктимным нарушениям различного генеза. Среди основных параметров, характерных для ребенка с нарушением развития, выделяются: отставание в общем и/или речевом развитии, эмоциональные нарушения в виде склонности к алекситимическим расстройствам или расстройствам тревожно-фобического спектра; поведенческие нарушения, проявляющиеся в различных формах виктимного поведения, основанных на нарушениях межличностных компетенций.

Для выявления специфики последствий и особенностей депривации детей из разных социальных групп было проведено исследование с целью выявления последствий депривационных нарушений в психологических сферах личности.

Материалы и методы. Выявление последствий материнской депривации было проведено в 3 группах испытуемых в возрасте 15-16 лет: группа детей из благополучных семей (26 человек), группа детей из неблагополучных семей (30 человек) и группа воспитанников детского дома (30 человек).

Для исследования особенностей и закономерностей депривационного процесса применялся ряд методик: опросник Р. Кеттелла, опросник социально-

психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, методика С.К. Нартовой-Бочавер психологического пространства личности; методы статистической обработки данных с использованием пакета программ Statistica (U-критерий Манна-Уитни).

Анализ результатов исследования проводился с помощью пакета SPSS-15.

Обсуждение результатов. Сравнительный анализ показателей позволяет сделать вывод о наличии достоверных ($p < 0,05$) различий между выделенными группами по показателям теста Р. Кеттелла PF-16 (А, Н, С, F, G, L, О, Q3, Q4), теста К. Роджерса и Р. Даймонда (самопринятие, эмоциональная комфортность, интегральность, стремление к доминированию, эскапизм), по методике С.К. Нартовой-Бочавер (по всем шкалам).

Четыре основных синдрома, указывающих на наличие виктимной дизадаптации личности, распределились в выборке следующим образом.

Испытуемым, воспитывающимся в условиях детского дома, свойствен акциональный синдром, говорящий о низкой адаптивности личности и ее неспособности к гибкой модификации стратегий поведения. С данным синдромом связаны ($p \leq 0,05$) такие личностные проявления, как фактор N (-0,343), проявляющийся как наивность, бестактность в общении, эмоциональная несдержанность; фактор Е (-0,394), проявляющийся как послушность, услужливость, зависимость, склонность к чувству вины, пассивность; фактор С (-0,323), характеризующийся эмоциональной неустойчивостью, слабостью Я, переменчивостью в интересах и отношениях, склонностью к невротическим симптомам, утомляемостью. Кроме того, акциональный синдром достоверно отрицательно связан с такими параметрами адаптации, как самопринятие (-0,458), эмоциональная комфортность (-0,358), интегральность (-0,467), стремление к доминированию (-0,416), что означает нарушение практически всех адаптационных процессов личности. Также наблюдаются отрицательные взаимосвязи акционального синдрома с такими параметрами суверенности психологического пространства, как суверенность физического тела (-0,360) и суверенность мира вещей (-0,442), что означает высокий уровень переживания дискомфорта в сохранении физиологической безопасности и отсутствие внутреннего права на личные вещи.

Группе детей, воспитывающихся в дисфункциональных семьях характерен акциональный синдром, означающий нарушение системы ценностных ориентаций, говорящий о наличии дисфункции модели социальной интеграции при сдвиге усвоения моральных ценностей и норм социума. С данным синдромом напрямую связаны такие психологические особенности личности, как практический интеллект (0,486), характеризующийся ригидностью мышления и неспособностью решать абстрактные задачи.

Тревожный и неадаптивный синдром виктимной дизадаптации личности дифференцированно присутствует как в группе детей из социально-неблагополучных семей, так и в группе детей из детского дома. Каждый из синдромов имеет соответствующие проявления в рамках личностных характеристик, параметров дизадаптации при высоком уровне эскапизма и различных нарушениях суверенности психологического пространства. Оба данных синдрома достоверно не присутствуют ни у одного испытуемого из семей благополучного типа.

Факторный анализ полученных при исследовании данных позволяет сделать несколько выводов.

Во-первых, можно выделить четыре основных фактора, покрывающих 54,6% дисперсии. Первый фактор характеризует подростков, воспитывающихся в семьях и не имеющих выраженной социальной депривации. Основными параметрами (с различным факторным весом) данной группы будут выступать: достоверное отсут-

ствии виктимных синдромов при выраженности таких параметров, как интегральность (0,908), эмоциональная комфортность (0,854), самопринятие (0,686), лидерские задатки при отсутствии тенденции к эскапизму (-0,6). Это означает, что испытуемые данной группы характеризуются высоким уровнем принятия себя и других, способностью хорошо чувствовать себя в ситуации социального взаимодействия, уверенностью в себе, способностью решать проблемы по мере их поступления, целостностью личностных характеристик. Кроме того, испытуемые данной группы характеризуются высокими показателями по всем параметрам методики суверенности психологического пространства, что означает уверенность в собственном соматическом благополучии и отсутствие попыток его нарушить (0,837); переживание личной безопасности (0,755); уважение личной собственности и способность ею распоряжаться (0,787); хорошо выстроенная временная форма организации жизни (0,626); способность распоряжаться собственными социальными взаимоотношениями и свобода в выборе друзей и знакомых (0,679); свобода мировоззрения (0,593). Таким образом, наблюдается высокий уровень суверенности, проявляющейся в способности контролировать и защищать свое психологическое пространство при наличии опыта автономного поведения, одобряемого со стороны социального окружения, что является признаком субъектности личности. Среди личностных характеристик этой группы испытуемых отмечается высокий уровень общительности (0,641), активность и настойчивость в достижении собственной цели (0,566), сильный характер, добросовестность, эмоциональная дисциплинированность, связанная со сформированным супер-эго (0,735), дипломатичность (0,608), высокое самомнение при принятии социальных норм и способностью к контролю собственных эмоций и поведения (0,567), низкая эго-напряженность (-0,647). Таким образом, испытуемые, воспитывающиеся в семьях, отличаются высоким уровнем благополучия, субъектностью, низкой виктимностью, лидерскими качествами и способностью выстраивать эффективные социальные контакты.

Второй фактор условно может быть названным фактором пассивной виктимной личности. Основными характеристиками данного типа испытуемых выступают: несамостоятельность, потребность в групповых решениях, конформность, опора на социальное мнение, потребность в одобрении. Характерными для личности данного типа являются: мечтательность, высокий творческий потенциал при неуравновешенности и эмоциональной нестабильности (0,335), слаборазвитое Я, характеризующееся такой симптоматикой, как высокая утомляемость, ипохондричность, невротические синдромы (0,554). В данную группу попали испытуемые из неблагополучных семей и воспитывающиеся в условиях детского дома.

Третий фактор характеризует испытуемых, воспитывающихся в социально неблагополучных семьях с дисфункциональными типами родительского воспитания. Эта группа характеризуется достоверно выраженной адаптацией к социальным условиям (0,601), что означает способность данных испытуемых активно выстраивать социальные взаимодействия и приспосабливаться к жизни. Характерной особенностью испытуемых данного типа выступает отсутствие потребности в ценностном определении и значимости собственной жизни, возникающей скорее вследствие того, что на первый план выходит потребность в выживании как базовый ценностный императив. Среди основных личностных характеристик выступают: высокий уровень экспрессивности (0,54), обеспечивающий гипертимные проявления испытуемых. Такие личности эмоциональны, активны в общении, динамичны, ориентированы на социальные взаимодействия. При этом отличаются низким уровнем принятия других (-0,546) и агрессивностью в отстаивании своего психологического пространства.

Четвертый фактор характеризует испытуемых с наличием акционального синдрома (0,5), что означает отсутствие готовности и способности к гибкой модификации собственных стратегии поведения у испытуемых данной группы. Характерным для испытуемых являются: высокий уровень эскапизма, низкая чувствительность, цинизм, черствость в отношениях, практический интеллект, конкретное мышление, склонность к переживанию чувства вины (0,5), самобичевание, ранимость и другие нарушения адаптационных характеристик. Практически вся группа представлена испытуемыми, воспитывающимися в условиях детского дома.

Выводы. Таким образом, мы можем сделать вывод, что в зависимости от типа социокультурной среды, в которой воспитывается ребенок, могут возникать различные депривационные отклонения. Первичный социальный дефицит, приводящий к несформированности привязанности, виктимизирует личность, нарушая параметры социальной адаптированности и психического здоровья, приводит к формированию симптомокомплексов различного порядка.

Особое внимание необходимо уделить подросткам, воспитывающимся в неблагополучной социокультурной среде, в рамках которой запускается процесс виктимной депривации, состоящий из ряда последовательных стадий, запускающийся родительской некомпетентностью, приводящий к формированию неконструктивных способов редуции возникающего напряжения. В случае, если дефицитами социализации обладают оба родителя, виктимная дефицитарность ребенка становится базовой, ригидно закрепленной в поведенческих паттернах и низком акциональном потенциале.

Еще большие сложности наблюдаются у детей, воспитывающихся в условиях детского дома и характеризующихся высоким уровнем материнской депривации. Характеристики психологических сфер личности такого ребенка отличаются выраженными деструкциями мотивационного, ценностного, операционного компонента, приводящими к серьезным нарушениям межличностного взаимодействия. Однако в рамках нашего исследования неясным осталось дифференциация контингента детей по типу потери родительской опеки. Перспективным будет дополнительное исследование, позволяющее определить специфику деструкций у детей, воспитывающихся в условиях детского дома с рождения и помещенных туда в более поздние периоды. Тем не менее, весь контингент, участвующий в данном исследовании, требует специальных коррекционных и компенсационных мероприятий, которые должны строиться на основе понимания механизма депривации с учетом личностных особенностей таких детей. Отметим при этом, что необходима целевая, системная работа, так как компенсация депривации через организацию средового воздействия практически невозможна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андронникова О.О. Агрыzkова Е.В. Социально-психологическая депривация как фактор возникновения онтогенетической виктимизации личности // Образование и наука в современных условиях: материалы IV междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 10 июля 2015 г.) / редкол.: О.Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2015. – № 3 (4). – С. 170–172.
2. Бардышевская М.К. Развитие привязанности у эмоционально депривированных детей // Дефектология, № 1, 2006. – С. 6-20.
3. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. 2 -е изд. – М.: Академический Проект, 2005. – 232 с.
4. Брунер, Д. Психология познания. За пределами непосредственной информации – М.: Директмедиа Паблишинг, 2008 г. – 782 с.
5. Венгер Л.А. и др. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до

6 лет: Кн. для воспитателя дет. сада / Под ред. Л.А. Венгера. – М.: Просвещение, 1988. – 144 с.

6. Захаров. А.И. Неврозы у детей и психотерапия. - СПб.: СОЮЗ, 1998. -336 с.

7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. - СПб., 1998. - 256 с.

8. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения: монография / М.И. Лисина. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.

9. Матейчик З., Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага, 2006. - 340 с.

10. Николаева, Я.Г. Воспитание ребёнка в неполной семье. - М.: ВЛАДОС, 2006. - 159 с.

11. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. - СПб.: Питер, 2005. - 400 с.

12. Руденский, Е.В. Дефицит социально-психологической компетенции как триггер онтогенетической виктимизации личности // Сибирский педагогический журнал. - № 1. – 2013. – С. 217-222.

13. Соловьева О.В. Депривация семейного общения как детерминанта личностного развития детей, лишенных попечения родителей: дис. ... канд. психол. наук. – Краснодар, 2004. – 209 с.

14. Спиваковская А.С. Психопрофилактика детских неврозов: комплексная психологическая коррекция. - М.: МГУ, 1988. – 200 с.

15. Хоментausкас Г.Т. Семья глазами ребенка. - М.: Педагогика, 1989. – 160 с.

16. Шипицына Л.М. Психология детей-сирот: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению 540600 (050600) «Педагогика». – СПб. : Изд-во С.-Петербургского университета , 2005. - 627 с.

17. Шпиц Р. А. Психоанализ раннего детского возраста / Пер. с англ. А.М. Боковой, В.В. Старовойтова ; науч. ред. А.М. Боковой.— Канон+РООИ «Реабилитация», 2015. — 256 с.

18. Шпиц, Р.А. Поведение депривированных детей / Хрестоматия в 2 т. / Под редакцией В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. Т. II. – М.: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. – 744 с.

19. Шумаков В.М., Скобло Г.В., Сокольская Т.М. Факторы риска и проблема ранней профилактики патологических нарушений поведения у детей и подростков // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. - Л. : Изд-во ин-та им. В.М. Бехтерева, 1986. - С. 69-74.

20. Эриксон Э. Г. Детство и общество / пер. и науч. ред. А.А. Алексеев; 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Летний сад, 2000. - 415 с.

1. Andronnikova O.O. Agryzkova E.V. Social'no-psihologicheskaja de-privacija kak faktor vzniknovenija ontogeneticheskoy viktimizacii lichnosti // Obrazovanie i nauka v sovremennyh uslovijah: materialy IV mezhdunar. nauch.–prakt. konf. (Cheboksary, 10 ijulja 2015 g.) / redkol.: O.N. Shirokov [i dr.]. – Cheboksary: CNS «Interaktiv pljus», 2015. – № 3 (4). – S. 170–172.

2. Bardyshevskaja M.K. Razvitie privjazannosti u jemocional'no deprivirovannyh detej // Defektologija, № 1, 2006. - S. 6-20.

3. Boulbi, Dzh. Sozdanie i razrushenie jemocional'nyh svjazej. 2 -e izd. – М.: Akademicheskij Proekt, 2005. – 232 s.

4. Bruner, D. Psihologija poznaniya. Za predelami neposredstvennoj informacii – М.: Direktmedia Publishing, 2008 g. – 782 s.

5. Venger L.A. i dr. Vospitanie sensornoj kul'tury rebenka ot rozhdenija do 6 let: Kn.

- dlja vospitatelja det. sada / Pod red. L.A. Vengera. – M.: Prosveshhenie, 1988. – 144 s.
6. Zaharov. A.I. Nevrozy u detej i psihoterapija. - SPb.: SOJuZ, 1998. -336 s.
 7. Kabanov M.M. Psihosocial'naja reabilitacija i social'naja psihiatrija. - SPb., 1998. - 256 s.
 8. Lisina M.I. Problemy ontogeneza obshhenija: monografija / M.I. Lisina. – M.: Pedagogika, 1986. – 144 s.
 9. Matejchik Z., Langmejer J. Psihicheskaja deprivacija v detskom voz-raste. - Pra- ga, 2006. - 340 s.
 10. Nikolaeva, Ja.G. Vospitanie rebjonka v nepolnoj sem'e. - M.: VLADOS, 2006. - 159 s.
 11. Prihozhan A.M., Tolstyh N.N. Psihologija sirotstva. - SPb.: Piter, 2005. - 400 s.
 12. Rudenskij, E.V. Deficit social'no-psihologicheskoy kompetencii kak trigger on- togeneticheskoy viktimizacii lichnosti // Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. - № 1. – 2013. – S. 217-222.
 13. Solov'eva O.V. Deprivacija semejnogo obshhenija kak determinanta lich- nostnogo razvitiya detej, lishennyh popechenija roditel'ej: dis. ... kand. psihol. nauk. – Krasnodar, 2004. – 209 s.
 14. Spivakovskaja A.S. Psihoprofilaktika detskih nevrozov: kompleksnaja psi- hologicheskaja korekcija. - M.: MGU, 1988. – 200 s.
 15. Homentskij G.T. Sem'ja glazami rebenka. - M.: Pedagogika, 1989. – 160 s.
 16. Shipicyna L.M. Psihologija detej-sirot: uchebnoe posobie dlja studentov vys- shih uchebnyh zavedenij, obuchajushhihsja po napravleniju 540600 (050600) «Pedagog- ika». – SPb. : Izd-vo S.-Peterburgskogo universiteta , 2005. - 627 s.
 17. Shpic R. A. Psihoanaliz rannego detskogo vozrasta / Per. s angl. A.M. Bokovikova, V.V. Starovojtova ; nauch. red. A.M. Bokovikov.— Kanon+ROOI «Rea- bilitacija», 2015. — 256 s.
 18. Shpic, R.A. Povedenie deprivirovannyh detej / Hrestomatija v 2 t. / Pod redakcij V.V. Lebedinskogo i M.K. Bardyshevskoj. T. II. – M.: CheRo: Vyssh. shk.: Izd-vo MGU, 2002. – 744 s.
 19. Shumakov V.M., Skoblo G.V., Sokol'skaja T.M. Faktory riska i problema ran- nej profilaktiki patologicheskikh narushenij povedenija u detej i podrostkov // Predbolezni' i faktory povyshennogo riska v psihonevrologii. - L. : Izd-vo in-ta im. V.M. Behtereva, 1986. - S. 69-74.
 20. Jerikson Je. G. Detstvo i obshhestvo / per. i nauch. red. A.A. Alekseev; 2-e izd., pererab. i dop. - SPb.: Letnij sad, 2000. - 415 s.

O.O. Andronnikova

MATERNAL DEPRIVATION AS BASIS OF VICTIMIZATION VIOLATIONS OF PSYCHOLOGICAL SPHERE PERSONALITY

FSBEI HPE Novosibirsk State Pedagogical University (Novosibirsk).

Summary. In this article the questions of occurrence of social and psychological deprivation and its role in the victimization of disorders of psychological spheres of personality. The article provides a definition of the phenomenon of social and psychological deprivation. The results of empirical studies of children from socially advantaged and disadvantaged families, and brought up in a children's home. Here disclosed the impact of social and psychological deprivation on a child's personality development. This is a qualitative and quantitative analysis highlighted the factors that describe different types of derivation processes.

Keywords: socio-psychological deprivation, maternal deprivation, victimization, personality

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКАМИ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Институт социологии, психологии и социальных отношений ГБОУ ВО
МГПУ (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение субъективной оценки психологического благополучия и качества жизни подростками с избыточным весом по сравнению с их сверстниками с нормативным весом.

Ключевые слова: подростки, избыточный вес, психологическое благополучие, качество жизни.

Введение. В настоящее время в психологии растет интерес к изучению психологического благополучия и качества жизни человека. Эти понятия неразрывно связаны между собой, так как психологическое благополучие отражает субъективную оценку самого человека и в значительной степени обуславливает качество его жизни. Теоретической основой изучения феномена психологического благополучия можно полагать исследования N. Bradburn, считающего, что для описания психологического благополучия личности необходимо использовать те критерии, которые позволят максимально точно отразить субъективную оценку удовлетворенности или неудовлетворенности своей жизнью, состояния счастья или несчастья. По мнению ученого, психологическое благополучие - это равновесие, которое достигается за счет непрерывного взаимодействия положительных и отрицательных эмоций. Радостные или негативные события в повседневной жизни человека накапливаются в виде соответствующего аффекта (положительного или отрицательного), а разница между ними и будет указывать на уровень психологического благополучия [10].

Аналогичное понятие - «субъективное благополучие» анализируется в научных разработках Е. Diener. Субъективное благополучие, по мнению исследователя, представляет собой трехкомпонентную структуру: удовлетворенность (когнитивная оценка удовлетворенности различными аспектами жизни), приятные и неприятные эмоции (хорошее или плохое настроение). Е. Diener полагает, что эти три составляющие субъективного благополучия объединяются, чтобы создать единый индекс психологического благополучия. Автор высказывает мысль о том, что человек будет обладать высоким уровнем субъективного благополучия при условии, если в большинстве случаев он ощущает удовлетворение от жизни и в некоторых ситуациях он может испытывать неприятные эмоции и переживания [12].

Представители другого теоретического подхода анализируют психологическое благополучие как позитивное психологическое функционирование индивида Основоположением этого подхода считается С.Д. Ryff, которая в своих исследованиях указывает на прямую зависимость между компонентами психологического благополучия и структурными элементами данных теорий [13]. По мнению автора, понятие «самопринятие» связано не только с понятиями «чувство собственного достоинства» и «самоуважение», но и включает в себя признание человеком своих сильных и слабых сторон. Данные понятийные категории также могут быть соотнесены с понятием индивидуации К.-Г. Юнга и положительной оценкой индивидуального прошлого человека, представленной в работах Э. Эриксона элементом эго-интеграции [9].

Третья группа исследователей рассматривает психологическое благополучие с позиции сохранности психофизиологических функций. R.M. Ryan и E.L. Deci в

своих работах большое внимание уделяют физическому состоянию человека и показывают закономерную взаимозависимость между физическим здоровьем и психологическим благополучием: заболевание часто вызывает функциональные ограничения, которые уменьшают потенциал удовлетворенности жизнью [11].

В отечественных исследованиях концептуальная разработка психологического благополучия принадлежит А. В. Ворониной. Она предлагает данный феномен рассматривать как системное качество человека, которое формируется у него в процессе жизни и основано на сохранении психофизиологических функций. Автор приходит к выводу, что уровень психологического благополучия отражает взаимосвязь между психическими и соматическими процессами. Многоуровневая структура психологического благополучия, разработанная А.В. Ворониной, состоит из психосоматического здоровья, социальной адаптации, психического здоровья и психологического здоровья, которые в процессе формирования и развития человека дают ему новое видение себя, мира вокруг, новые возможности для реализации своего творческого потенциала [2].

Р.М. Шамионов характеризует психологическое благополучие как состояние динамического равновесия, которое формируется через ощущение удовлетворенности в разных областях жизни. Согласно его исследованиям, наиболее важным критерием благосостояния является принадлежность к референтной группе, при этом субъективное благополучие обладает существенным потенциалом активности [8]. Такая же концепция рассматривается в трудах О.С. Савельевой, которая описывает психологическое благополучие в качестве социально-психологического образования, включающего в себя отношение человека к самому себе и к своей жизнедеятельности, способствующего активации процесса саморазвития и самореализации [6].

В ходе нашего исследования мы придерживались концепции позитивного функционирования личности, представленной в трудах С.Д. Ryff. Она определила шесть основных составляющих психологического благополучия: позитивное отношение с другими людьми, автономность как способность следовать своим собственным убеждениям, управление окружающей средой, личностный рост, наличие целей в жизни и самопринятие. Мы принимаем точку зрения автора по поводу того, что психологическое благополучие рассматривается как «полнота самореализации человека в конкретных условиях жизни и обстоятельствах, установление «творческого синтеза» между запросом социального окружения и развитием собственной индивидуальности» [13].

Мы также считаем, что существует неразрывная связь между субъективным ощущением психологического благополучия и оценкой качества жизни. Качество жизни определяет, насколько человеку по ощущениям комфортно внутри себя и внутри сообщества. В настоящее время понятие «качество жизни» используется как нормативный показатель благосостояния, который включает в себя не только материальные, но и социальные, экологические, политические и моральные аспекты человеческой жизни. Важную роль в развитии концепции исследования качества жизни играет понятие здоровья. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье может быть охарактеризовано как полное физическое, социальное и психологическое благополучие, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. В настоящее время ВОЗ разработала следующие критерии для оценки качества жизни:

- физические характеристики (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (эмоции, уровень когнитивной функции, самооценка);
- уровень независимости (активность повседневной деятельности);

- социальная жизнь (взаимодействия с окружающими, социальная значимость);
- окружающая среда (безопасность, охрана окружающей среды, доступность и качество медицинской помощи, возможность учиться) [1].

Значительный интерес представляет изучение качества жизни подростков. Отрочество характеризуется существенными изменениями в физиологии и психологии ребенка, появлением у него новых интересов, привязанностей, формированием собственных взглядов. Качество жизни подростка - это совокупная характеристика физического, психологического и социального функционирования ребенка, в основе которого лежит субъективное восприятие.

В последнее время среди подростков наблюдается тенденция к ухудшению показателей здоровья, что, в свою очередь, приводит к формированию хронической патологии. К таким хроническим соматическим заболеваниям, вызывающим тревогу во всем мире, относится избыточный вес и ожирение. По оценкам экспертов, количество детей с избыточным весом в мире превышает 45 млн., из них до 80% детей сохраняют его и в зрелом возрасте. Заметно увеличение числа страдающих ожирением детей и подростков в нашей стране. Согласно исследованиям, распространенность ожирения среди детей в России колеблется от 5%-7% (в сельской местности) до 18%-20% (в городах) [4]. Специфика образа жизни подростков с избыточным весом, связанная с неоднократными походами к врачу, длительным процессом снижения веса, отсутствием быстрого эффекта от диетотерапии, могут оказать значительное негативное воздействие на их субъективную оценку качества жизни.

Цель данного исследования – изучение субъективного ощущения психологического благополучия и качества жизни подростков с избыточным весом.

Достижение цели исследования определило выполнение следующих **задач**:

1. Изучить отношение подростков к себе и окружающим, умение следовать собственным убеждениям, ставить перед собой цели, самореализовываться, управлять собственной деятельностью и деятельностью других.
2. Выявить степень удовлетворенности компонентами качества жизни подростков (физическим, эмоциональным и социальным функционированием, школьной жизнью).
3. Проанализировать различия в субъективной оценке психологического благополучия и качества жизни подростками с избыточным весом и их сверстниками с нормативным весом.

Для реализации поставленных задач мы использовали блок диагностических методик:

- «Шкала психологического благополучия» (К. Рифф, адаптация Н.Н. Лепешинского) [5];
- русская версия общего детского опросника Качества жизни - Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL 4.0) [14];
- тест «Неоконченные предложения» (модификация Е.В. Свистуновой) [7].

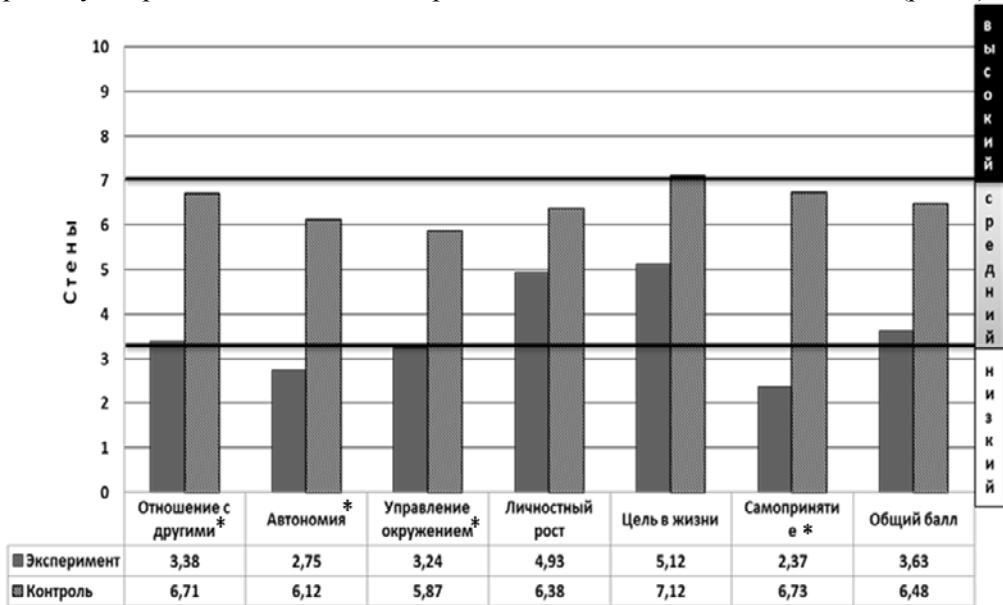
Исследование проводилось на базе Эндокринологического научного центра Министерства здравоохранения РФ. В экспериментальную группу вошли 67 подростков с избыточным весом. Контрольная группа состояла из 72 подростков с нормативным весом. Группы были сбалансированы по полу и возрасту (15 ± 2).

Статистическая обработка материалов выполнена с использованием пакета программ Statistica 7.0. При анализе данных мы использовали непараметрический метод Манна-Уитни. Уровень статистической достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования. На первом этапе нашего исследования мы изучали субъективную оценку психологического благополучия подростками с избыточным

весом и их сверстниками с нормативной массой тела. Анализ результатов, полученных в ходе исследования, показал достоверные различия (при $p < 0,05$) между ответами испытуемых обеих групп по следующим показателям: «Положительные отношения с другими», «Автономия», «Управление окружением», «Самопринятие».

По шкалам «Личностный рост» и «Цель в жизни» количественных различий в ответах представителей разных выборок не было выявлено, так как самоопределение является новообразованием подросткового возраста и все подростки в той или иной мере могут определить свои цели, направленность своей дальнейшей жизни (рис. 1).



* различия достоверны по критерию χ^2 при $p \leq 0,05$.

Рисунок 1. Результаты исследования по методике «Шкала психологического благополучия»

Анализ результатов по шкале «Положительные отношения с окружающими» свидетельствует об умении подростков сопереживать, быть открытыми для общения, уметь устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми.

Полученные данные характеризуют подростков с избыточным весом как людей, имеющих ограниченное количество доверительных отношений с окружающими, им трудно проявлять открытость, теплоту и заботу о других. В межличностных взаимоотношениях они, как правило, изолированы и одиноки, с трудом идут на компромиссы для поддержания отношений с окружающими, им кажется, что их посчитают слабыми.

Подростки с нормативным весом показывают себя более гибкими во взаимодействии с другими людьми, готовы к компромиссу для сохранения отношений. Они в большей степени проявляют заботу о благополучии других, чуткость к их потребностям и интересам, способны сопереживать, устанавливать близкие доверительные отношения.

Измеряя уровень автономии личности, мы тем самым определяем степень владения собой, способность принять ответственность за свои действия и чувства, действовать согласно своим принципам, несмотря на чье-либо влияние.

Низкие показатели по шкале «Автономия» у подростков экспериментальной группы свидетельствуют об их конформности, излишней зависимости от окружающих. В принятии важных решений они почти всегда полагаются на мнение и

оценку других.

Уровень автономии, присущий подросткам контрольной группы, указывает на их способность быть более самостоятельными и независимыми. Они не боятся противопоставить свое мнение мнению большинства, могут позволить себе нестандартные мышление и поведение, оценивают себя исходя из собственных предпочтений.

Результаты, полученные по шкале «*Управление окружением*», показали статистически значимые отличия между выборками. Баллы, набранные подростками экспериментальной группы, соответствуют низкому уровню управления и характеризуют респондентов как людей, испытывающих сложности в организации повседневной деятельности. Они чувствуют себя неспособными изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, в большинстве случаев не хотят прилагать усилия для использования предоставленных возможностей.

Подростки контрольной группы более компетентны в управлении окружением, они способны контролировать и свою деятельность, и деятельность других людей, эффективно используют предоставленные возможности, условия и обстоятельства, которые могут способствовать удовлетворению их личных потребностей и достижению целей.

Самые низкие показатели у подростков с избыточной массой тела получены по шкале «*Самопринятие*», которая отражает самооценку себя и оценку своей жизни в целом. Подростки данной категории испытывают острое чувство неудовлетворенности собой, в первую очередь из-за своего внешнего вида, указывая на нестандартные габариты своего тела. Они разочарованы в своем настоящем, испытывают беспокойство по поводу своего будущего, часто испытывают перепады настроения, не хотят мириться с некоторыми качествами своей личности.

Средние показатели по шкале «*Самопринятие*» у подростков с нормативным весом свидетельствует об адекватном восприятии себя. Они в основном позитивно относятся к себе, знают и учитывают различные стороны своего характера, принимают не только свои положительные качества, но и свои недостатки. Удовлетворенность своей жизнью у них достаточно высокая.

Вполне закономерно, что низкие показатели по шкалам «*Положительные отношения с окружающими*», «*Управление окружением*», «*Автономия*» у подростков с избыточной массой тела являются препятствием к позитивному принятию себя. Здесь возникает проблема собственной активности подростка, его способности самостоятельно находить решение возникающих вопросов, осознанно выбирать, как себя вести. У подростков данной категории выбор зачастую базируется не на осознании своих потребностей и сопоставлении их с внешними условиями, а на основе обязательств, правил или даже принуждений со стороны окружающих.

Автономное поведение подростков напрямую связано с управлением собственных взаимодействий со средой, которая проявляется в гибкости при выборе путей решения, умении управлять своими действиями, направленными на достижение результата. У подростков с избыточным весом ригидность в поведении и преобладание негативного эмоционального фона препятствуют формированию у них автономности, восприятия себя как свободной и самостоятельной личности. Опасение быть осмеянными, непонятыми со стороны сверстников не позволяет им проявить в достаточной мере спонтанность, креативность, показать свою личностную значимость.

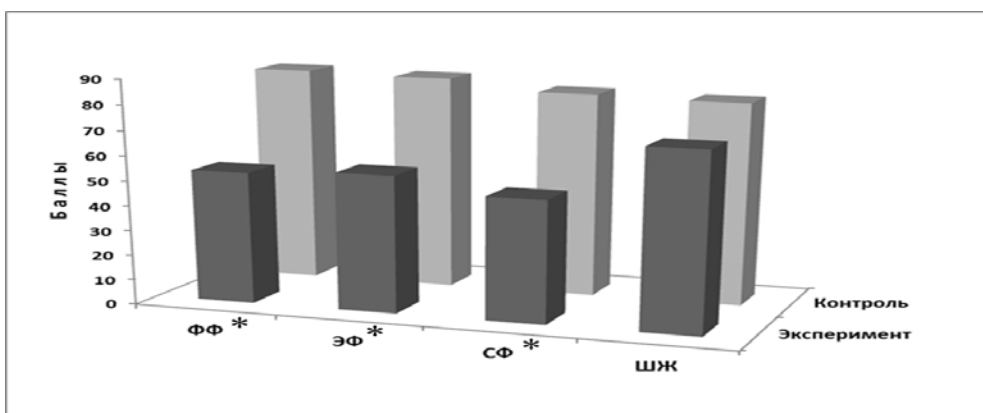
Эмпирические результаты изучения психологического благополучия, проведенного нами, могут помочь специалистам, работающим с подростками данной категории, при создании коррекционных программ, направленных на формирование

автономного проведения у подростков с избыточным весом, активизацию коммуникативных навыков, повышение уверенности в себе и активности в действиях.

На втором этапе нашего исследования мы изучали качество жизни у подростков, которое является одной из интегральных характеристик, определяющих физическое, эмоциональное и социальное функционирование человека на основе его субъективного восприятия. Оценка качества жизни особенно важна в психологической практике, так как дает возможность проанализировать восприятие и оценку подростком различных сфер жизни, имеющих для него значение, и выявить имеющиеся проблемы в различных аспектах их образа жизни и общения.

Исследование качества жизни мы проводили при помощи опросника PedsQL 4.0, состоящего из 23 вопросов, по шкалам: «Физическое функционирование» (ФФ), «Эмоциональное функционирование» (ЭФ), «Социальное функционирование» (СФ) и «Школьная жизнь» (ШЖ). Общее количество баллов после процедуры перекодирования каждого из пяти вариантов ответа рассчитывался по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов): чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни подростка [14].

При рассмотрении итоговых результатов по шкалам опросника «Качество жизни», полученных в ходе анкетирования подростков с избыточным и нормативным весом, мы отметили, что статистические различия (при $p < 0,05$) наблюдались по всем шкалам, кроме шкалы «Школьная жизнь» (рис. 2). Анализ результатов по данной шкале показал, что избыточный вес не влияет на академическую успеваемость подростков. Респонденты обеих выборок примерно одинаково справляются со школьными заданиями, проявляют желание как можно успешнее закончить школу.



* различия достоверны по критерию χ^2 при $p \leq 0,05$.

Рисунок 2. Результаты исследования по опроснику «Качество жизни»

Шкала «Физическое функционирование» определяет, насколько подростки могут справляться с физическими нагрузками, с выполнением различных повседневных дел. Достаточная двигательная активность является необходимым условием гармоничного развития личности подростка и одним из показателей высокого уровня качества жизни. К сожалению, в последнее время в силу высокой учебной нагрузки в школе и дома у большинства подростков отмечается недостаточная двигательная активность, что способствует появлению гипокинезии и вызывает ряд серьезных изменений в организме. Хорошей профилактикой малоподвижности служит систематическое занятие физической культурой и спортом. Это отмечает в своих ответах большинство подростков с нормативным весом, многие из них занимаются плаванием, футболом, теннисом и др. Подростки контрольной

группы высоко оценивают свое физическое состояние (87 баллов), они не испытывают особых затруднений при выполнении физических нагрузок.

Избыточный вес и нестандартные размеры тела становятся препятствием для двигательной активности подростков. В своих ответах подростки с избыточным весом отмечают, что им тяжело бегать, играть в спортивные игры или выполнять сложные физические упражнения. При этом они часто испытывают болевые ощущения и быструю утомляемость. Низкие показатели (53 балла) могут свидетельствовать о том, что у подростков с избыточным весом уже проявляются физиологические изменения, нарушается функционирование многих систем организма, особенно сердечно-сосудистой, дыхательной и опорно-двигательного аппарата. Последствие гипокинезии проявляется также в слабой сопротивляемости организма простудным и инфекционным заболеваниям. Низкий уровень состояния физического компонента качества жизни подростков с избыточным весом не позволяет им полноценно вести активный образ жизни, эффективно справляться с неблагоприятными воздействиями внешней среды и трудностями, связанными с фрустрирующим восприятием образа собственного тела.

Шкала *«Эмоциональное функционирование»* отражает аффективное состояние подростков в данный момент времени, показывает доминирующее настроение подростков и юношей, наличие/отсутствие депрессивных или тревожных состояний, общее эмоциональное состояние, степень ощущения себя активным, энергичным и полным сил.

Следует обратить внимание на низкие показатели по этой шкале у подростков экспериментальной группы (55 баллов) по сравнению с данными контрольной группы (86 баллов). В своих ответах подростки с избыточной массой тела чаще отмечали беспричинную тревогу, усталость, грусть, перепады настроения. Переживание депрессии, ухудшение эмоционального состояния, слабая способность преодоления стрессовых ситуаций, недостаток сна могут негативно повлиять на степень общей удовлетворенности жизнью.

Социальное функционирование включает в себя степень владения коммуникативными навыками, умение устанавливать дружеские доверительные отношения с окружающими людьми. В подростковом возрасте возникновение близкой дружбы, открытости и доверия снижают тревожность, субдепрессивное состояние, развивают чувство коллективизма, принадлежности референтной группе, способствуют активному общению. При оценивании данной шкалы у подростков с избыточным весом были выявлены самые низкие показатели – 49 баллов, в то время как подростки контрольной группы набрали 82 балла. Это связано, вероятно, с тем, что подростки с избыточной массой тела довольно болезненно относятся к критическим замечаниям со стороны сверстников и предпочитают выполнять работу в одиночку, а не в коллективе, чтобы избежать сравнения.

Сравнительный анализ результатов в двух выборках показал, что параметры качества жизни подростков в экспериментальной и контрольной группах создали между собой положительные зависимости. Наибольшее количество связей в группе подростков с избыточным весом образовали параметры *«Физическое функционирование»* и *«Социальное функционирование»*. Полученные результаты свидетельствуют о том, что такие факторы, как низкая физическая активность у подростков с избыточным весом, переживание состояния социального неблагополучия, препятствующего решению повседневных проблем, оказывают решающее влияние на удовлетворенность различными сторонами жизнедеятельности и определяют качество жизни в целом.

В группе подростков с нормативным весом наибольшее количество корреля-

ционных зависимостей образовали показатели «Эмоциональное функционирование» и «Социальное функционирование». Полученные результаты указывают на то, что качество жизни подростков контрольной группы в большей степени определяется их удовлетворенностью общением, коммуникативными возможностями, уровнем социальной активности, оценкой своего эмоционального благополучия.

Заключение. Данные экспериментального исследования показали, что подростки с избыточным весом отличаются более низкой оценкой своего психологического благополучия и качества жизни.

Избыточный вес искажает восприятие своего тела подростками, что снижает степень принятия себя в целом и способствует возникновению депрессивных настроений, чувства изолированности и ненужности. У подростков с избыточной массой тела возникает больше трудностей в общении с окружающими людьми, умении отстаивать свои интересы и взгляды, контролировать свою деятельность.

Негативное восприятие своего психологического благополучия, несомненно, влечет за собой снижение субъективной оценки качества жизни. Наиболее выраженные нарушения показателей качества жизни отмечены в физической и социальной сферах. Избыточный вес не дает возможности подросткам выполнять многие физические упражнения, бегать, прыгать, участвовать в подвижных играх. Получается замкнутый круг: избыточный вес становится причиной малоподвижности, которая в свою очередь приводит к еще большему избыточному весу. Снижение качества социального функционирования у подростков данной категории выражается в затруднении контактов со сверстниками, когда они предпочитают оставаться в стороне, не участвовать в разговорах, чтобы избежать насмешек и пренебрежительного отношения к себе.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что параллельно работе по снижению веса необходимо проводить работу по психологической поддержке подростков данной категории, направленную на повышение позитивного ощущения психологического благополучия, и, как следствия, качества жизни. Это позволит подросткам с избыточным весом быть более адаптивными, уверенными в себе, активными и успешными в социуме.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Избыточный вес и ожирение среди детей. // Мир медицины. Питер, 2001. – № 3. – С. 28.
2. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: автореф. дис... канд. психол. наук. – Томск, 2002. – 25 с.
3. Дубровская М.И., Усачева Е.М. Психологические особенности детей с поражениями верхнего отдела пищеварительного тракта и избыточной массой тела // Вопросы детской диетологии, 2010, № 1. - С. 5–8.
4. Исследование «поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг. [Электронный ресурс] : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1 – Дата доступа: 20.02.2016.
5. Лепешинский Н.Н. Адаптация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф // Психологический журнал, 2007, № 3. – С. 24-35.
6. Савельева О.С. Субъективное благополучие как проблема социальной психологии личности. – М., 2008.
7. Свистунова Е.В., Москалева Е.В. Факторы психологического благополучия

личности и качество жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2012 (12), № 1. – С. 28-38.

8. Шамянов Р. М. Психология субъективного благополучия личности. – Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 2004. – 268 с.

9. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Флинта, 2006. – 342 с.

1. VOZ. Global'naja strategija po pitaniju, fizicheskoj aktivnosti i zdorov'ju Izbytochnyj ves i ozhirenie sredi detej. // Mir mediciny. Piter, 2001. – № 3. – С. 28.

2. Voronina A.V. Ocenka psihologicheskogo blagopoluchija shkol'nikov v sisteme profilakticheskoy i korrekcionnoj raboty psihologicheskoy sluzhby: avtoref. dis... kand. psihol. nauk. – Tomsk, 2002. – 25 s.

3. Dubrovskaja M.I., Usacheva E.M. Psihologicheskie osobennosti detej s porazhenijami verhnego otdela pishhevaritel'nogo trakta i izbytočnoj massoj tela // Voprosy detskoj dietologii, 2010, № 1. - S. 5–8.

4. Issledovanie «povedenie detej shkol'nogo vozrasta v otnoshenii zdoro-v'ja» (HBSC): mezhdunarodnyj otchet po rezul'tatam obsledovanija 2009/2010 gg. [Jel-ektronnyj resurs] :
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf?ua=1
– Data dostupa: 20.02.2016.

5. Lepeshinskij N.N. Adaptacija oprosnika «Shkaly psihologicheskogo blagopoluchija» K. Riff // Psihologicheskij zhurnal, 2007, № 3. – С. 24-35.

6. Savel'eva O.S. Sub#ektivnoe blagopoluchie kak problema social'noj psihologii lichnosti. – М., 2008.

7. Svistunova E.V., Moskaleva E.V. Faktory psihologicheskogo blagopoluchija lichnosti i kachestvo zhizni podrostkov s saharnym diabetom 1 tipa // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2012 (12), № 1. – С. 28-38.

8. Shamionov R. M. Psihologija sub#ektivnogo blagopoluchija lichnosti. – Saratov: Izd-vo Saratovskogo un-ta, 2004. – 268 s.

9. Jerikson Je. Identichnost': junost' i krizis. – М.: Flinta, 2006. – 342 s.

10. Bradburn N. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine Pub. Co., 2005. — 320 p.

11. Deci E. L., Ryan R. M. The Causality orientation scale: self-determination in personality // Journal of research in personality 19, 1985. – 109 – 134.

12. Diener E. Subjective well-being. Psychological Bulletin, 2007. — P. 542—575.

13. Ryff C, Singer B. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being// Journal of Happiness Studies [serial online]. 2008. March. №9 (1).

14. Varni, J. W., Burwinkle T. M. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention – Defi-cit/Hyperactivity Disorder: a population-based study/ /Health Qual. Life outcomes. – 2006. – Vol. 21, № 4. – P. 26.

Milke E.A., Svistunova E.V.

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE BY OVERWEIGHT TEENAGERS

Institute of Psychology, Sociology and Social Relations of the Moscow City Teacher Training University (Moscow).

Summary. The article describes results of the investigation of psychological well-being and quality of life subjective assessment by overweight teenagers in comparison with their peers with normal weight.

Keywords: adolescents, overweight, psychological well-being, quality of life.

В.Л. Кабанов

НОВЫЕ МОДЕЛИ И ПРОГРАММЫ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ
Министерство образования и науки Российской Федерации (Москва).

Резюме. В статье представлен анализ нормативно-правового обеспечения, направленного на создание эффективной системы профилактики правонарушений и успешной социализации детей в Российской Федерации. Автор определяет важность оказания особого внимания уязвимым категориям детей, где учитывается необходимость разработки и внедрения форм работы, позволяющим преодолевать их социальную исключительность и способствующие реабилитации и полноценной интеграции в общество. Представлен опыт Минобрнауки России по формированию новых моделей Кластера антинаркотической профилактики детства на базе центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи несовершеннолетним, центров психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних, потребляющих наркотики в субъектах Российской Федерации.

Ключевые слова: социализация, профилактика правонарушений, психолого-педагогическая коррекция и реабилитация.

Защита прав каждого ребенка, формирование в Российской Федерации системы, обеспечивающей реагирование на их нарушение, создание эффективной системы профилактики правонарушений, совершаемых в отношении детей, и правонарушений самих детей определены ключевыми принципами и задачами Национальной стратегии в интересах детей в Российской Федерации на 2012-2017 гг.

«Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы», утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761, призвана обеспечить достижение международных стандартов в области прав ребенка, формирование единого подхода в решении актуальных проблем детства, ориентирована на создание условий для обеспечения соблюдения прав и законных интересов ребенка в семье, своевременного выявления их нарушений и организации профилактической помощи семье и ребенку, обеспечения адресной поддержки нуждающихся в ней семей с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

Важно кратко очертить векторную направленность и модальность других основополагающих документов в этом направлении.

«Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. № 996-р, посвящена развитию социальных институтов воспитания, обновлению воспитательного процесса в системе общего и дополнительного образования, в сферах культуры, физической культуры и спорта на основе оптимального сочетания отечественных традиций, современного опыта, достижений научных школ, культурно исторического, системно-деятельностного подхода к социальной ситуации развития ребенка;

«Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р, определяют систему принципов, приоритетных задач и механизмов реализации государственной молодежной политики – направления деятельности Российской Федерации, представляющего собой систему мер нормативно-правового, финансово-экономического, организационно-управленческого, кадрового, информационно-аналитического и научного характе-

ра, реализуемых на основе взаимодействия с институтами гражданского общества и гражданами, активного межведомственного взаимодействия, направленных на гражданско-патриотическое и духовно-нравственное воспитание молодежи, расширение возможностей для эффективной самореализации молодежи и повышение уровня ее потенциала в целях достижения устойчивого социально-экономического развития, глобальной конкурентоспособности, национальной безопасности страны, а также упрочения ее лидерских позиций на мировой арене;

«Концепция дополнительного образования детей», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 года № 1726-р, обеспечивает превращение жизненного пространства в мотивирующее пространство, формирующее самоактуализацию и самореализацию личности, мотивацию к познанию, творчеству, труду, спорту, приобщению к ценностям и традициям многонациональной культуры российского народа, внутренней активности саморазвития детской и подростковой субкультуры как квазиобщественной задачи;

«Концепция развития системы профилактики правонарушений несовершеннолетних», разработку которой Минобрнауки России ведет совместно с федеральными органами власти, а также исполнительными органами субъектов Российской Федерации в соответствии с Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012–2017 годы, направлена на создание условий для успешной социализации (ресоциализации) несовершеннолетних, формирования у них готовности к саморазвитию, самоопределению и ответственному отношению к своей жизни. Концепция призвана служить ориентиром для органов государственной власти, а также для органов местного самоуправления при решении вопросов, касающихся развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, создания условий для их успешной социализации.

Дополнительной новеллой в области профилактики правонарушений несовершеннолетних стал специализированный мониторинг, посвященный обобщению практик применения в субъектах Российской Федерации новых технологий и методов работы по профилактике правонарушений несовершеннолетних, в том числе повторных, по обеспечению досудебного и судебного сопровождения несовершеннолетних, вступивших в конфликт с законом, а также несовершеннолетних, отбывающих или отбывших наказание в местах лишения и ограничения свободы, посвящен специализированный анализ, а также изучен опыт регионов в разрезе различных органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Полученная в рамках проведенного мониторинга информация легла в основу разработанных в мае 2015 г. Минобрнауки России методических рекомендаций, которые помимо сведений о наиболее успешных практиках применения новых технологий и методов работы с указанными категориями детей, содержит информацию о механизмах их внедрения.

На 1 января 2014 г., по оценке Росстата, численность детей и подростков в возрасте до 18 лет, постоянно проживающих в России, составила 27 374 тыс. человек.

В 2014 г. привлечено к уголовной ответственности около 59 тыс. несовершеннолетних, совершивших преступления. Сохраняется высокая противоправная активность малолетних (в возрасте до 14 лет), в том числе девочек. Так, в общей численности несовершеннолетних, состоящих на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних (ПДН), за последние 5 лет доля малолетних увеличилась (с 22,6% в 2010 году до 23,8% в 2014 году), в том числе девочек. Возросла доля несовершеннолетних, осужденных в возрасте 14-15 лет (с 29,2% до 29,4%), в том числе: за изнасилование (с 21,9% до 26,9%), грабеж (с 33,1% до 34,6%), разбой (с 24,9% до 29,4%).

Вместе с тем, важно отметить, что благодаря проводимой образовательными организациями во взаимодействии с иными субъектами системы профилактики

комплексной воспитательной работы с детьми, предусматривающей мероприятия по формированию у них нормативного (законопослушного) поведения, по итогам 2014 г. число случаев совершения обучающимися и студентами преступлений снизилось на 10,9 %.

59 тыс. несовершеннолетних, совершивших правонарушение, – это 0, 0002 % от общей численности детского населения (27 374 тыс.). Плюс в воспитательных колониях содержатся 1900 осужденных подростков и почти 2000 подростков в специальных учебно-воспитательных учреждениях (СУВУ) закрытого типа,

Процент незначительный, но за каждой цифрой – судьба конкретного ребенка, конкретной семьи. В Национальной стратегии подчеркивается важность оказания особого внимания уязвимым категориям детей. В том числе речь идет о необходимости разработки и внедрения форм работы с такими детьми, позволяющими преодолевать их социальную исключительность и способствующие их реабилитации и полноценной интеграции в общество.

Академик Алексей Алексеевич Ухтомский писал: «Будущее – это часть жизни, которую можно изменить». Наша задача – помочь подрастающему поколению создать прочную конструктивную основу для своего будущего, а значит и для будущего нашего общества, нашего государства. Актуальным остается сегодня совершенствование комплекса социальных, правовых, психолого-педагогических и иных мер, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних, развитие системы профилактики правонарушений несовершеннолетних.

Результаты сегодняшнего дня подчеркивают необходимость обновления системы, использования современных ресурсов ее развития, актуализацию возможностей первичной профилактики.

Раннему предупреждению правонарушений принадлежит важная роль, поскольку в интересах общества желательно использование таких форм, которые бы исключали сам факт совершения правонарушений.

Профилактическая работа должна быть направлена прежде всего на повышение уровня жизни, формирование такого окружения ребенка, которое обеспечивает развитие нравственных ценностей, конструктивного социального поведения, мотивации и способности к духовно-нравственному развитию. В этом направлении необходимо укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений.

С учетом того, что значительную часть своей жизни несовершеннолетние проводят в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, важный акцент в осуществлении предупреждения преступности несовершеннолетних необходимо сделать на их деятельности.

Важно формировать инклюзивность образовательной среды, в том числе и с учетом превенционной универсальности образовательных организаций, готовых стать в случае необходимости профилактическими площадками.

По заказу Министерства, с целью организационно-методического наполнения Кластера, Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова осуществил научно-исследовательскую работу «Разработка комплекса мер по внедрению в работу образовательных организаций моделей и технологий реабилитации несовершеннолетних, потребляющих наркотики, в рамках Национальной системы реабилитации и ресоциализации наркозависимых».

Научным коллективом в рамках исследования осуществлен аналитический обзор имеющихся отечественных и зарубежных практик по реабилитации несовершеннолетних, страдающих наркозависимостью, и разработан экспериментальный комплекс мер по технологиям реабилитации несовершеннолетних, страдающих наркозависимостью, в образовательной среде.

Результатом исследования стала разработка экспериментальной модели функционирования специализированных центров на базе образовательных организаций различных типов с учетом социальной и образовательной инклюзии, а также экономической компоненты их создания.

Анализ структуры сети образовательных организаций, оказывающих педагогическую и иную помощь несовершеннолетним с девиантным поведением (по состоянию на 1 января 2015 г.), созданной в субъектах Российской Федерации показывает, что

- в Российской Федерации созданы 69 специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков с девиантным (общественно опасным) поведением закрытого и открытого типа. Они расположены в 48 регионах (за последние 5 лет сеть СУВУ сократилась на 26%, в 2010 г. она включала 93 учреждения. Так, за 2014 г. количество региональных учреждений закрытого типа сократилось на 12% (4 учреждения, фактическое число мест – 399) – Пермский край, Курганская, Омская, Тверская области.);

- в 23 регионах помощь несовершеннолетним с девиантным поведением оказывается Центрами психолого-медико-социального сопровождения. Наибольшее количество таких центров создано в Ставропольском крае (12), Пермском крае (9), Москве (7), Тульской области (6);

- в 20 регионах вовсе отсутствуют образовательные организации, оказывающие педагогическую и иную помощь несовершеннолетним с девиантным поведением.

Вопрос развития в каждом регионе (с учетом реальных потребностей конкретного региона) инфраструктуры, целью которой является защита прав детей и подростков, обеспечение социально-педагогической и медико-психологической помощи несовершеннолетним, имеющим проблемы в развитии, обучении, поведении, социальной адаптации сохраняет актуальность и сегодня.

Например, в рамках исполнения поручения Минобрнауки России осуществляет формирование Кластера антинаркотической профилактики детства на базе инфраструктуры центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи несовершеннолетним (ППМС-центры) и центров психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних, потребляющих наркотики (ППРК-центры), в субъектах Российской Федерации. Кластер предполагает два вектора профилактической антинаркотической деятельности, взаимно дополняющих друг друга:

- первичная профилактика наркогенных аддикций в образовательной среде;
- превенция вторичного вовлечения несовершеннолетних и молодежи в наркопотребление.

Кластер призван объединить передовой опыт субъектов Российской Федерации по профилактике наркогенных аддикций в образовательной среде, а также обеспечить обобщение, трансляцию и методическое сопровождение эффективных практик реабилитации и ресоциализации несовершеннолетних, потребляющих наркотики, в рамках элемента формируемой Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркозависимых.

Сохраняется острота проблемы ресоциализации выпускников СУВУ. Не сформированы необходимые механизмы поддержки и сопровождения. Выпуск нередко сопряжен с возвращением в деструктивный социум. За то время, которое подросток проводит в специальном учреждении, психологический микроклимат в большинстве семей изменяется незначительно. Поэтому во время каникул и после выпуска, приходя домой, подросток попадает в стрессогенную ситуацию. Несмотря на то что служба сопровождения СУВУ и другие организации проводят работу с семьей, действенных мер воздействия на внутрисемейный психологический климат на данном этапе, недостаточно.

Развитие в данном направлении видится через создание в субъектах Россий-

ской Федерации ресурсных центров комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), реализующих в том числе практику работы со случаем. Конструктивный опыт уже сформирован в ряде регионов.

Таким образом, актуальными направлениями обновления системы профилактики правонарушений нам видится:

- развитие ресурсов первичной профилактики, практики социальной инклюзии;
- развитие в каждом регионе (с учетом реальных потребностей конкретного региона) инфраструктуры, целью которой является защита прав детей и подростков, обеспечение социально-педагогической и медико-психологической помощи несовершеннолетним, имеющим проблемы в развитии, обучении, поведении, социальной адаптации сохраняет актуальность и сегодня.

- формирование условий для скоординированной комплексной помощи несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации на основе межведомственного, полипрофессионального взаимодействия, создание ресурсных центров КДНиЗП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов В.Л. Стратегии системы образования в профилактике асоциального поведения и формирования культуры безопасного образа жизни обучающейся молодежи // «Профилактика зависимостей». - 2015, № 3. - С. 1-8.

2. Кабанов В.Л. Защита семьи на повестке дня международного сообщества // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 5: юриспруденция. - 2015, № 1 (26). - С. 150-157.

3. Кабанов В.Л. Проблема определения и оценки наилучших интересов ребенка на теоретико-методологическом и правоприменительном уровнях // Евразийский юридический журнал. - 2014, № 11, (78). - С.197-201.

1. Kabanov V.L. Strategii sistemy obrazovaniya v profilaktike asotsial'nogo povedeniya i formirovaniya kul'tury bezopasnogo obraza zhizni obuchajushhejsja molodezhi // «Profilaktika zavisimostej». - 2015, № 3. - S. 1-8.

2. Kabanov V.L. Zashhita sem'i na povestke dnja mezhhdunarodnogo soobshhestva // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 5: jurisprudenciya. - 2015, № 1 (26). - S. 150-157.

3. Kabanov V.L. Problema opredeleniya i ocenki nailuchshih interesov rebenka na teoretiko-metodologicheskom i pravoprimeritel'nom urovnjah // Evrazijskij juridicheskij zhurnal. - 2014, № 11, (78). - S.197-201.

V.L. Kabanov

NEW MODELS AND PROGRAMS OF SUCCESSFUL SOCIALIZATION OF CHILDREN

The Ministry of Education and Science of the Russian Federation (Moscow).

Summary. The article presents an analysis of regulatory support, aimed at creating an effective system of crime prevention and successful socialization of children in the Russian Federation. The author defines the importance of providing special attention to vulnerable categories of children, which takes into account the need to develop and implement forms of work, allowing them to overcome social exclusion and promote rehabilitation and full integration into society. The experience of the Russian Ministry for the formation of new model of a cluster of anti-drug prevention of childhood based on pedagogical and psychological centers of social care to minors, centers of psychological and educational rehabilitation and correction of minors who use drugs in the Russian Federation.

Keywords: socialization, delinquency prevention, psycho-pedagogical correction and rehabilitation.

СПАСИТЕЛЬНОЕ ТВОРЧЕСТВО? ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО» ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы, ²Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).

Резюме: Психотерапевтическая работа с подростками является одной из самых сложных и комплексных в психотерапии. Стремление к развитию, личностному росту, самореализации естественны для экспансивно-исследовательской позиции подросткового возраста. Творчество, творческий процесс и вдохновение представляют неоспоримый саногенный потенциал в работе с подростками с психическими нарушениями. В статье рассматриваются некоторые теоретико-методологические предпосылки создания новой программы по Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для использования в подростковых психиатрических отделениях.

Ключевые слова: детская и подростковая психотерапия, Терапия творческим самовыражением Бурно М.Е., подростковый кризисный период, творчество, саногенный потенциал.

«Попробовав его однажды, вы не сможете жить без него. Это преобразующий, цельный процесс. Творчество не вписывается ни в какие догмы и политические рамки».

Н. Роджерс «Творческая связь» [18].

Введение. Чем старше ребенок, тем в большей степени разработка психотерапевтических технологий предполагает не только создание оригинальных, ориентированных на тот или иной возраст, «детских» методик (поведенческая ПТ, сказкотерапия, песочная терапия, игротерапия и проч.), но и адаптацию «взрослых», способных, во-первых, эволютивно-онтогенетически сопровождать освоение «зоны ближайшего развития» в перманентном процессе созревания, а во-вторых, послужить долговременным фундаментом для гармонизации зрелой личности и совершенствования ее приспособительно-овладевающей адаптации к природной и социальной среде. Вершиной пирамиды человеческих потребностей, достижение которой ассоциируется с вершиной личностного роста, является потребность в «самоактуализации» (по А. Маслоу) [16] в социально позитивных формах. В то же время создатель логотерапии - В. Франкл, обозначающий экзистенциальный вакуум одной из «серьезных проблем современной психиатрии», придает основное значение в развитии человека т. н. «стремлению к смыслу» [22]. К. Роджерс пишет о «стремлении индивида к внутреннему росту, здоровью и адаптации», как о необходимом факторе на пути формирования «интегрированной личности» [18]. С другой стороны, биологические механизмы стремления к развитию обосновываются «феноменом экспансии функциональных систем в нейроонтогенезе», являясь «важнейшим залогом выполнения генетической программы», реализуя естественное внутреннее и желаемое «восходящее движение по онтогенетическому пути» [20]. В этом смысле Терапия творческим самовыражением (ТТС) М.Е. Бурно, принципиально открытая для включения всех выше названных подходов, а также иных концептуально-методических позиций, представляется весьма перспективным методом для адапта-

ции к подростковому возрасту. ТТС позволяет осуществлять помощь подросткам в реализации целей и задач данного критического периода (формирование самосознания, морального сознания, целеполагание, овладение безопасными формами самовыражения и проч.), что и послужило основанием для предпринятого нами концептуально-практического поиска в контексте онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [23].

Теоретические подходы

Творческий процесс, его особенности на разных возрастных этапах не раз становились предметом изучения. Ниже приведем лишь некоторые основополагающие концепции и теории, в которых подвергались изучению те или иные аспекты, относящиеся к творчеству вообще и в детско-подростковом возрасте в частности, по возможности концентрируясь на взглядах отечественных ученых (см. табл. 1).

Таблица 1.

Основы творчества, эстетического переживания

Автор подхода	Название и основание подхода	Атрибуты
Лазурский А.Ф.[12]	Теория личности. Индивидуально-типологические основы личности. Характер. Отношения к миру как значимые компоненты структуры личности.	Эндопсихические и экзопсихические элементы личности. Психосоциальность личности.
Зеньковский В.В.[5]	Христианская антропология. Священное писание. Образ Божий в человеке. Спасение человека.	Целостное видение человеческой природы в единстве телесной, душевной и духовной жизни. Стадии эстетического переживания и изобразительной деятельности в онтогенезе.
Выготский Л.С.[3, 4]	Культурно-исторический подход. Социальная среда - главный источник развития личности.	Высшие психические функции. Интерииоризация. Комбинирующая, творческая деятельность мозга, воображение как основа творчества.
Бурно М.Е. [2, 10]	Клинико-психотерапевтический подход. Клиницизм, защитно-приспособительный характер психопатологических проявлений. Клиническая характерология.	Терапия творческим самовыражением. Дефензивность. Целебное творчество. Эмоционально-стрессовое воздействие. Вдохновение.
Шевченко Ю.С., Крепица А.В. [24]	Этолого-онтогенетический подход. Эволюционно-биологическая целесообразность. Филогенез, онтогенез, социогенез.	Антропогенез, эволюционно-биологическая обусловленность творчества. Инстинкт самосохранения, инстинкт сохранения рода, инстинкт сохранения вида, инстинкт сохранения мира.

Эдит Крамер [9]	Психоаналитический подход. Бессознательное.	Арт-терапия. Структура психики и этапы ее развития. Идентичность, «Я».
Копытин А.И. [7, 8]	Системная клиническая арт-терапия, использование искусства в контексте психотерапевтической практики.	Психологическая теория личности. Психологическая, клиничко-психиатрическая или иная концепция расстройства. Арт-психотерапевтическое вмешательство.
Самохвалов В.П. [19]	Интегративный эволюционный (биосоциокультуральный) подход.	Этологические, психоаналитические и историогенетические механизмы адаптивного смысла творчества.

Представители разных научных парадигмальных направлений по-своему подходили к изучению творчества, творческого процесса, эстетического переживания, посвящая данному вопросу отдельные монографии или лишь вскользь касаясь его. Так, у А.Ф. Лазурского при перечислении элементов экзопсихики находим наряду с отношением к вещам, к природе и животным, к семье, государству, труду в том числе и отношение к искусству (эстетический интерес) [12]. При этом автор считал, что внешние характерные экзо-проявления человека, «будучи освоены человеком, отличаются впоследствии такой же прочностью, как и его эндо-психика» [12], т. е. унаследованные и врожденные черты. Современные биологические параллели данной эволюционно-психологической позиции можно обнаружить в концепции эпигенеза. Другой отечественный исследователь, психолог, священник и богослов В.В. Зеньковский в своем фундаментальном труде «Психология детства» [5] так говорит об эстетической жизни ребенка: «Все в мире – и большое и малое, и мертвое и живое, и звезды и небо, и земля и люди, - все восхищает дитя, влечет его к себе, все наполняет его радостным волнением, все нравится ему без всякой мысли о возможном его использовании без всякого пустого резонерства... Можно, поэтому даже утверждать, что отношение ребенка к миру... носит преимущественно эстетический характер: эстетическая установка доминирует в детской душе». Творческий характер эстетической жизни ребенка В.В. Зеньковский определяет как «...неизменное стремление к творчеству, пользуясь всеми доступными ему средствами». В других концепциях творчество рассматривается как «необходимое условие существования» человека (Л.С. Выготский), а детское творчество как абсолютно естественный процесс: «Ребенок, который сидя верхом на палке, воображает, что едет на лошади, девочка, которая играет с куклой и воображает себя ее матерью,... все эти дети представляют примеры самого подлинного, самого настоящего творчества» [3]. В то же время филогенетические корни игры с палочкой и в «дочки-матери» можно увидеть в поведении самок-шимпанзе от подросткового возраста до момента рождения собственного ребенка [11].

Истоки «целebного» творчества у М.Е. Бурно - автора метода ТТС - лежат в понятийной плоскости «клиницизма», «стихийной самопомощи», «клинической характерологии». М.Е. Бурно так описывает суть целebного творчества: «Творчество как выполнение любого нравственного дела по-своему, сообразно своей духовной индивидуальности помогает вернуться к себе самому, яснее, отчетливее

почувствовать себя собою, смягчиться душевно, посветлеть, яснее увидеть свой путь, обрести смысл жизни» [2]. На «общебиологический» характер творческой активности указывают другие исследователи (Ю.С. Шевченко, А.В. Крепица), считающие, что творчество «по глубине своего влияния на психику, а через нее на весь организм» может быть приравнено к «биологическим средствам воздействия», с одной стороны, и является отражением экологического инстинкта и его эволюционно-биологической детерминированности - с другой [24]. Арт-терапевтический подход исторически сложился и развивался вместе с психоанализом и постулировал работу с бессознательным, определенными структурами психики («Оно», «Я», «Сверх-Я») и этапами их развития. Позднее арт-терапевты концентрировались на изучении «Я», идентичности и их укреплении с помощью творчества. Эдит Крамер так описывает арт-терапевтическую работу с «проблемными» детьми и подростками: «Реабилитация начинается с укрепления «Я», упрочения отношений с другими людьми, поощрения личностного роста и интериоризации ценностей» [9]. В современной арт-психотерапии (А.И. Копытин) преобладает клиническая и социальная ориентация при выделении следующих наиважнейших функций творческой активности: экспрессивно-катарсической, стимулирующей, организующей, смыслообразующей, фокусирующей, интегративной, активизирующей, коммуникативной, защитной/копинговой [7, 8].

На наш взгляд, целебный эффект творчества на этапе подростковости может рассматриваться с традиционных для отечественной детской психиатрии позиций онтогенеза [6, 21]. И тогда представляется возможным выделить следующие психотерапевтические механизмы. Процесс творчества как не стимулированное стремление выйти за пределы заданной проблемы [1] дает возможность подростку сублимировать агрессивную экспансивность пубертатного возраста; в социально безопасной форме канализировать обостренные возрастные реакции; творчество может быть конструктивной альтернативой проявлениям стихийной инициации, а импрессивное (или рецептивное) творчество помогает воздействовать на непосредственное восприятие красоты через подражание ее эталонам, «отзеркаливание» узнаваемых и мысленное «доистраивание» оригинальных стимулов.

Психотерапевтические мишени и задачи

Индивидуальный клинический случай больного ребенка или подростка складывается из сочетания трех блоков особенностей (**общее, частное, единичное**), в контексте которых мы предлагаем рассматривать психотерапевтические мишени. К блоку **общего** (1) относятся те особенности и отклонения в психофизическом развитии ребенка и подростка, которые предшествуют, возникают одновременно или являются результатом психических заболеваний, т. е. отражают общевозрастную онтогенетически-дизонтогенетическую структуру психики пациентов, ее свойств и функций. К блоку **частного** (2) относятся клинические проявления заболевания (эндогенного, психогенного, наследственно-конституционального, органического), психопатология которого отличается от такого же заболевания у взрослого специфическим репертуаром феноменов, реакций и состояний, спаянных с определенным возрастным периодом/кризисом. Третий блок **единичного** (3) представлен индивидуальными конституционально-генетическими свойствами, с неповторимым сочетанием личного опыта, жизненных условий, контекста внутрисемейных взаимоотношений, ситуации развития, факторов риска и защиты [15].

Учитывая все три перечисленных блока особенностей, мы создали программу, базирующуюся на методе ТТС М.Е. Бурно, рассчитанную в общей сложности на 24 занятия. Предусмотрена как групповая, так и индивидуальная формы работы, при этом возможен поэтапный переход от индивидуальной формы к группо-

вой и наоборот в зависимости от клинических задач и дополнительных условий. Выбор ТТС для психотерапевтической работы с подростками обусловлен [13, 14]: а) клинической направленностью метода; б) возможностью воздействия на позитивные психотерапевтические мишени; в) подростковой дефензивностью; г) сано-генным потенциалом творчества. Ниже представлен сравнительный анализ лечебных задач в краткосрочной психотерапии взрослых пациентов (по методу ТТС) и подростков с психическими нарушениями (см. табл. 2).

Таблица 2.

Сопоставление лечебных задач в краткосрочной ТТС взрослых пациентов и подростков

№	Задача в психотерапии взрослых	Задача в психотерапии подростков
1.	Помощь пациентам в процессе индивидуальных и групповых занятий по возможности познать, изучить свои болезненно-стойкие, «трудные» характерологические особенности, патологические расстройства для того, чтобы выяснить, как возможно применить все это творчески и наиболее общественно-полезно [10].	Помощь в развитии и доформировании высшей психической функции – самосознания, а также связанных с ним творческим самопознанием и самореализацией.
2.	Помощь в процессе ТТС сообразно своим стойким особенностям осознать свое место среди людей и для людей, продумав собственную серьезную неслучайность в стране, в человечестве [10].	Помощь в решении мировоззренческих, экзистенциальных проблем, приобщающих их к культурной эволюции.
3.	Не просто призывать пациентов к творчеству (писать, рисовать, фотографировать и т.д.), а в уютной творческой обстановке подвести их к этому, «заразить» этим, возбуждать интерес членов группы к самовыражению [10].	Провокация и помощь в формировании потребности в творчестве, а также сублимации нижележащих базовых потребностей.
4.	Способствовать тому, чтобы пациенты, благодаря своей теперь уже укрепленной творчеством индивидуальности стойко, благотворно вошли в жизненные коллективы – трудовые, учебные, бытовые и т. д. [10].	Обогащение индивидуального опыта, рост компетентности, что делает подростка самоуважающим и принятым социумом. В то же время приобретенный опыт коллективного взаимодействия повышает жизнестойкость за счет совершенствования приспособительно-овладевающих механизмов адаптации к миру, к себе и обществу.

Наш собственный опыт применения специально разработанной онтогенетически-ориентированной программы [13], базирующейся на основе метода ТТС, для использования в условиях профильных отделений детско-подросткового психиатрического стационара, позволяет говорить об адекватности и эффективности ТТС в отношении подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоявленская Д.Б. Психология творческих способностей: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 320 с.
2. Бурно М.Е. О существе Терапии творческим самовыражением // Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2003. – 880 с.: ил. – («Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии»).
3. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте: Психол. очерк: Кн. Для учителя. – 3 изд. – М.: Просвещение, 1991. – 93 с.: ил.
4. Выготский Л.С. Психология искусства / Предисл. А.Н. Леонтьева; Коммент. Л.С. Выготского, В.В. Иванова; Общ. ред. В.В. Иванова. — 3-е изд. — М.: Искусство, 1986.—573 с.
5. Зеньковский В.В. Психология детства. – Екатеринбург: Деловая книга, 1995. – 350 с. – (Серия «Философско-психологическая библиотека»).
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979. – 608 с.
7. Копытин А.И. Создание модальности «арт-психотерапия» в составе Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги // Международный журнал арт-терапии «Исцеляющее искусство». – 2015. – Т. 18, № 2. – С. 9-18.
8. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. - М.: Когито-Центр, 2015. - 526 с.
9. Крамер Э. Арт-терапия с детьми: Пер. с англ. / Вступ. ст. и послесловие Е. Макаровой. – М.: Генезис, 2013. – 320 с.
10. Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод Бурно М.Е.) в психиатрии. Коллективная монография под редакцией профессора М.Е. Бурно, автор-составитель к.м.н. И.Ю. Калмыкова – М: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. – С. 34-50.
11. Ладыгина-Котс Н.Н. Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях: со 145 таблицами: в 2 т. – 2-е изд., испр. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. – Т. 1 – 592 с.
12. Леонтьев Д.А. Теория личности А.Ф. Лазурского: от наклонностей к отношениям // Методология и история психологии. 2008. - Т. 3, № 4. - С. 7-20.
13. Левковская О.Б. Онтогенетически ориентированная программа по Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. (ТТСБ), подготовленная для работы врача-психотерапевта в условиях профильных детско-подростковых психиатрических отделений // Психотерапия. – 2015. – Т. 153, № 9. – С. 27-37.
14. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Опыт применения Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. (ТТСБ) в условиях детско-подросткового психиатрического стационара // Детская и подростковая психотерапия. Всероссийская научно-практическая конференция. Сборник материалов 17-19 апреля 2015 г. - М: Издательство «Перо», 2015. – С. 134-137.
15. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Теоретико-методологическое обоснование применения Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. для подростков с психическими нарушениями // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – Т. 22, № 9. – С.152 – 159.
16. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с. – (Серия «Мастера психологии»).
17. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы: Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Психотерапия, 2008. – 512 с..
18. Роджерс Н. Творческая связь. Исцеляющая сила экспрессивных искусств / Натали Роджерс; пер. с англ. А. Орлова. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 336 с.

19. Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е. Психиатрия и искусство / С.Т. Агарков, И.А. Зайцева-Пушкаш, В.Е. Кузнецов, В.П. Самохвалов, О.Е. Самохвалова, А.В. Старовойтов, О.В. Хренников, А.А. Шевченко; Под ред. В.П. Самохвалова, В.Е. Кузнецова. – М.: Издательский дом Видар-М, 2015. – 376.: ил.

20. Скворцов И.А. Неврология развития: руководство для врачей. – М.: Литтерра, 2008. – 544 с.: ил. – (Серия «Практические руководства»).

21. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.2. – М.: Медгиз. – 400 с.

22. Франкл В. Воля к смыслу. Пер. с англ. яз. – М. Институт Общегуманитарных Исследований. 2015. – 144 с.

23. Шевченко Ю.С. Концепция онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции // Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия / под ред. Ю.С. Шевченко. – Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – С. 413-431.

24. Шевченко Ю.С., Крепица А.В. Биологические предпосылки искусства как основы арт-терапии и арт-педагогтики // Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия / под ред. Ю.С. Шевченко. – Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – С. 400-413.

1. Bogojavlenskaja D.B. Psihologija tvorcheskikh sposobnostej: Ucheb. posobie dlja stud. vyssh. ucheb. zavedenij. – М.: Akademija, 2002. – 320 s.

2. Burno M.E. O sushhestve Terapii tvorcheskim samovyrazheniem // Prakticheskoe rukovodstvo po Terapii tvorcheskim samovyrazheniem / Pod red. M.E. Burno, E.A. Dobroljubovoj. – М.: Akademicheskij Proekt, OPPL, 2003. – 880 s.: il. – («В-ка психологии, психоанализа, психотерапии»).

3. Vygotskij L.S. Voobrazhenie i tvorchestvo v detskom vozraste: Psihol. ocherk: Kn. Dlja uchitelja. – 3 izd. – М.: Prosveshhenie, 1991. – 93 s.: il.

4. Vygotskij L.S. Psihologija iskusstva / Predisl. A.N. Leont'eva; Komment. L.S. Vygotskogo, V.V. Ivanova; Obshh. red. V.V. Ivanova. — 3-e izd. — М.: Iskusstvo, 1986.—573 s.

5. Zen'kovskij V.V. Psihologija detstva. – Ekaterinburg: Delovaja kniga, 1995. – 350 s. – (Serija «Filosofsko-psihologicheskaja biblioteka»).

6. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej). – М.: Medicina, 1979. – 608 s.

7. Kopytin A.I. Sozdanie modal'nosti «art-psihoterapija» v sostave Obshherossijskoj professional'noj psihoterapevticheskoj ligi // Mezhdunarodnyj zhurnal art-terapii «Iscljajushhee iskusstvo». – 2015. – Т. 18, № 2. – С. 9-18.

8. Kopytin A.I. Sovremennaja klinicheskaja art-terapija. – М.: Kogito-Centr, 2015. – 526 s.

9. Kramer Je. Art-terapija s det'mi: Per. s angl. / Vstup. st. i posleslovie E. Makarovoj. – М.: Genezis, 2013. – 320 s.

10. Kratkosrochnaja Terapija tvorcheskim samovyrazheniem (metod Burno M.E.) v psihiatrii. Kollektivnaja monografija pod redakciej professora M.E. Burno, avtor-sostavitel' k.m.n. I.Ju. Kalmykova – М: Institut kon-sul'tirovanija i sistemnyh reshenij, Obshherossijskaja professional'naja psihoterapevticheskaja liga, 2015. – С. 34-50.

11. Ladygina-Kots N.N. Ditja shimpanze i ditja cheloveka v ih instinktah, jemocijah, igrach, privyckah i vyrazitel'nyh dvizhenijah: so 145 tablicami: v 2 t. – 2-e izd., ispr. – М.: MPSI; Voronezh: MODJeK, 2011. – Т. 1 – 592 s.

12. Leont'ev D.A. Teorija lichnosti A.F. Lazurskogo: ot naklonnostej k otnoshenijam // Metodologija i istorija psihologii. 2008. – Т. 3, № 4. – С. 7-20.

13. Levkovskaja O.B. Ontogeneticheski orientirovannaja programma po Terapii tvorcheskim samovyrazheniem Burno M.E. (TTSB), podgotovlennaja dlja raboty vra-

cha-psihoterapevta v uslovijah profil'nyh detsko-podroostkovykh psihiatricheskikh otdelenij // Psihoterapija. – 2015. – T. 153, № 9. – S. 27-37.

14. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Opyt primeneniya Terapii tvorcheskimi samovyrazheniem Burno M.E. (TTSB) v uslovijah detsko-podroostkovogo psihiatricheskogo stacionara // Detskaja i подроostkovaja psihoterapija. Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija. Sbornik materialov 17-19 aprelya 2015 g. - M: Izdatel'stvo «Pero», 2015. – S. 134-137.

15. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie primeneniya Terapii tvorcheskimi samovyrazheniem Burno M.E. dlja подроostkov s psihicheskimi narushenijami // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2015. – T. 22, № 9. – S.152 – 159.

16. Maslou A. Motivacija i lichnost'. 3-e izd. / Per. s angl. – SPb.: Piter, 2010. – 352 s. – (Serija «Mastera psihologii»).

17. Rodzhers K. Konsul'tirovanie i psihoterapija: Novejsšie podhody v oblasti prakticheskoy raboty: Per. s angl. – 2-e izd. – M.: Psihoterapija, 2008. – 512 s..

18. Rodzhers N. Tvorcheskaja svjaz'. Isceljajushhaja sila jekspressivnykh is-kusstv / Natali Rodzhers; per. s angl. A. Orlova. – M.: Mann, Ivanov i Ferber, 2015. – 336 s.

19. Samohvalov V.P., Kuznecov V.E. Psihiatrija i iskusstvo / S.T. Agarkov, I.A. Zajceva-Pushkash, V.E. Kuznecov, V.P. Samohvalov, O.E. Samohvalova, A.V. Starovojtov, O.V. Hrennikov, A.A. Shevchenko; Pod red. V.P. Samohvalova, V.E. Kuznecova. – M.: Izdatel'skij dom Vidar-M, 2015. – 376.: il.

20. Skvortcov I.A. Nevrologija razvitiya: rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Litterra, 2008. – 544 s.: il. – (Serija «Prakticheskie rukovodstva»).

21. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. T.2. – M.: Medgiz. – 400 s.

22. Frankl V. Volja k smyslu. Per. s angl. jaz. – M. Institut Obshegumanitarnykh Issledovanij. 2015. – 144 s.

23. Shevchenko Ju.S. Koncepcija ontogeneticheski-orientirovannoj (re-konstruktivno-konduktivnoj) psihoterapii i psihokorrekcii // Mamceva V.N. Detskaja i подроostkovaja psihiatrija / pod red. Ju.S. Shevchenko. – Uchebnoe posobie. – M.: Medicina, 2003. – S. 413-431.

24. Shevchenko Ju.S., Krepica A.V. Biologicheskie predposylki iskusstva kak osnovy art-terapii i art-pedagogiki // Mamceva V.N. Detskaja i подроostkovaja psihiatrija / pod red. Ju.S. Shevchenko. – Uchebnoe posobie. – M.: Medicina, 2003. – S. 400-413.

O.B. Levkovskaya¹ 2, Yu.S. Shevchenko²

THE SAVING CREATIVITY? USING THE METHOD OF «THE CREATIVE SELF-EXPRESSION THERAPY BY M.E. BURNO» IN THE PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENTS

¹Scientific-Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents behalf of GE Sukhareva, ²Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow).

Summary. Psychotherapeutic work with adolescents is a complex and challenging work. It turns to be inextricable and sophisticated. The aspiration for the development, personal increase, self-realization is natural for expansive and investigative position of adolescence. The creativity, creative process and inspiration represent an unquestioned health-improving and revitalizing potential in work with teenagers with mental disorders. Considering the above-mentioned reasons, we want to introduce the theoretical and methodological prerequisites of the new program based on the creative self-expression psychotherapy, invented by M.E. Burno. The programme for adolescents in psychiatric departments is created by taking into account all the aspects listed before.

Keywords: children and adolescents psychotherapy, creative self-expression psychotherapy by M.E. Burno, teenage crisis, creativity, revitalizing potential.

**СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ВКЛЮЧЕННЫХ
В ПРОГРАММЫ СОВМЕСТНОЙ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. Статья посвящена проблеме достижения возможной самостоятельности и независимости детьми с тяжелыми нарушениями в развитии, включающими выраженную интеллектуальную недостаточность. Целью исследования стало изучение особенностей психосоциального развития детей с выраженной интеллектуальной недостаточностью, включенных в программы социокультурной реабилитации. Описывается модель социокультурной реабилитации, разработанная общественной организацией «Круг». Результаты исследования свидетельствуют о том, что многолетняя реабилитационная работа позволяет включить детей с выраженной умственной отсталостью в социальный контакт, помогает выделить предпочитаемый ими вид деятельности, что является подтверждением повышения качества их жизни. Жизнь этих детей приобретает не только витальную, но и социокультурную регуляцию.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, абилитация, социокультурная реабилитация, субъективное качество жизни, интеллектуальная недостаточность, множественные нарушения развития, социально-бытовые навыки, самообслуживание.

Согласно Международной классификации функционирования, нарушения функций органов и систем организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или врожденной недостаточностью, определяют ограничения жизнедеятельности человека. Основные категории жизнедеятельности описаны в виде способностей (к самообслуживанию, общению, ориентации, контролю своего поведения и др.) [6]. Социально-психологические последствия ограниченных возможностей здоровья снижают качество жизни и требуют реабилитации, под которой понимается расширение сферы жизнедеятельности человека [2]. Относительно детей с нарушениями в развитии наряду с термином реабилитация используют понятие абилитации как деятельности, направленной на первоначальное формирование тех или иных способностей. Конечной целью абилитации/реабилитации является, по определению ВОЗ, «подготовка или переподготовка индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей» для достижения максимально возможной для него самостоятельности и независимости, что безусловно связано с повышением качества его жизни.

Задача достижения самостоятельности и независимости детьми с тяжелыми нарушениями в развитии, включающими выраженную интеллектуальную недостаточность, не имеет однозначных решений. Дети с тяжелыми и множественными нарушениями, как правило, остаются нетрудоспособными и плохо адаптированными к открытому социуму. В специальной литературе детям этой категории до последнего времени уделяли недостаточно внимания ввиду бытовавшего мнения об их «необучаемости» и «невоспитуемости». Однако в последнее время положение дел меняется, хотя предлагаемые модели комплексной помощи таким детям, направленной на их социализацию, немногочисленны [7, 9]. Среди них представляет интерес модель социокультурной реабилитации, разрабатываемая и реализуемая в течение почти двадцати лет общественной организацией «Круг» под руководством Н.Т. Поповой [1], согласно которой «образование и реабилитация

детей с проблемами эмоционального, психического и интеллектуального развития возможны только тогда, когда вокруг них организуется целостная система жизни – совершенно особый мир со своими иерархиями, связями, способами взаимодействия и т. д. В этом случае ребенок погружается в полноценную, адекватную его потребностям среду» [8].

Целью настоящего исследования было изучение особенностей развития детей с выраженной интеллектуальной недостаточностью, включенных в программы социокультурной реабилитации. Мы исходили из того, что наличие позитивной динамики в развитии лиц с тяжелыми и множественными нарушениями, сочетающимися с выраженной умственной отсталостью, является одним из весомых показателей эффективности системы реабилитационной работы. Выявление качества жизни испытуемых этой категории представляет значительные трудности, но все же возможно с опорой на такие показатели, как активность, включенность, характеристика эмоционального состояния [10].

Материал и организация исследования: Исследование проводилось на базе ЦДТ «Строгино», где много лет осуществляется деятельность отделения социально-творческой реабилитации «Круг». В исследовании приняли участие 25 человек – дети и молодежь с тяжелыми множественными нарушениями развития, сочетающимися с выраженной умственной отсталостью. На первом, пилотном этапе проводилось наблюдение 8 учащихся [3]. На основании наблюдения были даны обобщенные характеристики группы испытуемых.

Второй этап исследования предполагал, кроме наблюдения, применение методики количественного учета овладения социально-бытовыми навыками, предложенной М.С. Переверзевой. Разработанная ею диагностическая карта состоит из 7 блоков. Первый посвящен общим данным о ребенке, в нем указываются фактический возраст, способность к передвижению, функциональные возможности рук, состояние зрения, слуха, интеллекта, доступные способы общения, уровень понимания обращенной речи и степень развития собственной речи, а также отмечаются сопутствующие диагнозы, отражающие общее состояние ребенка. Остальные 6 блоков посвящены диагностике непосредственно навыков самообслуживания: приема пищи, пользования туалетом, умывания, чистки зубов, причесывания и раздевания–одевания [5]. На этом этапе к исследованию были привлечены 18 учащихся. В описании результатов исследования основное внимание уделено состоянию навыков самообслуживания.

Результаты

Первый этап исследования

Общая характеристика испытуемых

На первом этапе исследования наблюдались дети и молодежь в возрасте от 11 до 30 лет (всего 8 человек), посещающие программу «День пребывания». Все участники имели сложный набор нарушений, сочетающихся со снижением интеллекта: семеро с умеренной или тяжелой степенью умственной отсталости и одна девушка с глубокой степенью. Учащиеся наблюдались в ситуации воспитания и обучения, а также в быту, на прогулке и в свободном поведении.

Процесс социализации учащихся, включенных в программу «День пребывания», строится с опорой на наглядные, конкретные материалы, повторяемость и ритмичность деятельности. Развивающие программы затрагивают практически все аспекты жизни ребенка, что очень важно, поскольку те способности, которые обычный ребенок усваивает спонтанно, у таких детей требуют специального формирования, многократного повторения и приобретаются ребенком постепенно - в течение нескольких месяцев или лет.

По качеству и степени нарушений группа испытуемых была неоднородной. Дети с умственной отсталостью в умеренной и тяжелой степени имели одно или несколько сочетанных нарушений (заболеваний), среди которых: эпилепсия, шизотипические нарушения, расстройства аутистического спектра или аутоподобные нарушения, выраженное двигательное нарушение (ДЦП), тяжелая задержка речевого развития (в том числе полное отсутствие и несформированность речи).

Бытовые навыки и навыки самообслуживания

Социально-бытовые навыки у наблюдаемых детей были сформированы в разной степени. Однако, все, кроме девушки с умственной отсталостью в глубокой степени, могли самостоятельно принимать пищу, пользоваться туалетом и ванной и имели навыки раздевания-одевания.

При приеме пищи наиболее трудным для многих является использование ложки и вилки ввиду нарушений моторики, а также недостаточности зрительно-моторной координации. По тем же причинам вызывают трудности такие действия, как донести тарелку с супом до стола, разлить суп половником в тарелки, нарезать хлеб, вымыть посуду. У одного из юношей, имеющего эписиндром и крайнее недоразвитие зрительно-пространственных представлений и координаций, эти трудности выражались в неспособности пить из кружки, в которой находится ложка. Все же моторная неловкость мешает, но не делает невозможными описанные действия.

При необходимости одеться на прогулку и раздеться по возвращении особые трудности у многих вызывает завязывание шнурков и застегивание пуговиц (из-за нарушений мелкой моторики), надевание плотно прилегающей одежды и обуви (из-за необходимости прилагать значительное целенаправленное усилие при натягивании). Часто некоторые из детей сильно затягивали время одевания, потому что не могли справиться с каким-то действием и прекращали попытки, ожидая, что им помогут, или переключались на другую деятельность и как бы «забывали» об одежде. Нередко дети, одеваясь, забывали надеть тот или иной элемент одежды. Некоторые также не могли узнать своей одежды. Важно отметить, что ни разу не наблюдались жалобы на холод или мокрые ноги (при прогулке в холодную погоду). Одна из девушек, вполне способная сама одеться, не делала этого, ожидая помощи.

Все это показывает, что освоение и правильное выполнение навыков самообслуживания затруднено вследствие трудностей осмысления и удержания целостной программы действий, направленных на тот или иной результат. При этом сам желаемый результат (образ цели) также может «теряться». Кроме того, значительную роль играют несовершенство моторной сферы, быстрая утомляемость и истощаемость (особенно зимой при одевании). Имеют значение также индивидуальные особенности.

В свете описанной ситуации важно отметить, что у старших учащихся социально-бытовые навыки были в значительной мере лучше развиты, чем у младших, и приближались к практически нормальному владению ими в полном объеме. Следовательно, включение в программы социокультурной реабилитации в течение длительного времени помогает детям с выраженными и множественными нарушениями развития освоить культурный норматив.

Речевое развитие

Из наблюдаемых детей экспрессивной речи не было у двух мальчиков (один с аутизмом, другой с тяжелой умственной отсталостью и эписиндромом): они могли использовать свой речевой аппарат, издавая некоторые звуки, однако, его культурная, речевая функция у них не сформировалась. Остальные дети так или иначе

использовали речь, но у всех речевое развитие не соответствовало возрастной норме или имелись какие-то нарушения речи.

Наиболее характерными особенностями речи испытуемых были следующие: дислалии, речевые персеверации, эхолалии (у аутичных детей), речевые стереотипии, склонность к употреблению речевых штампов, не имеющих отношения к ситуации; несформированность развернутой фразовой речи.

У всех говорящих участников отмечается узость словарного запаса (и активного, и пассивного словарей), аграмматичность речи, отсутствие письма и чтения, часто непонимание обращенной речи взрослого. Основными трудностями в понимании речи для них является трудность понимания сложных грамматических конструкций, выражающих пространственные, временные, причинно-следственные отношения, что связано в первую очередь с недоразвитием или поражением третичных зон коры головного мозга. Дети лучше понимают ситуативную речь, чем отвлеченную, пользуются общеупотребительными жестами. Неговорящий юноша с аутизмом также использует собственные жесты для общения.

Основные трудности, связанные с использованием речи, проявлялись в том, что экспрессивная речь не выполняет своей основной, то есть коммуникативной, функции. Так, например, один из молодых людей мог что-либо говорить, не обращаясь к кому-либо, или направлять речь к другому, но не проявлять активности в донесении смысла и получении обратной реакции, то есть не заботясь о понимании. С другой стороны, дети, не владеющие устной речью, очень активно использовали средства невербальной коммуникации (мимику, жесты), ждали ответа, хотели, чтобы их поняли.

Коммуникация и социальные контакты

Описанные нарушения речи либо ее отсутствие существенно осложняют межличностное общение участников группы. Низкий словарный запас, наличие трудностей в понимании и/или произношении, искажение понятийных связей и грубое нарушение семантической стороны речи - все это приводит к тому, что социальные контакты, в которые вступают учащиеся, оказываются малопродуктивными, их количество и глубина резко снижены. У всех детей способность выразить свои желания и нужды, высказать просьбу о помощи сформирована недостаточно.

Наибольшие трудности с общением возникали у молодых людей с аутистическими проявлениями. Они часто не только не стремились к общению, но даже его избегали. У неговорящих детей ярко проявлялась такая черта: жестами и мимикой они могли ярко выразить желание что-либо получить от взрослого (например, интересующую вещь), но если взрослый их не понимал, никаких дополнительных попыток или способов объяснить свое желание не использовалось. Вообще для всех детей - и говорящих, и не говорящих - было характерно отсутствие инициативы в общении, которую чаще проявляли взрослые. Для молодых людей с аутизмом были характерны также негативные реакции на попытки общения с реакциями избегания, агрессии и аутоагрессии. С другой стороны, им были свойственны «эгоцентрические» контакты, например, при интересе к какой-либо детали одежды и пр. они старались приблизиться, установить контакт, иногда завладеть этой вещью, причем собственно собеседник их не интересовал, поскольку они не реагировали на него, полностью поглощенные желаемым.

Все дети слабо реагируют на реакции партнера по общению, как на невербальные, так и зачастую на вербальные. Таким образом, у них остро стоит проблема понимания обратной связи, без которой не может обойтись ни одно двустороннее общение. Сами они также не заботятся о доставлении обратной связи со-

беседнику: смотрят в сторону при разговоре, не используют эмоционально выразительных поз, жестов и мимики, паравербальные компоненты устной речи часто расходятся со смыслом.

В целом, можно говорить о недостаточной сформированности не только навыков межличностного общения, но прежде всего, общения как деятельности, включая ее мотивационно-потребностный, смысловой и операциональный компоненты.

Выводы по первому этапу исследования

Проведенное наблюдение показало, что у детей с выраженной умственной отсталостью, сочетающейся с другими тяжелыми нарушениями развития, наблюдается недостаточная сформированность способности к самообслуживанию и общению. В то же время у старших учащихся социально-бытовые навыки в значительной мере лучше развиты, чем у младших, и в этом случае можно говорить о самостоятельности в сфере самообслуживания. Следовательно, включение в программы социокультурной реабилитации в течение длительного времени помогает детям с выраженными и множественными нарушениями развития освоить культурный норматив в рассматриваемой сфере. Все наблюдаемые дети включены в групповую работу, общие игры и задания – они не находятся в ситуации социальной изоляции.

Второй этап исследования

Общая характеристика испытуемых

Во втором этапе исследования приняли участие 18 испытуемых, имеющих инвалидность, с умственной отсталостью в различной степени, сочетающейся с дополнительными нарушениями (расстройства аутистического спектра, нарушения движения, психические расстройства, глубокие нарушения речи). Из них 13 испытуемых имеют умственную отсталость в выраженной степени.

Из 18 детей, вошедших в группу испытуемых второго этапа исследования, 12 посещают реабилитационную программу первичной коммуникации «Ротари», при этом 3 испытуемых посещают программу 1 год, 4 испытуемых - 2 года, 2 испытуемых - 3 года, 1 испытуемый - 4 года, 2 испытуемых - 5 лет.

4 испытуемых посещают групповую реабилитационную программу: 2 испытуемых - 3 года, 2 испытуемых - 5 лет.

1 испытуемый посещает индивидуальные занятия в реабилитационной мастерской.

Основная цель программы «Ротари» — подготовка ребенка к работе в группе, освоение первичных форм социального взаимодействия.

Участие в данной программе необходимо детям, демонстрирующим полевое поведение, не имеющим навыков контроля за своими физиологическими отправлениями, находящимся в симбиотической связи с родителями. Возраст детей от 3 до 8 лет.

В группу детей, продемонстрировавших низкий уровень усвоения навыков самообслуживания вошли те, у кого суммарный балл находится в интервале от 0 до 1, средний уровень определен у тех детей, кто имеет суммарный балл от 2 до 3, и высокий уровень - у тех, кто имеет суммарный балл в интервале от 4 до 5 [5]. В описательном плане группы характеризуются следующим образом.

Дети, имеющие низкий уровень освоения операций, демонстрируют фактическое отсутствие самостоятельности в самообслуживании. В основном, наблюдается полный отказ ребенка от самостоятельных действий. Ребенок не регулируется ни указанием (вербальным либо невербальным), ни совместной деятельностью. Чаще всего дети этой группы осваивают некоторые операции, связанные с само-

стоятельным приемом пищи (могут взять рукой еду, поставленную перед ними, прожевать и проглотить). Иногда они не отвергают некоторые ситуации, связанные с одеванием, и даже могут определенными действиями способствовать процессу (например, вставляют ногу в ботинок).

Дети, имеющие средний уровень освоения операций самообслуживания, могут выполнять отдельные из них: пить из чашки, есть ложкой. Они подставляют руки под струю воды, снимают одежду. Эти дети реже отвергают помощь, но самостоятельно не действуют, их регулирует совместная деятельность, реже - вербальное напоминание или жестовое указание.

Дети, имеющие высокий балл освоения операций, выполняют многие действия самостоятельно, в том числе: убирают за собой со стола, пользуются своей щеткой для чистки зубов, надевают и снимают одежду, имеющую молнию. В некоторой деятельности такие дети недостаточно ориентированы и нуждаются в напоминании и указании.

Раз в неделю ребенок принимает участие в комплексных занятиях «Ротари» по следующей схеме: три ребенка одновременно занимаются у трех педагогов по 20 минут, после чего происходит «ротация» — смена педагога. Таким образом, в результате каждый ребенок занимается поочередно с каждым педагогом. При этом для каждого ребенка составляется индивидуальная реабилитационная программа в рамках следующих направлений:

- ✓ «коррекция нарушений социокультурного взаимодействия» — комплекс занятий с привлечением арсенала традиционной культуры;
- ✓ «психотерапия в песочнице» с использованием авторской программы «Игра с песком (от природы — к культуре)» [4];
- ✓ «кинезитерапия»;
- ✓ «музыкальная терапия».

Заключительная часть занятия включает в себя короткую хороводную игру всех участников группы, включая родителей, и короткую совместную трапезу.

С целью поддержания у ребенка нарабатываемых в процессе занятий новых навыков ведется работа с семьей: проводятся консультации для родителей по проблемам ребенка; совместно с родителем вырабатывается план построения новых отношений с ребенком с учетом зоны его ближайшего развития.

Высокий уровень освоения операций не имеет непосредственной связи со степенью интеллектуального снижения. В эту группу вошло большинство (но не все) детей с умственной отсталостью в легкой степени, половина детей с умственной отсталостью в умеренной степени и более половины участников с умственной отсталостью в тяжелой степени.

Из 8 испытуемых, имеющих высокий уровень сформированности операций, обеспечивающих навыки самообслуживания, посещают занятия больше 3 лет 4 человека. Из них: 1 имеет легкую степень умственной отсталости, 1 - умеренную степень, 2 - тяжелую степень..

Из испытуемых, имеющих высокий уровень сформированности операций, посещают занятия меньше 3 лет 4 человека. Из них: 2 имеет легкую степень умственной отсталости, 1 - умеренную степень, 1 - тяжелую степень.

Группу участников, продемонстрировавших средний уровень освоения навыков самообслуживания, составили 6 детей. В ее состав вошел 1 ребенок с умственной отсталостью в легкой степени, половина детей с умственной отсталостью в умеренной степени, менее половины участников с умственной отсталостью в тяжелой степени и один ребенок с умственной отсталостью в глубокой степени.

Из 3 испытуемых, имеющих средний уровень сформированности операций,

посещают занятия больше 3 лет 4 человека. Из них: 2 имеют умеренную степень умственной отсталости, 1 - тяжелую степень, 1 - глубокую степень.

Из испытуемых, имеющих средний уровень сформированности операций, посещают занятия меньше 3 лет 2 человека. Из них: 1 имеет легкую степень умственной отсталости, 1 - тяжелую степень.

Группа детей с низкими показателями сформированности навыков самообслуживания целиком состояла из участников с умственной отсталостью в глубокой степени.

Собственная речь (фразовая, отдельные слова, отдельные вокализации, направленные на коммуникацию) присутствует у 8 испытуемых. Из испытуемых, не имеющих экспрессивной речи, 5 имеют глубокую степень умственной отсталости. Из них 4 имеют низкий уровень сформированности навыков самообслуживания, а у одного выявлен средний уровень. Следовательно, мы не можем утверждать, что наличие или отсутствие экспрессивной речи напрямую связано с уровнем освоения навыков самообслуживания.

Понимание словесной инструкции присутствует у 14 человек из всех 18, участвовавших в исследовании. При этом 5 испытуемых понимают развернутую инструкцию в рамках ситуации, 9 понимают односложную инструкцию в рамках ситуации. 4 испытуемых, не действующих по инструкции ни в прямом, ни в опосредованном виде, имеют умственную отсталость в глубокой степени.

Основные изменения в развитии детей с умственной отсталостью в глубокой степени связаны с появившейся способностью принимать ритуалы занятия, невербально реагировать на невербальную коммуникацию, формировать ожидания по отношению к рутинным играм. Стоит отметить, что у всех испытуемых данной группы сформировались выраженные предпочтения в рамках предлагаемой деятельности, что является несомненным достижением, свидетельствующим о динамике в их развитии и повышении качества их жизни [11].

О динамике прохождения реабилитационной/абилитационной программы можно судить по степени готовности ребенка перейти с этапа индивидуального взаимодействия со значимым-другим взрослым на этап группового взаимодействия с другими детьми. Дальнейшее продвижение ребенка связано с переходом из программы группового взаимодействия, направленного на формирование социальной активности, в групповую программу, направленную на формирование взаимодействия на основе деловой (творческой) активности.

Из 12 испытуемых, посещающих программу первичной коммуникации «Ротари», 9 испытуемых готовы перейти в групповую реабилитационную программу.

Из 4 испытуемых, посещающих групповые реабилитационные программы, 2 человека готовы перейти в групповые творческие программы.

Как пример успешного прохождения программ социокультурной реабилитации и социальной интеграции с их помощью можно привести **случай Н.**

Н. - ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне острой пневмонии у матери, а затем, будучи на 25 неделе беременности, мать Н. получила многочисленные травмы в ДТП. Далее беременность протекала с угрозой выкидыша. Роды стремительные (2,5 часа), с асфиксией, вес, рост в рамках нормы. Через 7 дней после выписки из роддома у Н. начались судороги, сочетающиеся с отсутствием пищевого поведения и нарушением сна. В 5 мес. Н. назначена противосудорожная терапия, которая была снята в возрасте 2 лет. Наблюдалась неврологом на предмет ПЭП, эпилепсии, выраженного недоразвития ЦНС. Все раннее моторное развитие было замедлено, наблюдался повышенный мышечный тонус справа. Некоторые моторные навыки, такие как ползание, были так и не освоены в sensi-

тивный период. Наблюдались большие проблемы с выполнением реципрокных движений. Н. имела выраженные трудности коммуникации, в том числе связанные с установлением телесного и глазного контакта. Отдельные слова появились около 4 лет, фразовая речь с небольшим отрывом. Инструкцию Н. понимала с 1 года, действовала по ней только в том случае, если инструкция была косвенной и опосредованной. Н. имела выраженное снижение познавательных функций, задержку моторного и речевого развития, трудности коммуникации, в том числе невербальной, фон настроения чаще всего был снижен, наблюдалось нарушение сна и пищевого поведения (вплоть до 5 лет).

В индивидуальную и мини-групповую программу реабилитации Н. была включена в возрасте 5 лет, имея выраженную задержку моторного развития, значительные трудности коммуникации на всех уровнях, снижение интеллекта в тяжелой степени и проявляя негативизм в отношении любой деятельности.

За 7 лет пребывания в 5 мини-групповых реабилитационных программах, 2 индивидуальных программах, направленных на освоение разнообразных форм группового взаимодействия, получение опыта аутокоммуникации, освоение совместной деятельности, развитие телесной осознанности, творческих способностей и проч. Н. продемонстрировала картину развития личности, контрастную относительно прогнозируемой на основании картины ее психофизического нарушения. Н. полностью, на высоком уровне выполнения освоила социально-бытовые навыки, овладела собственным телом так, что без проблем справляется с разнообразной моторной деятельностью. Развитие речи Н. тоже имеет выраженную динамику, она активно пользуется разнообразными сложными предложениями, содержащими красочные описания и эмоциональные оттенки. Н. научилась распознавать свои эмоциональные состояния и фрагментарно осуществлять контроль за ними. Для Н. стало ценно общение на всех уровнях, она стремится общаться как со взрослыми, так и со сверстниками, поддерживая и предлагая совместную деятельность. Н. стремится к самостоятельности в передвижении, хотя и в настоящее время имеет трудности восприятия большого пространства. Самостоятельно организует свой труд в мастерской, при потребности в помощи обращается за ней. Начинает замечать свои отличия от других детей ее возраста, объясняя их тем, что она имеет «другой характер с рождения».

Благодаря разнообразию и соответствию ее актуальным потребностям развития индивидуального маршрута социокультурной реабилитации, сфера жизнедеятельности Н. расширились.

Заключение. Детям с умственной отсталостью в тяжелой и глубокой степени доступны подражание, удержание знакомой программы действий на протяжении занятия, усвоение операций деятельности по самообслуживанию и достижение результата в этой деятельности.

Полученные данные свидетельствуют о том, что многолетняя реабилитационная работа позволяет включить детей с выраженной умственной отсталостью в социальный контакт, помогает выделить предпочитаемый ими вид деятельности, что является подтверждением повышения качества их жизни. Жизнь этих детей приобретает не только витальную, но и социокультурную регуляцию (предмет игры, жест и слово педагога, ритуал занятия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Верховская М.А., Попова Н.Т. Потенциал комплекса творческих мастерских в формировании индивидуального образовательного маршрута в интегративных группах при реализации программ дополнительного образования / Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в программы дополнительного

образования: Методические рекомендации / под ред. А.Ю. Шеманова. – М., 2012.

2. Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Концепция реабилитологии. Психологический аспект индивидуальной программы реабилитации // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. – М., 2011.

3. Галюта И.А. Перенос социокультурного опыта у детей с интеллектуальной недостаточностью: Курсовая работа [Рукопись]. – М., 2006.

4. Милованова М.В. Возможности игры в песок для развития базовых навыков творческой социокультурной деятельности при индивидуальной и групповой работе с детьми младшего возраста и детьми со сложным дефектом // Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в программы дополнительного образования: Методические рекомендации / под ред. А.Ю. Шеманова. – М., 2012. – С. 184-194.

5. Переверзева М.В. Новый диагностический инструментарий для педагогической оценки развития детей с тяжелыми множественными нарушениями // Коррекционная педагогика. № 3, 2013. С. 29-31.

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 декабря 2009 г. № 1013н г. Москва «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Опубликовано: 26 марта 2010 г. в «РГ» - Федеральный выпуск № 5142.

7. Царев А.М. Система педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития: Автореф. дисс. ... канд.наук. – СПб, 2005.

8. Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Инклюзия в культурологической перспективе // Психологическая наука и образование. 2011. №1. С. 74-82.

9. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – СПб., 2002.

10. Щербакова А.М. Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Научное издание / Отв. ред. А.М. Щербакова. – М., 2011.

11. Щербакова А.М., Забавская А.А. Субъективная оценка качества жизни молодыми инвалидами с ментальной недостаточностью [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2012. № 4. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 23.11.2013).

1. Verhovskaja M.A., Popova N.T. Potencial kompleksa tvorcheskih ma-sterskih v formirovanii individual'nogo obrazovatel'nogo marshruta v integrativnyh gruppah pri realizacii programm dopolnitel'nogo obrazovaniya / Vkljuchenie detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja v programmy dopolnitel'nogo obrazovaniya: Metodicheskie rekomendacii / pod red. A.Ju. Shemanova. – М., 2012.

2. Vojtenko R.M., Krickaja L.A. Koncepcija rehabilitologii. Psihologicheskij aspekt individual'noj programmy reabilitacii // Aktual'nye problemy psihologicheskoy reabilitacii lic s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja / Otv. red. A.M. Shherbakova. – М., 2011.

3. Galjuta I.A. Perenos sociokul'turnogo opyta u detej s intellektual'noj nedostatochnost'ju: Kursovaja rabota [Rukopis']. – М., 2006.

4. Milovanova M.V. Vozmozhnosti igry v pesok dlja razvitija bazovyh navykov tvorcheskoj sociokul'turnoj dejatel'nosti pri individual'noj i gruppovoj rabote s det'mi

mladshego vozrasta i det'mi so slozhnym defektom // Vkljuchenie detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja v programmy dopolnitel'nogo obrazovanija: Metodicheskie rekomendacii / pod red. A.Ju. Shemanova. – M., 2012. – S. 184-194.

5. Pereverzova M.V. Novyj diagnosticheskij instrumentarij dlja pedagogicheskoy ocenki razvitiya detej s tjazhelymi mnozhestvennymi narushenijami // Korrekcionnaja pedagogika. № 3, 2013. S. 29-31.

6. Prikaz Ministerstva zdravooxranenija i social'nogo razvitiya Ros-sijskoj Federacii ot 23 dekabrya 2009 g. № 1013n g. Moskva «Ob utverzhdenii klassifikacij i kriteriev, ispol'zuemyh pri osushhestvlenii mediko-social'noj jekspertizy grazhdan federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdenijami mediko-social'noj jekspertizy». Opublikovano: 26 marta 2010 g. v «RG» - Federal'nyj vypusk № 5142.

7. Carev A.M. Sistema pedagogicheskoy pomoshhi detjam s tjazhelymi i mnozhestvennymi narushenijami razvitiya: Avtoref.diss. ... kand.nauk. – SPb, 2005.

8. Shemanov A.Ju., Popova N.T. Inkljuzija v kul'turologicheskoy perspektive // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2011. №1. C. 74-82.

9. Shipicyna L.M. «Neobuchaemyj» rebenok v sem'e i obshhestve. Socializacija detej s narusheniem intellekta. – SPb., 2002.

10. Shherbakova A.M. Kachestvo zhizni ljudej s intellektual'noj nedostatochnost'ju – ot koncepcii k tehnologii // Aktual'nye problemy psihologicheskoy reabilitacii lic s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja: Nauchnoe izdanie / Otv. red. A.M. Shherbakova. – M., 2011.

11. Shherbakova A.M., Zabavskaja A.A. Sub#ektivnaja ocenka kachestva zhizni molodymi invalidami s mental'noj nedostatochnost'ju [Jelektronnyj resurs] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie PSYEDU.ru. 2012. № 4. URL: <http://psyedu.ru/> (data obrashhenija: 23.11.2013).

A.M. Shcherbakova, E.A. Osipova

SUBJECTIVE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH DISABILITIES INCLUDED IN THE PROGRAMME OF JOINT GAME ACTIVITY

Moscow City Psychological-Pedagogical Univrtsity (Moscow).

Summary. The article discusses the achievements possible autonomy and independence of children with severe developmental disorders, including severe intellectual impairment. The aim of the research was to study the characteristics of the psychosocial development of children with severe intellectual disabilities included in the program of social and cultural rehabilitation. A model of socio-cultural rehabilitation, developed the «Krug» public organization. The findings suggest that the long-term rehabilitation work enables children with severe mental retardation in social contact, it helps to highlight their preferred type of activity, which is a confirmation of improving the quality of their lives. The life of these children becomes not only vital, but also socio-cultural regulation.

Keywords: psychological rehabilitation, abilitation, socio-cultural rehabilitation, subjective quality of life, intellectual disability, multiple disorders of development, social-domestic skills, self-service.

**ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. Статья посвящена проблеме концептуального поэтапного проектирования и апробации модели и алгоритма деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся ОВЗ. В статье представлена модель и алгоритм деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по общеобразовательным программам.

Ключевые слова: концептуальное проектирование, модель деятельности общеобразовательных организаций, алгоритм деятельности общеобразовательных организаций, образовательная деятельность обучающихся ОВЗ, организация образовательной деятельности.

В условиях введения Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся ОВЗ (ОВЗ) [6] и распространения современных моделей социализации детей процедура концептуального проектирования связана с определением содержания в образовании и с проведением в укладе и организации школ необходимых изменений. Однако вместе с тем встает вопрос и о готовности педагогических работников к принятию изменений в образовательных организациях и реализации управленческих решений по нововведению.

Поэтому следует подробно рассмотреть, с одной стороны, деятельность педагогов, специалистов общеобразовательных организаций в свете происходящих изменений по построению модели школы, а с другой – процедуру концептуального проектирования модели и алгоритма деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ как средства изменения организационных механизмов. В зарубежных исследованиях проблема проектирования была отражена в трудах исследователей V. Cousin [8], Н. Mann [9], F.W. Thiersch [9], рассматривавших опросы школьной политики, управления образованием, финансирования и организации школьной системы, методы и формы обучения молодого поколения.

Для предоставления равного доступа к образованию и осуществления социальной адаптации детей в деятельности общеобразовательных организаций следует провести прежде всего комплексный анализ имеющихся проблем, определить необходимые изменения в существующей организации образовательной деятельности обучающихся с ОВЗ и построить целостную систему регламентов в соответствии с системообразующими компонентами по видам ресурсов (материально-технические, финансово-экономические, информационно-методические, кадровые) [4].

Процесс концептуального проектирования модели и деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, заключается в решении ряда проектных задач, состоящих в последовательном выполнении нескольких проектных процедур и операций, таких как анализ, планирование, построение, оценка, сравнение [4]. Способом реализации модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, выступает определенный алгоритм деятельности.

Поскольку модель должна описывать весь уклад общеобразовательных организаций, то в условиях распространения современных моделей успешной социализации детей настоящая модель деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, может включать в себя следующие блоки: целевой, содержательный, результативный и прогностический [4].

Целевой блок модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, определяет общее назначение модели, цель и задачи, способы достижения поставленной цели.

Целью построения модели деятельности общеобразовательных организаций, на наш взгляд, является поэтапное обеспечение доступности качественного образования детей с ОВЗ на основе развития образовательной организации.

Отсюда задачи построения модели деятельности формулируются следующим образом:

- 1) создать единую образовательную среду для обучающихся с ОВЗ, имеющих разные стартовые возможности;
- 2) развить потенциальные возможности детей с особенностями психофизического развития в совместной деятельности со сверстниками;
- 3) организовать систему эффективного процесса психолого-педагогического сопровождения через взаимодействие диагностико-консультативного, коррекционно-развивающего, лечебно-профилактического, социально-трудового направлений деятельности;
- 4) способствовать успешному освоению общеобразовательных программ обучающимися ОВЗ;
- 5) формировать у всех участников образовательных отношений адекватное отношение к проблемам обучающихся с ОВЗ [1].

Содержательный блок модели устанавливает целостную систему регламентов в деятельности общеобразовательной организации [2].

Система регламентов материально-технического обеспечения построения модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся ОВЗ, состоит из необходимых условий по оснащению организации специальными лифтами и подъемниками, установке пандусов для физического доступа, а также условий для организации учебной деятельности, например, обустройству рабочего места в классе, оборудованию устройств для чтения и письма, наличию современных специальных наглядно-дидактических пособий и комплектов, звукоусилителей и др. [6].

Основой системы регламентов финансового планирования деятельности общеобразовательных организаций является бюджетирование. Сущность бюджетирования деятельности общеобразовательных организаций как формы планирования финансового обеспечения в рыночных условиях выражается в разработке его основных бюджетов и отчетов по ним. Система бюджетирования обеспечивает лучшую координацию его различных видов деятельности, повышает управляемость и адаптивность к изменениям во внутренней и внешней среде [6].

Система регламентов информационно-методического обеспечения модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, включает информационно-просветительские мероприятия для обучающихся, родителей, педагогических работников.

При анализе степени обеспеченности общеобразовательной организации кадровыми ресурсами необходимо учитывать и укомплектованность школы квалифицированными педагогическими работниками, и их готовность к работе с обучающимися с ОВЗ.

Формирование готовности педагогов к необходимым изменениям может начинаться с понимания собственного жизненного определения, рассмотренного еще С.Л. Рубинштейном, в качестве осознанного способа построения человеком бытия [3]. В качестве субъекта человек вырабатывает свое отношение к жизни и выстраивает жизненную стратегию. Жизненная позиция может выступать и как результат самоопределения и как условие ее реализации [7].

В работе с педагогами и специалистами общеобразовательных организаций следует выявить личностные затруднения каждого для оказания адресной помощи в решении возникших проблем через следующие формы работы: круглые столы по проблемам, проблемно-деловые игры, рефлексивно-ролевые игры, моделирование, педагогические чтения, групповые и индивидуальные консультации, мастер-классы.

Вместе с тем, система регламентов кадрового обеспечения модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, предъявляет запрос не только на наличие в штате высокопрофессиональных специалистов с высоким уровнем образования, способных к эффективной, высокопродуктивной, в том числе и инновационной деятельности, таких как психолог, медицинский работник, тьютор, социальный педагог, логопед, дефектолог, но и на качество взаимодействия творческой группы методически грамотных единомышленников, осознающих и принимающих концепцию индивидуализации образовательной деятельности [6].

Следует учесть возможные риски при внедрении модели деятельности общеобразовательной организации, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, которые могут быть обусловлены динамикой объекта управления и его внешним окружением, а также ролью человеческого фактора в процессе образовательных отношений.

Перечислим предполагаемые внешние и внутренние риски при внедрении модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ.

Внешние риски могут быть связаны с недостаточностью экономического обеспечения продвижения инклюзивного образования, а также отсутствием механизма создания целостной системы регламентов по видам ресурсов в деятельности общеобразовательных организаций.

Выделим некоторые внутренние риски. Во-первых, влияние культурных стереотипов на отношение к людям с инвалидностью, нетерпимость и интолерантность; во-вторых, недостаток программ по сопровождению ребёнка с инвалидностью, обучающегося с ОВЗ в общеобразовательных организациях; в-третьих, недостаток программ реабилитации детей с ОВЗ в зависимости от характера нарушений и структуры дефекта, в-четвертых, затруднения учителей при работе в разнородных средах.

Результативный блок модели деятельности общеобразовательных организаций содержит совокупность критериев оценки поэтапного развития образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, а именно: наличие экономической основы законодательных актов, участие имеющих отношение к этой проблеме педагогов и специалистов и их готовность к коллективной совместной работе, соответствие системы мер мерам по профилактике, раннему выявлению и ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и их семьям, способствующим уменьшению последующих затруднений в совместном воспитании, развитии и обучении детей в общеобразовательной организации.

Прогностический блок модели включает прогноз возможных вариантов реализации модели деятельности общеобразовательных организаций. Прогноз деятельности общеобразовательной организации связан с различными вариантами включения

детей с ОВЗ в общеобразовательные организации, реализующие адаптированные основные образовательные программы в отдельных классах, в общеобразовательные организации, реализующие адаптированные образовательные программы [6].

Таким образом, качественное полноценное образование детей с ОВЗ возможно в том случае, если при организации обучения действительно созданы специальные образовательные условия, учитывающие специфику образовательной деятельности различных категорий детей с ОВЗ в зависимости от характера нарушений и структуры дефекта, а также их возможности передвижения, общения, социального поведения. В связи с этим наиболее важным является способность общеобразовательных организаций изменяться и искать ресурсные возможности, которые, актуализируясь в определенных условиях, способны обеспечить достижение поставленных целей.

Алгоритм деятельности общеобразовательных организаций предусматривает следующие этапы: план мероприятий реализации модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ; ход реализации модели; описание специфики этапов реализации моделей; обоснование конкретных мероприятий по реализации модели, сроков реализации каждого этапа [2].

На первом этапе выстраивается план мероприятий реализации модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ.

Реализация модели представляется актуальной на современном этапе развития общества, так как учитывает организацию процесса образования детей с ОВЗ. Развитие и апробация модели деятельности общеобразовательных организаций, во-первых, будет способствовать расширению вариативности и доступности образования для всех групп детей, в том числе и с ОВЗ, во-вторых, обеспечит высокий потенциал развития детей с ОВЗ на этапе обучения по общеобразовательным программам.

Развитие модели деятельности затрагивает инфраструктуру общеобразовательных организаций, которая должна быть ориентирована как на ребенка с ОВЗ, так и на всех участников образовательных отношений.

План мероприятий по реализации модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, отражает ход реализации модели, описание специфики этапов реализации моделей, обоснование конкретных мероприятий по реализации модели, сроков реализации каждого этапа.

На втором этапе алгоритма деятельности общеобразовательных организаций осуществляется ход реализации модели деятельности общеобразовательных организаций. Ход реализации определяет создание в общеобразовательной организации Совета по апробации модели, призванного обеспечивать координацию действий всего педагогического коллектива, а также осуществлять информационное, консалтинговое и научно-методическое сопровождение процесса апробации модели. Деятельность этого временного органа управления предлагается регламентировать специальным Положением о Совете. Затем должен быть осуществлен переход к созданию рабочей группы по изучению выстраиваемой модели и ее апробации в соответствии с алгоритмом деятельности.

Таким образом, после определения изменений в деятельности общеобразовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, проводится конкретизация настоящей модели в соответствии с концепцией реализации модели применительно к данной общеобразовательной организации.

Третий этап – описание специфики этапов реализации моделей. Спецификой

процедуры создания рабочей группы по апробации модели в соответствии с концепцией и планом мероприятий реализации модели деятельности общеобразовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ, является включение всех педагогов, специалистов сопровождения, медицинских работников, администрации общеобразовательной организации. Руководство деятельностью рабочей группы целесообразно поручить представителю администрации образовательной организации или руководителю методического объединения учителей. Состав рабочей группы и порядок ее работы утверждается приказом директора образовательной организации. Поскольку участие в деятельности рабочей группы требует дополнительных усилий, желательно заранее определить формы дополнительного материального и морального поощрения за полученные результаты и довести их до сведения участников.

Спецификой определения рабочей группой изменений в деятельности общеобразовательной организации будет являться перечень несоответствий имеющихся ресурсов и целостной системы регламентов по видам ресурсов, необходимых для реализации модели деятельности общеобразовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность обучающихся с ОВЗ.

Результаты комплексного анализа и определение необходимых изменений в существующей организации образовательного процесса обучающихся с ОВЗ показывают полноту и достаточность построения целостной системы регламентов. Процедура построения целостной системы регламентов по видам ресурсов в соответствии с компонентами образовательного процесса и их инновационным содержанием в общеобразовательной организации может осуществляться после конкретизации настоящей модели применительно к данной общеобразовательной организации.

На четвертом этапе осуществляется обоснование конкретных мероприятий по реализации модели деятельности общеобразовательных организаций и выполняется обоснование сроков реализации каждого этапа алгоритма деятельности общеобразовательных организаций.

Таким образом, концептуальное поэтапное проектирование и апробация модели и алгоритма деятельности общеобразовательных организаций позволят доработать механизмы управления и внедрить в практику обновленную структуру и содержание деятельности образовательных организаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обеспечение доступности качественных образовательных услуг общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / автор С.В. Алехина, Е.Н. Кутепова, Т.П. Дмитриева, Г.В. Дедюхина, С.И. Сабельникова, Е.В. Самсонова, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, А.К. Фадина. – М.: МГППУ, 2012. – 162 с. – (Инклюзивное образование). – URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=165658>
2. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях: Методические рекомендации /Отв. ред. С.В. Алехина. – М.: МГППУ, 2012. –92 с.
3. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер, 2008. - 713 с.
4. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: методическое пособие / ред. С.В. Алехина, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2012. – 156 с. – (Инклюзивное образование). – URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=160947>
5. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования (утвержден приказом Минобрнауки России от 6 октября 2009 г. № 373; в ред. Приказов от 26 ноября 2010 г. № 1241, от 22 сентября 2011 г. № 2357).

6. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утвержден приказом Минобрнауки России 19 декабря 2014 г. № 1598; в ред. приказов от 3 февраля 2015 г. № 35847.

7. Филинкова Е.Б. К проблеме перехода от исполнительской (педагогической) деятельности к управленческой: концептуальное понимание и теоретическая модель // Социальная психология и общество. – 2015. Том 6. № 3. С. 5–20.

1. Ensuring access to quality education of general education services for children with disabilities [electronic resource] / author SV Alekhine, EN Kutepov, ETC. Dmitrieva, G. Dedyukhina, SI Sabelnikova, EV Samsonov, NY Semago, MM Semago, AK Fadina. - Moscow. : Moscow City Psychological-Pedagogical University, 2012. 162 p. - (Inclusive Education). -

URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=165658>

2. Organization of special educational conditions for children with disabilities in educational institutions: Guidelines / Ed. Ed. SV Alekhine. - M. : MGPPU, 2012. 92.

3. Rubinstein SL Fundamentals of general psychology. SPb. : Peter, 2008. 713 p.

4. Create and test a model of psychological and pedagogical support of inclusive practices: handbook / ed. SV Alekhine, M. Semago. - Moscow: Moscow City Psychological-Pedagogical University, 2012. 156 p. - (Inclusive Education). - URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=160947>

5. The federal state educational standard primary education (approved by Order of the Russian Ministry of October 6, 2009 № 373, as amended by the Orders of November 26, 2010 № 1241 of September 22, 2011 № 2357.).

6. The Federal state educational standard primary education of students with disabilities (approved by order of the Ministry of Education of Russia December 19, 2014 № 1598, as amended by the Orders of February 3, 2015 №35847..

7. Filinkova EB On the problem of the transition from performing (educational) activities to management: conceptual understanding and theoretical model // Social Psychology and Society. 2015. Volume 6. № 3. S. 5-20.

8. Cousin V. Report on the state of public instruction in Prussia. – London: Effingham Wilson, Royal Exchange, 1834. 333 p.

9. Mann H. Mr. Mann's seventh annual report: Education in Europe // Common School Journal. – 1844. – Vol. VI. – P. 65. 196.

10. Thiersch F. W. Über den gegenwärtigen Zustand des öffentlichen Unterrichts in den westlichen Staaten von Deutschland, in Holland, Frankreich und Belgien. – Stuttgart und Tübingen: Verlag der J. G. Cotta'schen Buchhandlung, 1838. 528 S.

T.Yu. Sunko

BUILDING A MODEL OF EDUCATIONAL ACTIVITIES OF ORGANIZATIONS ENGAGED IN EDUCATIONAL ACTIVITIES OF STUDENTS WITH DISABILITIES

Moscow City Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article deals with the conceptual design and testing phased model and algorithm of activity of educational organizations engaged in educational activities of students with disabilities. The article presents a model and algorithm of activity of educational organizations engaged in educational activities in general education programs.

Keywords: conceptual design, model of activity of educational institutions, the algorithm of activity of educational institutions, educational activities of students with disabilities, the organization of educational activities.

С.А. Игумнов¹, П.С. Лапанов²**ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
СРЕДИ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ АНТЕНАТАЛЬНОМУ
ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ
ФАКТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ**¹ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» (Москва, Россия),
²Белорусский государственный университет (Минск, Беларусь).

Резюме. Рассмотрены возможные патогенетические механизмы психических и поведенческих расстройств, развивающийся у лиц, подвергшихся антенатальному воздействию радиоэкологических и психосоциальных факторов Чернобыльской катастрофы. Отмечено, что в ряде случаев проблему представляет качество медицинских данных, использование методов диагностики и лечения, недостаточно подтвержденных с точки зрения доказательной медицины, и существенный недостаток сведений о психосоматических и психических расстройствах в общей и детско-подростковой популяции. Это диктует необходимость дальнейших проспективных исследований на протяжении всего жизненного цикла людей, пострадавших вследствие радиационных катастроф.

Ключевые слова: Чернобыльская катастрофа, радиационный фактор, антенатальный период, интеллект, психосоциальные факторы.

Было высказано немало беспокойства о развивающемся мозге детей, находившихся в периоде внутриутробного развития в момент, когда произошла авария [8, 18]. С одной стороны, нижний уровень экспозиции, при которой умственная отсталость обнаруживается в потомстве людей, переживших атомные бомбардировки, был выше, чем на пике воздействия, зафиксированного для большинства населения Чернобыля. С другой стороны, среди населения существует мнение, что «мозг облученных детей Чернобыль был поврежден радиацией». Для разрешения этой проблемы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) было проведено Международное пилотное исследование внутриутробных повреждений головного мозга, но доказательств того, что дети, подвергшиеся экспозиции, имеют более высокие показатели умственной отсталости по сравнению с контролем, найдено не было [19]. В соответствии с докладом ВОЗ, два последних также хорошо спроектированных исследования, проведенных с использованием стандартных батарей нейропсихологических тестов, не выявили систематических различий у детей, облученных внутриутробно [16, 20]. Интересно, что в исследовании, проведенном L. Litcher и др. [20], 31% матерей эвакуированных детей считали, что их ребенок имел проблемы с памятью по сравнению с 7% в контрольной группе, хотя не было никаких различий в результатах нейропсихологических тестов или снижения обучаемости в школе. Это говорит о том, что мнимая угроза играет весомую роль в отчетах о здоровье и состоянии психического здоровья.

Дородовое (антенатальное) воздействие на щитовидную железу радиоактивного йода является одним из факторов, которые могут повлиять на интеллектуальное развитие. Радиационное воздействие на щитовидную железу может потенциально привести к вовлечению других эндокринных желез в патологический процесс через систему «щитовидная железа-гипофиз-гипоталамус». Эти наруше-

ния препятствуют созреванию центральной нервной системы и могут привести к умственной отсталости. Кроме того, это может способствовать нарушению отдельных психических функций, эмоционального развития и формированию ряда психических расстройств [4]. Совокупный потенциал радиационно-индуцированной дисфункции щитовидной железы, а также нерадиационных факторов (уровень психического здоровья родителей, социально-экономическое положение семьи, антенатальные осложнения) может играть роль в патогенезе психических расстройств у лиц, подвергшихся воздействию радиации в утробе матери [15, 24]. Возможное негативное влияние радиации на психическое развитие может быть усилено неблагоприятными психосоциальными факторами, такими как вынужденное переселение или адаптация к новым условиям жизни в загрязненной зоне. Эти факторы могут привести к психоэмоциональным стрессам у родителей и влияют на динамику семьи. Они также могут негативно воздействовать на уровень образования [3]. Таким образом, в оценке влияния аварии на Чернобыльской АЭС и ее воздействия на психологическое развитие, необходимо принимать во внимание как до-, так и послеродовое облучение, а также психосоциальные факторы.

С.А. Игумнов и В.В. Дроздович (1996-2009) [2, 7-14] провели комплексное исследование возможных изменений умственной деятельности от возраста 6-7 лет до возраста 15-16 лет среди лиц, подвергшихся воздействию радиации в утробе матери. Они оценили отношения между дородовой дозой радиации и коэффициентом интеллектуального развития (IQ) и клиническими психиатрическими диагнозами в детстве и юности, а также такими характерными особенностями аварии на Чернобыльской АЭС, как тяжелый пролонгированный психосоциальный стресс.

Основная группа экспонированных детей состояла из 250 человек, родившихся в период с мая 1986 г. по февраль 1987 г., случайно выбранных из Государственного реестра когорты детей, подвергшихся воздействию радиации в утробе матери после аварии на Чернобыльской АЭС. Во время аварии на Чернобыльской АЭС их беременные матери жили в сильно загрязненных населенных пунктах, где плотность выпадений осадков ^{137}Cs на почве доходила до 18500 кБк/м^2 . Контрольная группа состояла из 250 человек, родившихся между маем 1986 г. и февралем 1987 г., также выбранных случайным образом. Их матери постоянно проживали в Беларуси в «условно чистых» и минимально загрязненных населённых пунктах, с плотностью загрязнения почвы ^{137}Cs от 2 до 200 кБк/м^2 .

Оценка срока беременности на момент аварии на Чернобыльской АЭС проводилась путем персонального опроса матерей и была рассчитана по модифицированной формуле, предложенной специалистами Фонда исследования радиационных эффектов (Radiation Effects Research Foundation, Хиросима–Нагасаки) для изучения эффектов антенатального облучения вследствие ядерных бомбардировок [21]. Средняя продолжительность беременности, как предполагалось, составляла 280 дней. Чтобы высчитать срок гестации (время, прошедшее после оплодотворения), 14 дней были вычтены из срока беременности на момент аварии на Чернобыльской АЭС. В ходе исследования не было обнаружено статистически значимых различий по гендерному признаку или в зависимости от сроков гестации между лицами экспонированной и контрольной групп.

Дозы щитовидной железы для лиц, облученных внутриутробно, оценивались по результатам оценок доз облучения щитовидной железы для матери, а также с учетом коэффициента передачи радиоизотопов йода от матери к плоду, который зависит от периода беременности на момент облучения. Для оценки индивидуаль-

ных доз в щитовидной железе методом личного интервью была получена следующая информация о жизненном стиле матерей в период экспозиции: (а) нормы потребления свежего молока и молочных продуктов; (б) происхождение потребляемой пищи; (с) прекращение потребления продуктов питания местного производства; (д) место жительства на момент аварии; (е) миграция в течение апреля-мая 1986 г.; (е) профилактика стабильным йодом [1, 5, 6].

Дородовые дозы внешнего облучения от радионуклидов, выпавших на землю, были реконструированы для субъектов экспонированной и контрольной групп. Реконструкция была выполнена на основе значений мощности дозы в период внутриутробного развития на единицу осаждения радионуклидов [17], радионуклидного состава осадков, измеренных на разных территориях Беларуси, и особенностей поведения матери после аварии, полученного из личного интервью (состав употребляемых продуктов, продолжительность нахождения на открытом воздухе и т. д.).

Интеллектуальное развитие детей исследовалось с помощью шкалы интеллекта Векслера для детей - WISC-III UK [23]. Психиатрическая диагностика в обеих группах была проведена с помощью полуструктурированного клинического интервью, основанного на диагностических критериях МКБ-10. Психосоциальная оценка была основана на интервью с детьми и их родителями. Непрерывные переменные были проанализированы с использованием независимых критериев t-Стьюдента. Сравнение соотношений было проведено с помощью критерия χ^2 .

Результаты проспективного исследования показали, что у детей возрасте 6-7 лет в облученной группе общий уровень IQ был в среднем, ниже с относительно большим количеством случаев низкого общего IQ (IQ=80-89) по сравнению с контрольной группой. Тем не менее в возрасте 10-12 и в возрасте 15-16 лет не было статистически значимых различий между средним IQ в экспонированных и контрольных группах. Также был обнаружен повышенный риск развития эмоциональных расстройств в основной группе. Вполне вероятно, что пограничное интеллектуальное функционирование и эмоциональные расстройства у антенатально облученных детей являются следствием неблагоприятных социально-психологических и социально-культурных факторов, таких как низкий уровень образования родителей, разрыв микросоциальных контактов и трудности адаптации, которые появились в результате эвакуации и переселения из радиоактивно загрязненных районов. Гиперкинетические расстройства, расстройства школьных навыков и пограничное интеллектуальное функционирование у детей младшего школьного возраста может рассматриваться как существенные предсказатели стабильных нарушений поведения в подростковом возрасте [8].

В ряде случаев проблему представляет качество медицинских данных, использование методов диагностики и лечения, недостаточно подтвержденных с точки зрения доказательной медицины, и существенный недостаток сведений о психосоматических и психических расстройствах [22]. Имеющееся, к сожалению, недостаточное количество исследований, посвященных изучению данных проблем на индивидуальном и популяционном уровнях диктует необходимость дальнейших проспективных исследований на протяжении всего жизненного цикла людей, пострадавших вследствие радиационных катастроф.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздович В.В. Моделирование формирования доз облучения щитовидной железы ^{131}I для оценки радиологических последствий аварийных выбросов радиойода на Чернобыльской АЭС: Препринт. – Мн.: НАН Беларуси, ИПЭ-37, 1998. – 41 с.

2. Игумнов С.А., Дроздович В.В. Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты. - М.: РадЭкон, 2002. - 208 с.

3. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984. - С. 244-258.

4. Лягинская А.М., Терещенко И.Я, Василенко И.Я. Радиобиологические аспекты повреждения щитовидной железы у детей после аварии на Чернобыльской атомной электростанции (итоги и перспективы исследования) // Чернобыльская катастрофа и медико-психологическая реабилитация пострадавших. - Мн., 1992. - С. 105-108.

1. Drozdovich V.V. Modelirovanie formirovaniya doz oblucheniya shhitovidnoj zhelezy 131 I dlja ocenki radiologicheskikh posledstvij avarijnyh vybrosov radiojoda na Chernobyl'skoj AJeS: Preprint. - Mн.: NAN Belaru-si, IPJe-37, 1998. - 41 s.

2. Igumnov S.A., Drozdovich V.V. Antenatal'noe obluchenie: nejropsihiatricheskie aspekty. - М.: RadJekon, 2002. - 208 s.

3. Langmejer J., Matejchek Z. Psihicheskaja deprivacija v detskom vozraste. Praga: Avicenum, 1984. - S. 244-258.

4. Ljaginskaja A.M., Tereshhenko I.Ja, Vasilenko I.Ja. Radiobiologicheskie aspekty povrezhdenija shhitovidnoj zhelezy u detej posle avarii na Chernobyl'skoj atomnoj jelektrostantsii (itogi i perspektivy issledovanija) // Chernobyl'skaja katastrofa i mediko-psihologicheskaja rehabilitacija postradavshih. - Мн., 1992. - S. 105-108.

5. Becker, S.M. Emergency communication and information issues in terrorist events involving radioactive materials. - Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice and Science. - 2004. - № 2. - P. 195 - 207.

6. Chernobyl accident: reconstruction of thyroid dose for inhabitants of the Republic of Belarus / Gavrilin, Yu.I. [et al.] // . Health Phys. - 1999. - Vol. 76, No 2. - P. 105-119.

7. Igumnov, S. The brain bioelectric activity of the Belarusian persons irradiated in utero as a result of Chernobyl accident // Activitas Nervosa Superior Rediviva.- 2009.- Vol. 51, No1-2. - P. 55-60.

8. Igumnov, S., Drozdovitch, V. The intellectual development, mental and behavioral disorders in children from Belarus exposed in utero following the Chernobyl accident // Eur Psychiatry. - 2000. - Vol. 15. - P. 244-53.

9. Igumnov, S.A. Bioelectric activity of brain in children irradiated in utero // New Commitments for Psychiatrists. International Congress. Madrid, 2001. - P. 246.

10. Igumnov, S.A. Drozdovich, V.V. The intellectual development, mental and behavioral disorders in the children from Belarus exposed in utero following the Chernobyl accident // 10th Congress of the Association of European Psychiatrists. - Prague, 2000. - P. 323.

11. Igumnov, S.A. Drozdovich, V.V. The prevalence rate of mental and behavioral disorders among the children from the Republic of Belarus // 7th World Congress of Biological Psychiatry. - Berlin, 2001. - P. 381 S.

12. Igumnov, S.A. Psychological development of Belarus children exposed to radiation in the prenatal period as a result of Chernobyl disaster // The Acta Medica Nagsakiensia. - 1996. - Vol. 42. - P. 3-4.

13. Igumnov, S.A. The brain bioelectric activity of Belarusian persons irradiated in utero // Activitas nervosa superior. Journal for neuroscience and cognitive research. The Official Journal of the Collegium Internationale Activitas nervosae superioris. - CIANS, 2008. - Vol. 50. - P. 71.

14. Igumnov, S.A., Drozdovitch, V.V. Antenatal exposure of persons from Belarus

following the Chernobyl accident: Neuropsychiatric aspects // 11th International Congress of the International Radiation Protection Association. 23–28 May 2004, Madrid, Spain. Abstracts.– Madrid: IRPA, 2004. – P. 43.

15. Mental health of children exposed to radiation in utero: psychophysiological study / A.I. Nyagu [et al.] // Social and Clinical Psychiatry. – 1996. - No 6. – P. 23–36.

16. Neurobehavioral and cognitive performances of children exposed to low-dose radiation in the Chernobyl accident: the Israeli Chernobyl Health Effects Study / Bar Joseph [et al.] // Am J Epidemiol. – 2004. – Vol. 160. – P. 453–459.

17. Organ dose from radionuclides on the ground / P Jacob [et al.] // Health Phys. – 1988. - No 54. – P. 617–633.

18. Psychophysiological after effects of prenatal irradiation. / A.I. Nyagu, K. N. Loganovsky, T.K. Loganovskaja // Int J Psychophysiol. – 1998. - No 30. – P. 303–11.

19. Report of the International Project for the Health Effects of the Chernobyl Accident. – WHO: Geneva, 1995.

20. School and neuropsychological performance of evacuated children in Kyiv 11 years after the Chernobyl disaster / L. Litcher [et al.] // J Child Psychol Psychiatry. – 2000. - No 41. - P. 291–9.

21. Schull, W., Otake, M., Yoshimaru, H. Effect on intelligence test score of prenatal exposure to ionizing radiation in Hiroshima and Nagasaki: A comparison of the T65DR and DS86 dosimetry systems // Technical report RERF TR. – 1988. – P. 3–88.

22. The psychological and welfare consequences of the Chernobyl disaster: A systematic literature review, focus group findings and future directions / J.M. Samet, S.S. Patel. Los Angeles, CA: USC Institute for Global Health, 2011. - 125 pp.

23. Wechsler, D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children. - Third Edition. - London: The Psychological Corporation, Ltd., 1992.

24. Zanzonico, P.B., Becker, D.V. Radiation hazard in children born to mothers exposed to 131-Iodine // The thyroid and pregnancy. - Stuttgart–New York, 1991. - P. 189–125.

S.A. Igumnov¹, P.S. Lapanau²

THE MENTAL HEALTH RESEARCH OF CHILDREN WHO WERE EXPOSED TO ANTENATAL RADIO-ECOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS OF THE CHERNOBYL DISASTER

¹ Research Institute of Addiction Problems (Moscow, Russia), ²Belarussian State University (Minsk, Belarus).

Summary. There were evaluated the possible pathogenic mechanisms of mental and behavioral disorders developing among the persons who were exposed to antenatal radio-ecological and psychosocial factors of the Chernobyl disaster. In some cases the problem is the quality of medical data, the use of diagnostic and treatment methods, insufficiently verified in terms of evidence-based medicine, and a significant lack of information about the psychosomatic and mental disorders in general and child-adolescent population. That dictates the need for further prospective studies throughout the life-span cycle of the people affected by radiation disasters.

Keywords: Chernobyl disaster, radio-ecological factor, antenatal period, intelligence quotient, psychosocial factors.

**ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА СПЕЦИАЛИСТА
ПО РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ**
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. В статье представлен профессиональный стандарт специалиста по реабилитационной работе в социальной сфере¹. Описывается модель (характеристика квалификации) данного вида профессиональной деятельности. Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере - новая профессия, целью которой является «предоставление комплексной (социально-психологической, социально-педагогической, социально-трудовой) реабилитационной помощи уязвимым категориям населения». Раскрывается содержание образовательных программ, обеспечивающих профессиональную подготовку и переподготовку в сфере психологической реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, психологическая реабилитация, профессиональный стандарт, модель профессиональной деятельности, трудовые функции, социальная сфера

В 2013 г. в нашей стране профессиональным стандартом [3] была институционализирована новая профессия «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере». Стандарт стал условием решения важнейшей государственной задачи: создание равных возможностей и повышение качества жизни всех российских граждан, независимо от их медицинских, социальных, психологических и иных проблем. Законодательное оформление данной специальности позволило выделить реабилитацию в качестве самостоятельной отрасли, дало возможность преодолеть узкопрофессиональные границы и выйти на мультидисциплинарный и межотраслевой уровень реабилитационной помощи. Стандарт вошел в перечень новых специальностей в социальной сфере, носящих межведомственный характер.

Новый вид профессиональной деятельности был сформулирован как «предоставление комплексной реабилитационной помощи уязвимым категориям граждан». Его «основной целью» стала «социальная реабилитация категорий граждан, которые находятся в ситуации социальной дизадаптации или в ситуации риска ограничения жизнедеятельности». В соответствии с принятой в РФ социально-демографической структурой общества к ним были отнесены «уязвимые» группы детского, трудового населения, пожилых людей с тяжелыми хроническими заболеваниями [3].

Методологической «платформой» данного вида профессиональной деятельности стал «целостный», системный подход, позволяющий актуализировать ресурсы всей экологической системы реабилитанта. Этот подход представляется наиболее адекватным сущности человека как целостной биопсихосоциальной системы. Поскольку на социализацию личности и ее нарушения оказывают влияние факторы различных контекстов: исторических, культурных, социальных, семейных, интерперсональных, интрапсихических, генетических и т. д., то и реабилитация (абилитация) должна носить целостный, «многоконтекстный» характер. В соответствии с положениями социально-экологического подхода [5] к субъектам реабилитации можно отнести ближайшее окружение реабилитанта, реабилитацион-

¹Профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» разработан рабочей группой сотрудников МГППУ (В.Н. Ослон, Е.В. Селениной, А.М. Щербаковой, А.В. Шехориной).

ную службу, а также местное сообщество и общество в целом с их социальными установками, конвенциональными и не конвенциональными нормами в отношении уязвимых к дизадаптации групп населения. Изменяющиеся потребности всех субъектов реабилитационного процесса, направленные на целостное восстановление статуса реабилитанта и интеграцию/реинтеграцию его в социум, рассматриваются в качестве предмета деятельности нового специалиста. Методологическим основанием нового вида профессиональной деятельности стал и ресурсный подход [7, 6, 2], в соответствии с которыми важнейшими задачами специалиста являются выявление и оценка личностных и средовых ресурсов реабилитантов, а также их мобилизация для сохранения, восстановления или расширения сферы жизнедеятельности, преодоления (профилактики) ситуации социальной дизадаптации, максимально возможной интеграции в обществе.

В соответствии с профессиональным стандартом особенностью организации деятельности специалиста по реабилитационной работе в социальной сфере является его включенность в работу «мультидисциплинарной реабилитационной команды», в которой совместно трудятся специалисты, представляющие различные направления реабилитации, объединенные в соответствии с потребностями реабилитанта. Они разделяют единый методологический подход к деятельности по реабилитации, понимают ее как совместную работу и профессионально отождествляют себя с ней. Эта команда может быть «собрана» под «реабилитационный случай» из специалистов как одного учреждения, так и разных организаций (независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности).

В профессиональном стандарте описана модель нового вида профессиональной деятельности: реабилитация в социальной сфере. В рамках задач данной статьи необходимо развести такие понятия, как профессиональный стандарт и должностные обязанности специалиста. Профессиональный стандарт представляет собой «типовое описание» [1] вида профессиональной деятельности, его обобщенную модель. В рамках модели «нивелируется» все «специфическое», что различает содержание деятельности одного и того же специалиста в разных организациях. Поэтому «конкретный работник может полностью себя и не «увидеть» или «увидеть» чуть больше, чем он делает, умеет, знает, т. к. он выполняет реальную деятельность (работу по должности), которая отличается от модели деятельности» [1].

Структура любого профессионального стандарта включает в себя «обобщенные трудовые функции», которые, в свою очередь, состоят из конкретных «трудовых функций», «трудовых действий», а также требований к знаниям и умениям специалиста. В профессиональный стандарт специалиста по реабилитационной работе в социальной сфере были включены две обобщенные трудовые функции: «социальная реабилитация уязвимых категорий граждан с предоставлением социальных услуг в различных формах социального обслуживания», а также «организация реабилитационной помощи уязвимым категориям граждан». Реализация первой обобщенной функции (ОФ) предполагает проведение социально-психологической, социально-педагогической, социально-трудовой реабилитации, реализация второй - «организацию и управление реабилитационным случаем», а также «консультирование специалистов учреждений социальной сферы». Трудовые действия в рамках первой ОФ включают в себя: диагностику и оценку психо-социального статуса реабилитанта, выявление и оценку его ресурсов, составление прогноза, программ реабилитации, их реализацию, мониторинг и оценку результатов реабилитации, дальнейшую поддержку в постреабилитационный период и т. д.. В рамках второй – должна проводиться аккумуляция необходимых ресурсов (инфраструктуры, окружения, личностных), управление ими, организация и коор-

динация деятельности мультидисциплинарной реабилитационной команды, состав которой будет корректироваться в соответствии с изменяющимися потребностями реабилитанта. Для выполнения трудовых действий специалист должен квалифицированно разбираться в специфике различных видов реабилитации, владеть основными методиками и технологиями реабилитации, уметь квалифицированно оценивать состояние, жизненную ситуацию, ресурсы и изменяющиеся потребности самого реабилитанта и его ближайшего окружения и адекватно на них реагировать, мобилизовывать их личностный и сетевой потенциал; привлекать, распределять и управлять ресурсами реабилитационной инфраструктуры, договариваться и разрешать конфликтные ситуации с работодателями, страховщиками, местным сообществом и т. д.

За 2,5 года стандарт претерпел несколько редакций в связи с изменениями в российском законодательстве и предложениями экспертов. Представители социальных ведомств 83-х регионов приняли активное участие в его обсуждении. В результате были расширены классификаторы видов экономической деятельности специалиста. Они включили в себя: деятельность в области обязательного социального обеспечения, предоставление социальных услуг, предоставление социальных услуг с обеспечением проживания, предоставление социальных услуг без обеспечения проживания. Были отменены требования к стажу работника, а также расширены возможности получения профессиональной подготовки с применением программ профессиональной переподготовки (получение новой квалификации). Изменения также коснулись формулировок трудовых действий и требований к специалисту. Они были приведены в соответствие с актуальным законодательством.

В 2015 г. специальность была включена в справочник востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий [4]. Однако возможности стандарта в данном справочнике не были реализованы, т. к. специалист оказался ограничен исключительно работой с инвалидами. Ему предписывалось занимать только такие должности, как руководитель реабилитационного учреждения, специалист по реабилитации инвалидов, консультант по профессиональной реабилитации инвалидов, специалист по профессиональной ориентации инвалидов. Это искусственно сузило область применения стандарта учреждениями социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями, что противоречит его межотраслевому и межведомственному характеру.

На самом деле характеристики квалификации, описанные в стандарте, позволяют специалисту быть востребованным в различных видах организаций социальной сферы, под которой понимаются и социальная защита, и образование, и медицина, и культура. К организациям социальной сферы можно отнести: специализированные организации для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, учреждения социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями, комплексные учреждения общего типа, предоставляющие семье весь комплекс социальных услуг, специализированные учреждения: кризисный центр помощи женщинам (для женщин с детьми, для жертв домашнего насилия, вынужденных мигрантов), специальные (коррекционные) общеобразовательные школы и специальные (коррекционные) профессиональные училища для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (задержкой психического развития и легкими формами умственной отсталости), для совершивших общественно опасные деяния, учреждения дополнительного образования, культуры и спорта, центры занятости населения, организации, оказывающие паллиативную помощь, социально ориентированные благотворительные и некоммерческие организации. Специалист может также принимать участие в экспертизах профессиональной

пригодности, экспертизах связи заболевания с профессией и др.

В настоящее время идет внедрение стандарта в учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями. Однако, как показал опрос представителей социальных ведомств 83-х регионов, в его внедрении заинтересованы организации социальной сферы различной ведомственной принадлежности. Поэтому в новый справочник востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий, который будет издан в 2016 г., будут внесены изменения в коды ОКЗ и перечень должностей, что позволит расширить область применения стандарта. В соответствии с рекомендациями Министерства труда и социальной защиты РФ этап внедрения стандарта продлится до 2018 г. Обязательным условием его внедрения является наличие подготовленных специалистов, способных осуществлять и реализовывать мультидисциплинарный (интегрированный) подход.

Работа по созданию образовательных программ для подготовки специалистов, компетентных в сфере реабилитации была начата в Московском городском психолого-педагогическом университете (МГППУ) в 2007 г. в рамках Национального инновационного проекта «Образование» (направление Психологическая реабилитация). Была разработана модель деятельности психолога-реабилитолога, специализация Психологическая реабилитация и коррекция, которая осуществлялась на базе основной образовательной программы по специальности Клиническая психология в 2009-2015 гг. Основная задача психолога-реабилитолога понималась как вовлечение пациента в решение задач своей судьбы, в результате чего он становится субъектом собственной активности. В учебный план специализации были включены вновь разработанные дисциплины, такие как Реабилитационная психология, Психология устойчивости, Культурологические основы реабилитации, Методы и техники психологической реабилитации и др. Одновременно создавалась программа профессиональной переподготовки Клинико-психолого-педагогические основы реабилитации творческими видами деятельности, реализуемая до настоящего времени.

С 2014 г. в МГППУ реализуется магистерская программа «Психологическая реабилитация в социальной сфере», ориентированная на подготовку квалифицированных кадров для работы в области восстановления психического здоровья и эффективного социального поведения детей и взрослых уязвимых категорий, в том числе людей с ограниченными возможностями здоровья.

Опыт МГППУ в разработке и реализации программ высшего профессионального образования, направленных на подготовку специалистов и магистров в сфере психологической реабилитации, обеспечивает базу для создания программ профессиональной подготовки и переподготовки реабилитолога в социальной сфере в соответствии с требованиями нового профессионального стандарта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошина И.А., Пришибникова О.Д., Клинк О.Ф., Зайцева О.М. Методические рекомендации по формированию содержания профессиональных стандартов. – Москва: ФГ БУ «Научно-исследовательский институт труда и социального страхования» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, 2016. – 23 с.

2. Маклаков, А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. - 2008. - Т. 22. - № 1.

3. Приказ Минтруда России от 18.11.2013 № 681н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» [Электронный ресурс]

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156951 (дата обращения:

10.04.2016)

4. Приказ Минтруда России № 832 от 2.11.2015 г. «Об утверждении справочника востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий, в том числе требующих среднего профессионального образования» [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_194216 (дата обращения: 10.04.2016)

1. Voloshina I.A., Prjanishnikova O.D., Klink O.F., Zajceva O.M. Metodicheskie rekomendacii po formirovaniyu sodержaniya professional'nyh standartov. – Moskva: FG BU «Nauchno-issledovatel'skij institut truda i social'nogo strahovaniya» Ministerstva truda i social'noj zashhity Rossijskoj Federacii, 2016. – 23 s.

2. Maklakov, A.G. Lichnostnyj adaptacionnyj potencial: ego mobilizacija i prognozirovanie v jekstremal'nyh uslovijah // Psihologicheskij zhurnal. - 2008. - T. 22. - № 1.

3. Prikaz Mintruda Rossii ot 18.11.2013 № 681n «Ob utverzhdenii professional'nogo standarta «Specialist po reabilitacionnoj rabote v social'noj sfere» [Elektronnyj resurs]

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156951 (data obrashhenija: 10.04.2016)

4. Prikaz Mintruda Rossii № 832 ot 2.11.2015 g. «Ob utverzhdenii spravochnika vostrebovannyh na rynke truda, novyh i perspektivnyh professij, v tom chisle trebujushih srednego professional'nogo obrazovaniya» [Elektronnyj resurs] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_194216 (data obrashhenija: 10.04.2016)

5. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. - Cambridge, MA, 1979, 330 p.

6. Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In H. S. Friedman (Ed.), Personality and disease (pp. 155-177). New York: John Wiley & Sons.

7. Hobfoll, S. E. (2001). The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. Applied Psychology: An International Review, 50 (3), 337-421.

V. Oslon, A. Shcherbakova

POSSIBILITIES AND PROSPECTS OF IMPLEMENTATION

A NEW STANDARD OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF A SPECIALIST IN REHABILITATION IN THE SOCIAL SPHERE

Moscow City University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. This article introduces the standard of professional activity of a specialist in rehabilitation in the social sphere. A description of the model (characteristics of the qualification) of this type of professional activity is provided. Rehabilitation counsellor in the social sphere form a new profession aims "providing comprehensive (social/psychological, social/pedagogical, social/labor-related) rehabilitation assistance to vulnerable groups of the population. This article explains the content of educational programs that provide professional training and retraining related to psychological rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, psychological rehabilitation, standard of professional activities, model of professional activities, employment functions, social sphere.

СТРУКТУРООБРАЗУЮЩИЕ ЭМОЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Воронежский государственный университет инженерных технологий (Воронеж).

Резюме. В статье представлена сущность эмоционального развития личности в подростковом возрасте как соотношение прогрессивных и регрессивных эмоциональных проявлений. Показано, что формирование эмоциональной сферы носит прогрессивный характер эмоционального развития, кризисные переживания – регрессивный характер. К глубинным свойствам эмоционального развития в исследовании отнесены: эмоциональный контакт с миром, эмоциональная трансформация, эмоциональная надситуативность. Эмоции в подростковом возрасте образуют сложную динамичную структуру, включающую спектр амбивалентных, стенических и астенических эмоциональных состояний.

Ключевые слова: эмоции, эмоциональное развитие, подростковый возраст.

Подростковый возраст является важным периодом в развитии личности, в частности, в развитии эмоций. Эмоциональная сенситивность растущих людей служит ресурсом для последующей жизни человека как личности. В связи с этим научный интерес представляет проблема структурообразующих эмоций, поиск которых издавна привлекает внимание ученых. Так, в структуре невротической личности главной эмоцией считается тревога, доминирующая в переживаниях. Имеются попытки вывести наиболее здоровую эмоцию, к которой традиционно причисляют радость. В культурологическом контексте интерес представляет страдание, как базовая эмоция, определяющая ментальность, например, русского человека, а также – гордость, связанная с национальным самосознанием и патриотизмом. Двухмерные модели эмоций демонстрируют врожденный и приобретенный уровни эмоциональных явлений. К первому относят эмоции, несущие мотив познания – любопытство, интерес, удивление, ко второму – более сложные, комплексные сплавы эмоций – любовь, ненависть, ревность.

Недостатком множества западных теорий (по [1]) является невнимание к спокойствию как показателю уравновешенности, сбалансированности эмоциональной сферы личности. Спокойствие возможно рассматривать в различных трактовках: как психический склад личности, обусловленный влиянием черт темперамента и характера, состояние отсутствия актуальных потребностей, баланс потребностей и возможностей, реализацию целей, показатель эмоционального интеллекта.

Идея множественности базовых эмоций нашла отражение в представлении о континуальности эмоциональных явлений, которое означает, что нет критического момента исчезновения или поглощения одной эмоции другими. Спокойствие может означать центральную часть спектра, точку пересечения разнонаправленных эмоций.

Базовые эмоции в подростковом возрасте полимодальны, среди них доминируют «чувство взрослости», эмпатия, тревожность, «подростковый комплекс» эмоциональности, включающий эгоистичность, депрессивность, критичность к себе и другим, социальные эмоции – дружба и любовь, переживания одиночества [3, 5, 6]. Полимодальность также проявляется в эмоциональных нарушениях, к числу которых относят эмоциональный стресс, аффект неадекватности, страх, агрессию, ипохондрический синдром. В целом для подростков обоих полов характерны легкая возбудимость, резкая смена настроений и переживаний, импульсивность в поведении, маскировка безразличием тревоги, волнения, огорчения, одна-

ко имеются половые различия: девочкам в большей мере свойственны эмоциональные нарушения в форме обидчивости, плаксивости, непрерывных смен настроения, эмоциональность мальчиков становится более выразительной, в поведении проявляется суетливость [3].

Центральным образованием в эмоциональной сфере подростка является «чувство взрослости», проявляемое как субъективное переживание готовности быть полноправным членом сообщества взрослых, выражающееся в стремлении к самостоятельности, желании доказать «взрослость», добиться уважения и учета мнения подростка со стороны старших по возрасту [5].

«Аффект неадекватности», описанный сотрудниками лаборатории Л.И. Божович, представляет собой бурную неуправляемую реакцию, не соответствующую по выраженности проявлений поводу ее возникновения. Данный феномен характеризуется несоответствием завышенной самооценки и уровня притязаний реальным возможностям личности, стремлением сохранить самоуважение и особый статус в коллективе [3].

Депрессивным состояниям способствует противоречивость в настроениях, побуждениях и желаниях подростка, истощающая психические ресурсы. Возможен вариант переживания депрессии без открытой демонстрации и явной реакции на утрату. Однако подростки стремятся вести при этом активный образ жизни, характеризуемый поспешностью в завязывании новых эмоционально окрашенных отношений. По мнению психоаналитиков, депрессия есть нормативная реакция на сепарацию [2, 4], которая сменяется улучшением эмоционального состояния при переходе из подростковой фазы развития в юношескую.

Эмпатические переживания по своей направленности выражаются в гуманистической и эгоцентрической форме эмпатии. Ее дефицит нередко является следствием эмоциональной глухоты родителей, проявляемой в равнодушии к переживаниям и настроению детей, их мыслям и чувствам, что впоследствии приводит к равнодушному отношению подростка к переживаниям других людей [3].

«Подростковый комплекс» эмоциональности представляет собой новообразование выраженных психологических особенностей возраста, включающее колебания настроения – от безудержного веселья к унынию и обратно – без достаточных причин, а также ряд других попеременно выступающих полярных качеств.

Социальные эмоции как переживание человеком своего отношения к окружающим людям являются важным достижением возраста [3]. Их развитие происходит на фоне развития самосознания, положительной мотивации и предполагает не только овладение определенным объемом знаний (нормами поведения, оценочными категориями, культурными символами), но и выработку отношений, которые могут быть названы эмоциональными эталонами, имеющими при принципиальной однородности специфические отличия, накладываемые конкретным обществом и культурой.

Дружба и любовь обусловлены возникшей потребностью в глубоких межличностных отношениях. Подростки довольно часто допускают ошибки в выборе объекта. Главными факторами аттракции выступают физическая привлекательность и социально-демографические характеристики партнера. С физической привлекательностью тесно связаны иллюзии подростков относительно ценности объекта симпатии. Сходство социально-демографических характеристик подростков – социального и экономического статуса, близости территории проживания, этнической и религиозной принадлежности – влияет на укрепление социальных установок и стереотипов, укрепляет симпатию, подтверждая непротиворечивость внутренней картины мира партнеров.

Любовь базируется на модели привязанности и новых функциональных возможностях (символизации процесса взросления ребенка, упрочении различий между мужчиной и женщиной с целью их соединения по принципу комплементарности, подготовке к переживанию более сложных чувств между мужчиной и женщиной). Проявления любви мальчиков и девочек разнообразны, любовь обнаруживается в близости ненависти и ревности, в платонических переживаниях, перерастающих в эротическое и сексуальное влечения [6]. Как симптом или символ, она обозначает переход подростка к взрослости и подражание зрелым формам поведения.

Чувство ненависти выполняет защитную функцию, предохраняя от негативного опыта – специфический механизм чувствования, при котором ненависть является проявлением любви [6]. Первая любовь подростка часто переходит в ненависть или, напротив, вырастает из нее.

Ревность часто сопровождает влюбленность в подростковом возрасте: оба эти чувства способны переходить одно в другое, так как ревность связана с угрозой потери любви и привязанности другого человека, и страхом потери себя в результате разрыва симбиотических отношений, что ассоциируется с собственной смертью. Чувства любви и ревности практически слиты. Задачей в данном контексте является развитие идентичности и позитивного самоощущения человека [6].

Переживание одиночества возникает вследствие неуверенности в собственных силах, также оно может сопутствовать сепарации при переходе на новый уровень личностного развития.

Страхи имеют возрастную специфику, среди них преобладают страх смерти родителей и связанные с ними страхи общественных бедствий, например, войны. Другая группа распространенных подростковых страхов – страх собственной смерти, пожара, агрессии. Имеются гендерные различия среди подростков в реакциях страха и тревоги: так, у мальчиков чаще отмечается страх болезни, у девочек – боязнь стихий, замкнутого пространства и высоты, в целом у подростков-девочек уровень страхов выше по сравнению с мальчиками [3].

Симптоматика ипохондрического синдрома состоит в неоправданных и преувеличенных жалобах на неудовлетворительное физическое состояние.

Структура и проявление определенных форм агрессии в подростковом возрасте обусловлены возрастными и половыми свойствами. Мальчики-подростки отличаются большей выраженностью всех форм агрессивного поведения, по сравнению с девочками.

Сложно выделить единую базовую эмоцию в подростковом возрасте, однако наиболее характерным состоянием, на наш взгляд, является беспокойство или эмоциональный стресс. Структурообразующие эмоции в подростковом возрасте представлены в полимодальности, сложном соотношении прогрессивных и регрессивных тенденций. Данный контекст нашел отражение в характере образованной эмоциональной сферы и кризисных переживаний [7].

К эмоциональным проявлениям мы относим: 1) *образования эмоциональной сферы* – «чувство взрослости» (переживание ответственности, новой роли, эмпатии, социальных эмоций, положительной мотивации, предметных и обобщенных чувств, эмоционального стресса) и «подростковый комплекс» эмоциональности (импульсивность, сенситивность, одиночество, личные переживания – феномены дружбы и любви); 2) *кризисные переживания* (тревожность, страх, агрессию, депрессию, одиночество, аффект неадекватности, ипохондрический синдром). Образования эмоциональной сферы носят прогрессивный характер эмоционального развития, кризисные переживания – регрессивный характер.

Таким образом, эмоции в подростковом возрасте образуют сложную дина-

мичную структуру, включающую спектр амбивалентных, стенических и астенических, прогрессивных и регрессивных эмоциональных состояний. Отсутствие стойкого состояния спокойствия предполагает движение, структурную перестройку, неспособность к самостоятельной организации и контролю эмоциональных явлений, неравновесное состояние эмоциональной сферы личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бреслав Г.М. Психология эмоций / Г.М. Бреслав. 2-е изд., стер. М.: Смысл: Изд. Центр «Академия», 2006. 544 с.
2. Дольто Ф. На стороне подростка / Ф. Дольто / пер. с фр. А.К. Борисовой. Екатеринбург: У-Фактория, 2006. 368 с.
3. Психология подростка: учебник / Под ред. А.А. Реана. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2007. 480 с.
4. Тайсон Р. Психоаналитические теории развития: Пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. Екатеринбург: Деловая книга, 1998. 528 с.
5. Фельдштейн Д.И. Психология развития человека как личности: Избранные труды / Д.И. Фельдштейн. В 2-х т. М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2005. Т. 1.
6. Харламенкова, Н.Е. Самоутверждение подростка / Н.Е. Харламенкова. 2-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. 394 с.
7. Шмырева, О.И. Сущность эмоционального развития личности в подростковом возрасте / О.И. Шмырева // Мир психологии. Москва–Воронеж, 2013. № 3 (75). С. 254–266.

1. Breslav G.M. Psihologija jemocij / G.M. Breslav. 2-e izd., ster. M.: Smysl: Izd. Centr «Akademija», 2006. 544 s.
2. Dol'to F. Na storone podrostka / F. Dol'to / per. s fr. A.K. Borisovoj. Ekaterinburg: U-Faktorija, 2006. 368 s.
3. Psihologija podrostka: uchebnik / Pod red. A.A. Reana. SPb.: PRAJMEVROZNAK, 2007. 480 s.
4. Tajson R. Psihoanaliticheskie teorii razvitija: Per. s angl. / R. Tajson, F. Tajson. Ekaterinburg: Delovaja kniga, 1998. 528 s.
5. Fel'dshtejn D.I. Psihologija razvitija cheloveka kak lichnosti: Izbrannye trudy / D.I. Fel'dshtejn. V 2-h t. M.: Izd-vo MPSI; Voronezh: Izd-vo NPO «MODJeK», 2005. T. 1.
6. Harlamenkova, N.E. Samoutverzhdenie podrostka / N.E. Harlamenkova. 2-e izd., ispr. i dop. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2007. 394 s.
7. Shmyreva, O.I. Sushhnost' jemocional'nogo razvitija lichnosti v podrostkovom vozraste / O.I. Shmyreva // Mir psihologii. Moskva–Voronezh, 2013. № 3 (75). S. 254–266.

O. I. Shmyreva

STRUCTURAL EMOTIONS IN ADOLESCENT AGE

Voronezh State University of Engineering Technology (Voronezh).

Summary. In the article we deal with emotional development of a person during teenage as correlation of progressive and regressive emotional expressions. It is shown that the formation of emotional sphere has progressive character of emotional development, critical feelings have regressive character. Deep characteristics of emotional development include: emotional contact with the world, emotional transformation, emotional supra-situation. Emotions in adolescence present a complex dynamic structure including the spectrum of ambivalent, sthenic and asthenic emotional states.

Keywords: emotion, emotional development, adolescent age.

**ПОЗИТИВНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА
СТУДЕНТОВ ГУМАНИТАРНОГО ПРОФИЛЯ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ И КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ**

Московский педагогический государственный университет (Москва).

Резюме. Представлены данные о специфичности позитивных личностных качеств, таких как субъективное благополучие, счастье, надежда, субъективная успешность деятельности, способность определения жизненных целей, эмоциональная зрелость, осознание настоящего, удовлетворенность жизнью, стремление к личностному росту и инициатива к нему, склонность к любопытству и исследованию, мотивация к поиску и осознанию смысла жизни, чувство благодарности у студентов гуманитарного профиля различных форм и курсов обучения, полученные на материале 234 человек.

Ключевые слова: психологические особенности студентов, позитивная психология, благополучие, счастье, надежда, благодарность, эмоциональная зрелость, личностный рост, смысл жизни.

В рамках работы по адаптации тестов позитивной психологии и исследования особенностей позитивных личностных качеств в российской популяции [3-14] на материале 234-х человек (84 мужчины и 150 женщин; 223 бакалавра, относившихся к старшему подростковому возрасту, и 11 взрослых магистров, обучавшихся по гуманитарным специальностям) была изучена специфичность позитивных личностных качеств, таких, как субъективное благополучие, счастье, надежда, субъективная успешность деятельности, способность определения жизненных целей, эмоциональная зрелость, осознание настоящего, удовлетворенность жизнью, стремление к личностному росту и инициатива к нему, склонность к любопытству и исследованию, мотивация к поиску и осознанию смысла жизни, чувство благодарности у студентов различных форм и курсов обучения.

Для измерения позитивных личностных параметров применялись следующие методики: тест на уровень субъективного благополучия С. Любомирски и Х. Леппер; тест на субъективное счастье М. Фордайса; тест на субъективный уровень надежды Ч.Р. Снайдера (шкала надежды); тест на степень развитости чувства благодарности (М.Е. Маккалах и др.); тест на уровень эмоциональной зрелости М. Аткинсона; тест на уровень способности к осознанию настоящего (текущего) момента М. Аткинсона (эмоциональная зрелость и эта способность рассматриваются М. Аткинсоном как факторы «истинного счастья»); тест на степень удовлетворенности жизнью (Е. Дайнер и др.); тест на уровень инициативы к личностному росту К. Робичек; тест на степень выраженности склонности к любопытству и исследованию (Т.Б. Кашдан и др.); тест на уровень мотивации к поиску смысла жизни и осознания этого смысла (М.Ф. Стегер и др.) [3-13]. Дополнительно были измерены: уровень удовлетворенности браком [1, 2], которую также можно отнести к позитивным личностным качествам, а также уровень депрессии (как качество, условно противопоставленное позитивным) и склонность к похудению (как вероятный дополнительный признак депрессии) по тесту А. Бека [14, 15]. Использовались также методы математического анализа различий (индуктивной статистики). Статистические расчеты проводились с применением программы Statistica 6. Распределения результатов по большинству исследовавшихся параметров не были нормальными (критерий Шапиро-Вилка для $p \leq 0,05$), поэтому предпочтение при

статистической обработке отдавалось непараметрическим методам, в частности критерию различий Манна-Уитни, а также критерию Крускал-Уоллеса. Вероятность ошибки (p) принималась равной 0,05.

В результате исследования обнаружено, что в процессе обучения возрастает депрессивность студентов-бакалавров и падает уровень их эмоциональной зрелости. Этот результат определенно несколько парадоксален, возможно, его можно объяснить тем, что параллельно с обучением человек входит во взрослую жизнь, сталкивается с ее трудностями, часто не может адаптироваться к ней. Другим объяснением этого результата может быть то, что эти данные получены на срезах (по курсу обучения), а не путем лонгитюдного исследования (одних и тех же студентов), поэтому обнаруженные особенности могут быть следствием специфичности различных поколений.

Также обнаружено, что магистры по сравнению с бакалаврами более стремятся к личностному росту, проявляют инициативу к такому росту. Обнаружено, что студенты-заочники имеют максимальный уровень инициативы к личностному росту, они наиболее удовлетворены своей жизнью, наиболее счастливы и наименее депрессивны по сравнению со студентами других форм обучения, «наихудшие» же показатели по этим параметрам у студентов-вечерников. В целом позитивные личностные качества обнаруживают мало специфичности по курсам и формам обучения, наибольшее количество особенностей/различий выявлено по формам обучения.

Полученные результаты позволили сделать выводы, что студенты-заочники имеют максимальный уровень инициативы к личностному росту, они наиболее удовлетворены своей жизнью, наиболее счастливы и наименее депрессивны по сравнению со студентами других форм обучения, «наихудшие» же показатели по этим параметрам у студентов-вечерников; в процессе обучения возрастает депрессивность студентов-бакалавров и падает уровень их эмоциональной зрелости; магистры проявляют больше инициативы к личностному росту, чем бакалавры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений / В кн.: Спецпрактикум по социальной психологии. – М.: МГУ, 1987. – 120 с.
2. Андреева Т.В. Психология современной семьи. – СПб.: Речь, 2006. – С. 424-427.
3. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Психодиагностические тесты позитивной психологии. Учебно-методическое пособие. – М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2014. – 8 с.
4. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Методики позитивной психологии. Учебно-методическое пособие. – М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2014. – 8 с.
5. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Некоторые психометрические показатели русскоязычного варианта шкалы субъективного счастья С. Любомирски и Х. Леппер // Гуманитарные научные исследования. – 2014. – № 7 (35). – С. 136-139.
6. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Некоторые психометрические показатели русскоязычной версии эмоционального теста М. Фордайса // Психология, социология и педагогика. – 2014. – № 7 (34). – С. 56-60.
7. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Русскоязычная версия шкалы надежды Ч.Р. Снайдера // Современные

научные исследования и инновации. – 2014. – № 7 (39). – С. 245-248.

8. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Психометрические показатели русскоязычной версии шкалы надежды Ч.Р. Снайдера // Современные научные исследования и инновации. – 2014. – № 9-2 (41). – С. 92-98.

9. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Психометрические показатели русскоязычной версии Шкалы удовлетворенности жизнью // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2015. – № 9 (53). – С. 444-458.

10. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Психометрические показатели русскоязычной версии шкалы эмоциональной зрелости М. Аткинсона // Современные научные исследования и инновации. – 2015. – № 10 (54). – С. 547-558.

11. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Психометрические показатели русскоязычной версии теста «Опросник смысла жизни» (MLQ) // Психология, социология и педагогика. – 2015. – № 10 (49). – С. 85-96.

12. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Психометрические показатели русскоязычной версии шкалы чувства благодарности // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. – № 3. – С. 23-30.

13. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Некоторые психометрические показатели русскоязычной версии Шкалы удовлетворенности жизнью // Гуманитарные научные исследования. – 2015. – № 10 (50). – С. 154-161.

14. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Ретестовая надежность шкалы депрессии А. Бека // Всероссийская научно-практическая междисциплинарная конференция с международным участием «Реабилитация и профилактика – 2015» (в медицине и психологии), 14-16 октября 2015 г. Сборник тезисов. – М.: Первый МГМУ им. М.И. Сеченова, 2015. – С. 76-77.

15. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (June, 1961). An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry. 4 (6): 561–71.

1. Aleshina Ju.E., Gozman L.Ja., Dubovskaja E.M. Social'no-psihologicheskie metody issledovaniya supruzheskih otnoshenij / V kn.: Specpraktikum po social'noj psihologii. – М.: MGU, 1987. – 120 s.

2. Andreeva T.V. Psihologija sovremennoj sem'i. – SPb.: Rech', 2006. – S. 424-427.

3. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Psihodiagnosticheskie testy pozitivnoj psihologii. Uchebno-metodicheskoe posobie. – М.: MGGU im. M.A. Sholohova, 2014. – 8 s.

4. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Metodiki pozitivnoj psihologii. Uchebno-metodicheskoe posobie. – М.: MGGU im. M.A. Sholohova, 2014. – 8 s.

5. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Nekotorye psihometricheskie pokazateli russkojazychnogo varianta shkaly sub#ektivnogo schast'ja S. Ljubomirski i H. Lepper // Gumanitarnye nauchnye issledovaniya. – 2014. – № 7 (35). – S. 136-139.

6. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Nekotorye psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii jemocional'nogo testa M. Fordajsa // Psihologija, sociologija i pedagogika. – 2014. – № 7 (34). – S. 56-60.

7. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Russkojazychnaja versija shkaly nadezhdy Ch.R. Snajdera // *Sovremennye nauchnye issledovanija i innovacii*. – 2014. – № 7 (39). – S. 245-248.

8. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii shkaly nadezhdy Ch.R. Snajdera // *Sovremennye nauchnye issledovanija i innovacii*. – 2014. – № 9-2 (41). – S. 92-98.

9. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii Shkaly udovletvorennosti zhizn'ju // *Sovremennye issledovanija social'nyh problem (jelektronnyj nauchnyj zhurnal)*. – 2015. – № 9 (53). – S. 444-458.

10. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii shkaly jemocional'noj zrelosti M. Atkinsona // *Sovremennye nauchnye issledovanija i innovacii*. – 2015. – № 10 (54). – S. 547-558.

11. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii testa «Oprosnik smysla zhizni» (MLQ) // *Psihologija, sociologija i pedagogika*. – 2015. – № 10 (49). – S. 85-96.

12. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii shkaly chuvstva blagodarnosti // *Teoreticheskaja i jeksperimental'naja psihologija*. – 2015. – T. 8. – № 3. – S. 23-30.

13. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Nekotorye psihometricheskie pokazateli russkojazychnoj versii Shkaly udovletvorennosti zhizn'ju // *Gumanitarnye nauchnye issledovanija*. – 2015. – № 10 (50). – S. 154-161.

14. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semjonov D.V. Retestovaja nadezhnost' shkaly depressii A. Beka // *Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja mezhdisciplinarnaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Reabilitacija i profilaktika – 2015» (v medicine i psihologii)*, 14-16 oktjabrja 2015 g. Sbornik tezisov. – M.: Pervyj MGMU im. M.I. Sečenova, 2015. – S. 76-77.

15. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (June, 1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 4 (6): 561–71.

**S.P. Yelshansky, A.F. Anufriev, Z.F. Kamaletdinova, O.E. Saparin,
D.V. Semyonov**

**POSITIVE PERSONAL QUALITIES
OF STUDENTS OF HUMANITARIAN PROFILE
OF DIFFERENT FORMS AND COURSES OF STUDY**

Moscow Pedagogical State University (Moscow).

Summary. The specificity of positive personal qualities (such as subjective well-being, happiness, hope, subjective success, ability to define life goals, emotional maturity, awareness of the present moment, life satisfaction, commitment to personal growth and initiative to it, tendency to curiosity and investigation, motivation to search and realization of the meaning of life, sense of gratitude) in students of humanitarian profile of different forms and courses of study (obtained on the material of 234 respondents) has been presented in the work.

Keywords: psychological features of students, positive psychology, well-being, happiness, hope, gratitude, emotional maturity, personal growth, sense of life.

А.Ю. Александров, Ж.А. Александрова, Т.В. Таланова
АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ
К УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ
В РОССИЙСКИХ ШКОЛАХ И ВУЗАХ

**ФГБОУ «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
(Чебоксары).**

Аннотация: анализируются социокультурные аспекты адаптации иностранных школьников и студентов, обучающихся в российских школах и вузах. Выявляются факторы, затрудняющие успешную адаптацию иностранных школьников и студентов. Рассматривается комплекс мероприятий, способствующих адаптации иностранных обучающихся.

Ключевые слова: социокультурная адаптация иностранных школьников и студентов, факторы адаптации, экспорт образовательных услуг.

Интернационализация и экспорт российского образования выступают эффективными средствами продвижения российских внешнеэкономических интересов, обеспечения политического, экономического, информационного и культурного влияния России за рубежом [4]. Государство активно содействует этим процессам: например, увеличиваются квоты для иностранцев в вузах России; центры Россотрудничества за рубежом активно содействуют продвижению отечественных вузов на международный рынок. Перед российскими школами и вузами в настоящее время стоит непростая задача – укрепить свое присутствие в международном образовательном пространстве и завоевать в нем нишу, что, в свою очередь, подразумевает привлечение иностранных школьников и студентов для обучения в России – как в столичные, так и в региональные школы и вузы.

Согласно статистике, за последние 6 лет количество иностранных студентов, обучающихся в российских вузах, увеличилось вдвое: в 2010 г. в России обучались 118 700 иностранцев, тогда как в 2016 г. эта цифра составила около 240 000 иностранных студентов. Интернационализация современного образования актуализирует проблему адаптации иностранных школьников и студентов к условиям учебного заведения в незнакомой стране для успешной коммуникации в социально-бытовой и академической сфере.

Существует множество определений понятия адаптация. А.Д. Глузский выделяет следующие стороны адаптационного процесса. Во-первых, это процесс приспособления к ситуации в связи с изменениями ее характеристик. Во-вторых, это результат данного процесса, то есть приспособленность к изменившимся обстоятельствам жизни. В-третьих, это действия субъекта адаптационного процесса, связанные с его работой над собой в целях приспособления. Наконец, в-четвертых, это работа с объектом адаптации, которую осуществляют люди, его окружающие [1].

Адаптация иностранных школьников и студентов к ситуации обучения и проживания, обусловленная усилением потребности в преодолении географических границ для предоставления образовательных услуг, является сегодня важным, но нерешенным вопросом, который сдерживает интернационализацию современного образования в России. Между тем, потребность в подготовке конкурентоспособных иностранных специалистов, понимающих и принимающих российскую специфику, является сегодня одним из важных условий экономического развития России. Поэтому решение проблемы адаптации иностранных школьников и студентов к условиям обучения и проживания в России является на сегодня не только крайне актуальной, но и стратегически важной задачей для успешного

продвижения России на мировом рынке [2]. Д.С. Дрожжина отмечает, что особенность иностранного школьника и студента как объекта исследования состоит в том, что, приезжая в другую страну, он вынужден усваивать новые культурные образцы для успешного функционирования в качестве члена принимающего сообщества. Старые образцы и схемы поведения не всегда применимы в новой среде, поэтому требуются время и определенные усилия по преодолению барьеров и встраиванию в новую социокультурную среду [3].

В связи с наличием специфических этнических и психологических особенностей иностранным школьникам и студентам приходится преодолевать разного рода психологические, социальные, нравственные, религиозные барьеры, осваивать новые виды деятельности и формы поведения, т. е. проходить социокультурную адаптацию – сложный многоплановый процесс взаимодействия личности и новой социокультурной среды. Адаптация личности, как социально-педагогический процесс, направлена на снятие травмирующих воздействий внешней среды и включение личности в изменившуюся социальную среду. Успешная адаптация способствует быстрому включению школьников и студентов в учебный процесс и повышению качества их подготовки в образовательном пространстве школы и вуза. Школьник или студент, который слабо адаптирован, не может проявить себя в академическом процессе и реализоваться в качестве высококвалифицированного специалиста, востребованного на рынке труда.

Трудности, которые иностранные школьники и студенты особенно остро испытывают в первый год пребывания в новой стране, могут быть сгруппированы следующим образом:

- 1) психофизиологические, связанные с переустройством личности, вхождением в новую среду, психоэмоциональным напряжением, сменой климата и т. д.;
- 2) учебно-познавательные, связанные, в первую очередь, с недостаточной языковой подготовкой, преодолением различий в системах образования; адаптацией к новым требованиям и системе контроля знаний; организацией учебного процесса;
- 3) социокультурные, связанные с освоением нового социального и культурного пространства вуза; преодолением языкового барьера в решении коммуникативных проблем в процессе межличностного общения внутри межнациональной малой учебной группы, учебного потока, на бытовом уровне [6].

А.П. Кормилицын выделяет четыре фактора адаптации [5]: 1) физиологический; 2) психологический; 3) социальный; 4) культурный. По мнению И.В. Ширяевой, «адаптация студентов-иностранцев – это формирование устойчивой системы отношений ко всем компонентам педагогической системы, обеспечивающее адекватное поведение, способствующее достижению целей педагогической системы» [7].

В целом этапы адаптации иностранных студентов к новой языковой, социокультурной и учебной среде таковы:

- вхождение в студенческую среду;
- усвоение основных норм интернационального коллектива, выработка собственного стиля поведения;
- формирование устойчивого положительного отношения к будущей профессии, преодоление «языкового барьера», усиление чувства академического равноправия.

Главным условием успешной учебы иностранных школьников и студентов является быстрое и эффективное овладение русским языком. Чем лучше усваивается язык, тем эффективнее адаптация, тем быстрее студент перестает стесняться

обращаться со своими просьбами и вопросами к русскоязычным студентам и преподавателям, т. е. процесс коммуникации становится легче, а значит и проще становится познание нового, что очень важно.

Обучение иностранных школьников и студентов в межнациональных учебных группах, общение с представителями разных стран и повседневная учебная деятельность оказывают существенное влияние на формирование их личности. Выделение иностранных обучающихся в отдельные группы, где они изолированы от своих русскоязычных сверстников, как правило, затягивает процесс их успешной адаптации и социализации, т. к. находясь в России, они искусственно отделены от носителей русского языка и культуры, продолжают общаться на родном языке и, как следствие, не принимают естественным образом язык и культуру страны, в которой находятся [8].

Заметную роль в процессе адаптации играют отношения в группе, а именно возможность для иностранных школьников и студентов доверительно общаться с школьниками и студентами – носителями языка, рассчитывать на их помощь. Как правило, школьники и сокурсники помогают им адаптироваться к школьной и университетской жизни: к условиям обучения и требованиям преподавателей, новым социокультурным условиям, в том числе, к стилю общения с преподавателями.

В содействии успешной адаптации иностранных обучающихся необходимо учитывать сходные и отличительные черты школьников и студентов из других стран и школьников и студентов - граждан Российской Федерации. К сходным чертам можно отнести следующие: принадлежность к одной социальной группе – школьники и студенчество; принадлежность к одной возрастной группе; обучение по программам и учебным планам, предусмотренными для учебных заведений; типичные для любого первокурсника трудности, связанные с адаптацией к новым видам мыслительной деятельности и новым формам образовательного процесса (лекции, семинары, самостоятельные занятия и т. д.). К отличительным чертам относятся: несовпадение механизмов и качественных характеристик процесса социализации молодежи в разных странах и регионах; различие в деятельности образовательных учреждений и уровне подготовки; отличие в направленности и содержании проявления общественной активности молодежи; различие в культуре, специфических чертах поведения, в традициях образования и воспитания.

В настоящее время в общеобразовательных учреждениях г. Чебоксары (СОШ № 41, лицее № 2, гимназии № 1), а также г. Новочебоксарска (СОШ № 6) по обменной программе Международного благотворительного общественного фонда «Интеркультура» обучаются восемь иностранцев - из Индонезии, США, Италии, Финляндии, Нидерландов. Школы Чувашии уже шестнадцатый год работают по этой линии международного обмена.

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова (ЧГУ) находится на рынке экспорта образовательных услуг с 1991 г. и имеет богатый опыт обучения иностранных граждан и их адаптации в образовательном пространстве вуза. В ЧГУ обучается более 600 иностранных студентов, что составляет около 4% от общего количества обучающихся. В ЧГУ работает система академического и социального сопровождения студентов, недавно приехавших в нашу страну для получения высшего образования. В вузе функционирует деканат по работе с иностранными обучающимися, который координирует комплекс мероприятий по работе со студентами-иностранцами.

Содействие успешной комплексной адаптации организовано по нескольким направлениям:

- лингвистическая и культурная адаптация (проводится интенсивный курс

русского языка с элементами изучения российской истории и культуры);

- правовая адаптация (проводятся юридические консультации по вопросам соблюдения законов РФ, соблюдения миграционного законодательства РФ, а так же с целью профилактики правонарушений на территории РФ);

- бытовая адаптация (организована помощь в решении бытовых вопросов, связанных с заселением в общежития, питанием, приобретением одежды, посещением медицинских учреждений, правилами пользования общественным транспортом);

- этнокультурная адаптация (организовано взаимодействие с главами этнических и религиозных конфессий, национальными культурными центрами).

В 2016 г в ЧГУ стартовал проект по созданию наиболее благоприятных условий для адаптации студентов – иностранных граждан под названием «Диалог языков и культур». Целью данного проекта является развитие межнационального сотрудничества в Чувашской Республике и интенсивное погружение в региональную среду иностранных граждан, недавно прибывших для обучения в ЧГУ. Проект «Диалог языков и культур» призван ускорить адаптацию иностранных студентов, сделать ее менее болезненной посредством интенсивного погружения в среду русскоязычных сверстников. Проект предусматривает ряд мероприятий, таких как международный художественный фестиваль, интернациональный концерт, подготовка видеосюжетов, раскрывающих всю полноту жизни и быта иностранного студента, его взгляд на происходящие события вокруг него, а также трудности, с которыми он сталкивается. В рамках проекта будут открыты интернациональные кружки, организованы квест-игры, заработает дискуссионный клуб. Из числа русскоязычных студентов старших курсов создается корпус кураторов - Foreign Students' Advisors - помощников и консультантов иностранных студентов. Данный проект организован силами Волонтерского центра ЧГУ при поддержке Студсовета и факультета по работе с иностранными обучающимися.

Анализ опыта школ Чувашии, ЧГУ и других вузов страны в организации работы с иностранными обучающимися показывает, что успешная адаптация иностранного школьника и студента возможна лишь при полном, направленном, контролируемом погружении обучающегося в академическую и социокультурную среду. Итогом успешной адаптации должна стать общая удовлетворенность жизнью в России, осознанное и ответственное выполнение роли школьника и студента в российском образовательном пространстве, позитивное восприятие новой социокультурной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладуш А.Д., Трофимова Г.Н., Филиппов В.М. Социально-культурная адаптация иностранных граждан к условиям обучения и проживания в России: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 146 с.

2. Сорокина А.П., Стельникова Г.В., Вазина А.Н Адаптация и управление свойствами организма. – М.: Медицина, 1977. – 263 с.

3. Дрожжина Д.С. Изучение адаптации иностранных студентов: дискуссия о методологии // Universitas. Журнал о жизни университетов. – 2013, Т. 1, № 3. - С. 33–47

4. Емельянова М.В., Чучалов С.И., Обучение иностранных студентов в чувашском государственном университете // Университетское образование в полиэтничных регионах поволжья (к 50-летию Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова): Сб. статей. – Чебоксары, 2015. – С. 340-346.

5. Кормилицын А.П. Управление процессом адаптации иностранных студентов в новых экономических условиях // Современные научно-технические проблемы гражданской авиации: тезисы докладов Международной научно-технической конференции. - М.: МГТУ ГА, 1996. – С. 258.

6. Кривцова И.О. 2011. Социокультурная адаптация иностранных студентов к образовательной среде российского вуза (на примере Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко). *Фундаментальные исследования*. 8 (1): С. 284–288.

7. Ширяева И.В. Особенности адаптации иностранных студентов к учебно-воспитательному процессу в советском вузе (Автореф. дис. ...канд. психол. наук). – Л., 1987.

1. Gladush A.D., Trofimova G.N., Filippov V.M. Social'no-kul'turnaja adaptacija inostrannyh grazhdan k uslovijam obuchenija i prozhivanija v Rossii: Ucheb. posobie. – M.: RUDN, 2008. –146 s.

2. Sorokina A.P., Stel'nikova G.V., Vazina A.N Adaptacija i upravlenie svojstvami organizma. – M.: Medicina, 1977. – 263 s.

3. Drozhzhina D.S. Izuchenie adaptacii inostrannyh studentov: diskus-sija o metodologii // Universitas. Zhurnal o zhizni universitetov. – 2013, T. 1, № 3. - S. 33–47

4. Emel'janova M.V., Chuchkalov S.I., Obuchenie inostrannyh studentov v chuvashskom gosudarstvennom universitete // Universitetskoe obrazovanie v polijetnichnyh regionah povolzh'ja (k 50-letiju Chuvashskogo gosudarstvennogo universiteta imeni I.N. Ul'janova): Sb. statej. – Cheboksary, 2015. – S. 340-346.

5. Kormilicyn A.P. Upravlenie processom adaptacii inostrannyh studentov v novyh jekonomicheskikh uslovijah // Sovremennye nauchno-tehnicheskie problemy grazhdanskoj aviacii: tezisy dokladov Mezhdunarodnoj nauchno-tehnicheskoy konferencii. - M.: MGTU GA, 1996. – S. 258.

6. Krivcova I.O. 2011. Sociokul'turnaja adaptacija inostrannyh studentov k obrazovatel'noj srede rossijskogo vuza (na primere Voronezhskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii im. N.N. Burdenko). *Fundamental'nye issledovanija*. 8 (1): S. 284–288.

7. Shirjaeva I.V. Osobennosti adaptacii inostrannyh studentov k uchebno-vospitatel'nomu processu v sovetskom vuze (Avtoref. dis. ...kand. psihol. nauk). – L., 1987.

8. Morova N.S., Kuznetsova L.V, Lezhnina L.V., Talanova T.V. Ethnoculrural and social dominants of pedagogical education in conditions of national region // *Review of European Studies*, 2015. T. 7. № 8. - P. 182-188

A.Y. Aleksandrov, Z.A. Aleksandrova, T.V. Talanova

ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS REVISITING

THE EDUCATIONAL PROCESS IN RUSSIAN SCHOOLS AND UNIVERSITIES

The Federal State Educational Establishment of Higher Professional Education «The Chuvash State University named after I.N. Ulyanov» (Cheboksary).

Abstract: the socio-cultural aspects of the adaptation of foreign pupils and students studying in Russian schools and universities are analyzed. Factors hindering the successful adaptation of foreign pupils and students are identified. A set of measures to facilitate the adaptation of foreign pupils and students is considered.

Keywords: socio-cultural adaptation of foreign pupils and students, adaptation factors, export of educational services.

В.В. Зарецкий

СТРУКТУРИРОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ ТРЕБОВАНИЙ ФГОС ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва).

Резюме. В статье обсуждается эффективность структуры дополнительных профессиональных программ, направленных на профилактику аддикций среди детей и подростков с учетом требований федеральных государственных образовательных стандартов основного общего образования. Автор приходит к выводу, что системность структуры дополнительных профессиональных программ в значительной степени повысит их эффективность и уровень профессиональных компетенций ее участников.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, профилактика, образовательные стандарты, профессиональные компетенции.

Ежегодные данные государственной статистики свидетельствуют о стабильно высоком уровне учтенной распространенности употребления психоактивных веществ (далее ПАВ) среди детско-подросткового населения. Профилактическое направление, формирование здорового образа жизни и профилактика аддиктивного поведения являются одной из главных задач социальных институтов в улучшении здоровья несовершеннолетних Российской Федерации.

Разработано нормативно-правовое обеспечение, обеспечивающее деятельность по профилактике аддикций среди несовершеннолетних и молодежи в образовательной среде. Разработан и утвержден Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования (ФГОС). Разработаны профессиональные стандарты педагога, педагога-психолога. Фактически имеются полные основания для эффективной реализации превентивных программ. Однако, по результатам мониторинга профилактических программ, реализуемых в общеобразовательных организациях, проведенного ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», выявлено: в 75% профилактических программ недостаточна системность их организации, т. е. из них в профилактическую работу вовлечены не все основные целевые группы (63 % учащихся, 27 % родителей, 41 % педагогов) и проводятся они чаще в форме лекций или массовых акций). Эффективные интерактивные и тренинговые технологии, направленные на прояснение позиций, отношений учащихся, формирование необходимых навыков, занимают в профилактических программах всего 20%–25%. Отмечается недостаточность программно-целевого подхода (недостаток программ для различных целевых групп с учетом возрастных, психологических, физиологических и физических особенностей учащихся и степени их вовлеченности в проблему употребления ПАВ).

В соответствии с требованиями ФГОС общего образования определены требования к деятельности по профилактике употребления психоактивных веществ в образовательной среде (к результатам, к структуре, к условиям).

Требования ФГОС общего образования к результатам.

Стандарт ориентирован на становление личностных характеристик выпуск-

ника основной школы: пропаганда правил здорового и экологически целесообразного образа жизни, безопасного для человека и окружающей его среды; формирование готовности обучающихся к социальному взаимодействию по вопросам профилактики употребления наркотиков и других ПАВ, убежденности в выборе здорового образа жизни и вреде употребления алкоголя и табакокурения; осознание обучающимися необходимости следования принципу предосторожности при выборе варианта поведения.

Требования ФГОС общего образования к структуре.

Общеобразовательная программа должна включать Программу воспитания и социализации, неотъемлемым направлением которой является формирование экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни, включающим деятельность по профилактике употребления ПАВ обучающимися.

Требования ФГОС общего образования к условиям.

Условия реализации должны обеспечивать для участников образовательных отношений возможность:

- развития личности, способностей, удовлетворения познавательных интересов, самореализации обучающихся (при изучении учебных предметов задача развития и воспитания личности обучающихся является приоритетной);
- формирования социальных ценностей обучающихся;
- включения обучающихся в процессы преобразования социальной среды, формирования у них опыта социальной деятельности, реализации социальных проектов и программ;
- формирования у обучающихся экологической грамотности, навыков здорового и безопасного для человека и окружающей его среды образа жизни;

Психолого-педагогические условия реализации общеобразовательной программы должны обеспечивать:

- вариативность направлений психолого-педагогического сопровождения участников образовательных отношений (сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся; формирование ценности здоровья и безопасного образа жизни; поддержка детских объединений, ученического самоуправления);
- вариативность форм психолого-педагогического сопровождения участников образовательных отношений (профилактика, диагностика, консультирование, коррекционная работа, развивающая работа, просвещение, экспертиза).

Современная первичная профилактика употребления ПАВ среди несовершеннолетних в образовательной среде, носит позитивную направленность, предполагает парадигму снижения спроса и ориентирована на интактную целевую группу учащихся, исходя из принципа дифференцированности профилактических воздействий. Профилактические мероприятия позитивной направленности минимально освещают информацию, связанную с ПАВ, акцент переносится на получение несовершеннолетними знаний, умений и навыков, на нормативное функционирование личности в обществе. Проводя позитивную профилактику, следует обращать внимание на работу с системой ценностей, традиций общей и физической культуры и семьи обучающихся, с использованием проектных, интерактивных и тренинговых технологий.

В настоящее время развивается система организации проектной и исследовательской деятельности учащихся, под руководством педагогов разрабатываются социально значимые проекты. Особого внимания заслуживают добровольческие проекты, построенные на принципах «сверстник – сверстнику».

Парадигма настоящей **дополнительной программы повышения квалификации** - укрепление психического и физического здоровья обучающихся несовершеннолетних как профилактика аддикций. В этой связи изучение

проблемы профилактики аддиктивного поведения является необходимым звеном в профессиональной подготовке педагога и специалиста, призванного в своей профессиональной деятельности осуществлять превентивные мероприятия.

Программа призвана ознакомить с политикой государства в сфере профилактики употребления алкоголя и других ПАВ, концепцией и видами профилактики, позитивной направленностью профилактических воздействий, технологиями профилактических мероприятий и оценкой их эффективности. Более углубленное изучение знаний в данной области возможно при самостоятельной работе со специальной литературой, публикациями журнальных статей.

В дополнительной профессиональной программе должны быть представлены: цель, задачи, квалификационные требования, учебно-тематический план, учебно-методические материалы, требования к специалисту, определяющие уровень знаний, умений и практических навыков по вопросу профилактики употребления ПАВ. В конце программы представлен предметный список литературы и основных директивных и нормативных документов, позволяющий ориентироваться в основных и дополнительных материалах, которые должны изучаться слушателями курса, а также при самостоятельной подготовке к аттестации, определяющей уровень квалификации по данной дополнительной программе повышения квалификации (далее ДПП).

Программы реализации ДПП должны решать следующие **цели**:

- Повышение квалификации педагогических работников в области системной организации деятельности по профилактике аддикций (алкоголизма, наркомании и ВИЧ-инфекции) в образовательной среде, готовности и способности развивать экологическую культуру, здоровый и безопасный образ жизни в соответствии с требованиями ФГОС общего образования, общего полного образования, а также профессионального стандарта педагога для достижения нового качества образования.

- Освоение форм организации, содержания и методики обучения педагогов и психологов научным и прикладным основам профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних, формирование и совершенствование дополнительных профессиональных компетенций по предупреждению и преодолению различных видов аддикций.

- Разработка программ и учебных планов педагогами и специалистами образовательных организаций по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних и молодежи с учетом требований ФГОС.

Превентивные программы ДПП должны решать следующие **задачи**:

- Формирование у участников программы профессиональной позиции по отношению к профилактической работе и комплекса профессиональных компетенций, обеспечивающих их профессиональную готовность обучать педагогов и психологов научным и прикладным основам профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних с учетом требований ФГОС.

- Изучение нормативно-правового обеспечения профилактики алкоголизма и других форм аддиктивного поведения среди несовершеннолетних и молодежи. Комплексное представление антинаркотической политики в Российской Федерации.

- Изучение общих представлений об аддикциях и их влияния на демографическую ситуацию и общественное здоровье.

- Освоение методологии организации профилактической работы с подростками и молодежью в образовательной среде.

- Формирование единого профилактического пространства в образовательной среде объединением усилий всех участников профилактического процесса для бес-

печения комплексного системного воздействия на целевые группы профилактики.

- Сформировать умения и навыки проведения профилактической работы
- Овладеть методиками мониторинговых и экспертных исследований в профилактической сфере.

Объем и планируемые результаты освоения ДПП. Программа должна охватывать все основные сферы профилактической деятельности: учебную, педагогическую, семейную, досуговую. Основу профилактической программы составляет обучающие модули, включающие:

- диагностический компонент (входящее и контрольное тестирование) участников программы на выявление имеющихся знаний о проблеме, нормативном обеспечении профилактики, принципах профилактики, используемых технологиях, ожидаемых результатах превентивных воздействий. Также важно проведение тестирования участников на выявление их ценностного отношения к здоровью и приоритетов, которые они определяют для себя (этот этап составляет до 3%–5% учебного времени);
- информационный компонент (20%–25% учебного времени программы);
- тренинговый компонент (45%–50% учебного времени программы);
- формирование навыков оптимальных форм удовлетворения потребностей (ассертивность и коммуникативность);
- формирование навыков совладания с неудовлетворенными потребностями;
- дифференцировка целевой группы по степени вовлечения в проблему (наркопотребление, рискованное сексуальное поведение, противоправное поведение и т. д.)
- предоставление профессиональной педагогической, психокоррекционной помощи;
- формирование актива в целевой группе.

Требования к уровню подготовки поступающего на обучение. Программа рассчитана на педагогов и специалистов образовательных организаций среднего общего и дополнительного образования детей, руководителей образовательных организаций, педагогов, социальных педагогов и психологов образовательных организаций, педагогических работников коррекционных учреждений VII и VIII вида, ППМС-Центров, ППРК-центров, специальных учебно-воспитательных учреждений для детей с девиантным поведением.

Рекомендуемое направление повышения квалификации – организация образовательного процесса и формирование содержания образовательных программ, обеспечивающих различные виды функциональной грамотности (информационной, правовой и профилактической).

Полученные профессиональные компетенции, знания и умения слушатели смогут применять в ходе специально организованных занятий или занятий, включенных в содержание учебных предметов, семинаров, практических занятий с обучающимися, родителями и педагогическими работниками общеобразовательных организаций, так как проблема формирования ценностного отношения к здоровью – это важная составляющая как для самих целевых групп, так и профессионального становления педагога или специалиста, реализующего превентивные программы.

Требования к результатам освоения превентивной программы. Слушатель, освоивший программу, должен обладать профессиональными компетенциями, включающими в себя способности:

- проектирования профилактических программ для основных целевых групп;
- действовать в соответствии со стандартами, принятыми в данной сфере деятельности;
- добиваться результатов путем реализации социально значимых проектов;
- получать и адекватно интерпретировать информацию о социально-

психологических факторах зависимого поведения;

- обладать личностной и социальной компетентностью, предполагающей приверженность здоровьесберегающему стилю жизни;
- формирования у целевых групп профилактики социальных инициатив, волонтерской активности.

Слушатель, освоивший программу, должен:

- владеть современными образовательными технологиями (социального проектирования, интерактивного взаимодействия, психической саморегуляции, навыками эффективной коммуникации и асертивного поведения, справляться с конфликтными ситуациями и ситуациями стресса);

- быть способным донести до обучающихся подростков и молодежи ценности социально-ответственного поведения.

Слушатель, освоивший программу, должен уметь:

- использовать основные качественные и количественные методы социально-педагогического и психологического обследования. Обрабатывать и интерпретировать результаты обследований;

- анализировать возможности и ограничения используемых педагогических технологий, методов и средств обучения с учетом возрастного и психофизического развития обучающихся;

- разрабатывать и реализовывать дополнительные образовательные программы, направленные на развитие психолого-педагогической компетентности педагогических и административных работников, родителей (законных представителей) обучающихся;

- разрабатывать индивидуальные учебные планы, анализировать и выбирать оптимальные педагогические технологии обучения и воспитания обучающихся в соответствии с их возрастными и психофизическими особенностями;

- планировать и организовывать работу по предупреждению возможного неблагополучия в психическом и личностном развитии обучающихся, в том числе социально уязвимых и попавших в трудные жизненные ситуации;

- разрабатывать психологические рекомендации по соблюдению в образовательной организации психологических условий обучения и воспитания, необходимых для нормального психического развития обучающихся на каждом возрастном этапе;

- проводить мероприятия по формированию у обучающихся навыков общения в разновозрастной среде и в среде сверстников, развитию навыков поведения в виртуальной и поликультурной среде;

- определять структуру организационных, профилактических мероприятий и разрабатывать меры по их внедрению в работе с несовершеннолетними и молодежью в учебно-воспитательный процесс для уменьшения риска формирования аддиктивных форм поведения;

- проводить просветительную работу по профилактике аддиктивного поведения и пропаганде здорового образа жизни;

- организовать и реализовать психокоррекционные мероприятия (индивидуальная, групповая, семейная психокоррекция и др. методы);

- проводить обучающие занятия, направленные на улучшение способности к разрешению проблем;

- оказывать консультативно-методическую помощь образовательным организациям по раннему выявлению рисков употребления ПАВ;

- проводить оценку эффективности организационных и социально-педагогических технологий при оказании помощи несовершеннолетним «группы риска»;

-
- организовывать учебно-воспитательный процесс с несовершеннолетними (исследования в сфере профессионального самоопределения, организации развивающего досуга, активного здоровьесохраняющего отдыха);
 - применять личностные и профессиональные качества эффективного консультанта;
 - формировать и развивать волонтерское движение в подростковой, семейной и преподавательской среде, ориентированное на здоровый образ жизни.

Слушатели должны знать:

- основы возрастной и педагогической психологии, методы, используемые в педагогике и психологии;
- закономерности и возрастные нормы психического, личностного и индивидуального развития на разных возрастных этапах, способы адаптации и проявления дизадаптивного поведения детей, подростков и молодежи к условиям образовательных организаций;
- признаки и формы дизадаптивных состояний у детей, подростков и молодежи;
- основы возрастной физиологии и гигиены обучающихся, обеспечения их безопасности в образовательном процессе;
- психолого-педагогические особенности подросткового и юношеского возраста, учитываемые в профилактической антинаркотической работе;
- теорию и методы организации социально-педагогического и психологического исследования;
- методы статистического анализа данных социально-педагогического и психологического исследования, методы верификации результатов исследования, методы интерпретации и представления результатов исследования;
- методологические основы проектирования образовательной среды, основы психодидактики;
- закономерности групповой динамики, методы, приемы проведения групповой коррекционно-развивающей работы;
- основы государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и стратегии государственной антинаркотической политики;
- выявлять признаки формирования аддиктивного (зависимого) поведения в целях предотвращения употребления ПАВ среди несовершеннолетних и молодежи;
- основные теоретические положения психологии зависимости;
- основные виды и степень выраженности зависимого поведения;
- технологии психолого-педагогического консультирования и психокоррекции в работе с подростками и молодежью, попавшими в трудную жизненную ситуацию;
- основы экспертной деятельности по оценке эффективности профилактических антинаркотических мероприятий.

Требования к структуре программы, содержание разделов и тем программы:

- Современные требования к организации деятельности по профилактике аддиктивного поведения в образовательной среде.
- Нормативно-правовое обеспечение профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних.
- Общие представления о социально значимых и социально опасных заболеваниях: понятие, социальное значение, эпидемическая ситуация, влияние на демографическую ситуацию и общественное здоровье.
- Основы аддиктологии.

- Методология профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних и молодежи в образовательной среде.
- Психофизиологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста, учитываемые в профилактической работе.
- Психолого-педагогические технологии организации профилактической работы с несовершеннолетними в образовательной среде.
- Проектирование превентивных образовательных программ, направленных на предотвращение употребления ПАВ с учетом требований ФГОС к структуре программ отдельных учебных предметов, курсов.

Предлагаемое наименование и тематика практических занятий, используемых образовательных технологий.

Структурируя превентивную программу, необходимо учитывать важнейший компонент – практические занятия, которые должны составлять 15%–20% учебного времени программы. Предлагается проведение практических занятий по оценке сформированности отношения к здоровью и здоровому образу жизни, сформированности приоритета ценности здоровья у целевых групп, готовности целевых групп к социальному взаимодействию по вопросам профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних. Предлагается проведение дискуссий или дискуссионных клубов в образовательных организациях на выявление основных ценностно-смысловых ориентиров современного молодого человека; проведение дебатов по теме: «Молодежные субкультуры как фактор формирования аддиктивного поведения»; круглых столов о реализации принципов информационной безопасности в профилактической работе.

В процессе обучения слушателям необходимо разработать профилактический проект в рамках своей профессиональной деятельности и представить его на защиту по окончании обучения.

В конце образовательного курса для слушателей проводится контрольное тестирование по анкете, выявляющей знания по вопросам профилактики аддикций, их ценностное отношение к здоровью и жизненные приоритеты.

Эффективность предлагаемого структурирования ДПП по вопросам профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних и формирования здорового образа жизни в контексте требований ФГОС доказано в ходе реализации стажировочных инновационных площадок. По данной программе прошло обучение более 2000 педагогов и специалистов общеобразовательных организаций 35 субъектов Российской Федерации.

V.V. Zaretskiy

STRUCTURING ADDITIONAL PROFESSIONAL PROGRAM ON THE PREVENTION OF ADDICTIVE BEHAVIOR AMONG MINORS AND PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE IN THE CONTEXT OF THE REQUIREMENTS OF THE GEF

The Federal State Budgetary Research Institute «Centre for Protection of Rights and Interests of Children» (Moscow).

Summary. The article discusses the effectiveness of the structure of additional professional programs aimed at the prevention of addiction among children and adolescents, taking into account the requirements of the federal state educational standards of general education. The author concludes that the systematic structure of other professional programs will greatly enhance their effectiveness and level of professional competence of its members.

Keywords: addictive behavior, prevention, educational standards, professional competence.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ («СПАЙС») – НАРКОТИК «ВЫБОРА» МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва).

Резюме. Распространенность употребления дизайнерских наркотиков, новых психоактивных веществ синтетического происхождения, стремительно растет. Данные вещества свободно распространяются под видом легальных веществ, «безопасных» для употребления как в сети Интернет, так и в неформальной среде молодых лиц, а именно школьников старших классов и студентов. В данной статье представлены последние результаты исследования зависимости от синтетических каннабиноидов, проводимого в ФМИ ЦПН им. В.П. Сербского.

Ключевые слова: зависимость от синтетических каннабиноидов, «Спайс», новые ПАВ, сочетанное употребление ПАВ и «Спайс».

Введение. За последние несколько лет возникла угрожающая тенденция роста зависимости от радикально новых психоактивных веществ (ПАВ), так называемых «дизайнерских наркотиков», приобретаемых в качестве альтернативы «традиционным» [15, 13]. Данная группа наркотических веществ обозначена странами Европейского Союза как «новые ПАВ» [3]. Подпольные лаборатории демонстрируют скорость и адаптивность с целью избегания обнаружения синтезируемых наркотических веществ [9]. Обычной практикой является быстрая модификация функциональных групп, замена переменных, изменение фрагмента веществ, которые попали в поле зрения правоохранительных органов.

Одними из наиболее распространенных новых ПАВ на сегодняшний день на территории РФ являются синтетические каннабиноиды («Спайс»). «Спайс» - название первого на рынке продукта, имевшего в составе синтетические каннабиноиды, приобрело нарицательный характер и в настоящее время используется для обозначения любых курительных смесей, содержащих данную группу веществ [9]. Синтетические каннабиноиды позиционируются на нелегальном рынке как безопасные вещества «растительного» происхождения, не обнаруживаемые рутинными лабораторными тестами, чем, несомненно, привлекают подростков и молодых людей, которые в последующем и формируют основную группу зависимых лиц [14].

Синтетические каннабиноиды производят эффект, сходный с действием марихуаны, путем активации эндоканнабиноидной системы, однако даже употребление низких доз «Спайс» (1-2 г) приводит к состоянию, представляющему опасность как для лица, находящегося в наркотическом опьянении, так и для окружающих. Хроническая интоксикация синтетическими каннабиноидами либо употребление больших доз могут индуцировать длительные психотические состояния, вплоть до летального исхода [9, 11, 15, 21]. Серия отравлений «Спайс» получила значительную огласку в средствах массовой информации, однако по настоящее время существует недостаточное количество научных данных касательно данной группы веществ, их наркотического потенциала, формирования зависимости и тактики лечения. Особо тревожным является непредсказуемость и широта спектра эффектов от употребления даже низких доз синтетических каннабиноидов.

Правительства многих стран, включая РФ, осознавая опасность синтетических каннабиноидов, внесли отдельные виды в список запрещенных средств, однако, к сожалению, точечные запреты лишь стимулируют разработку аналогов за-

прещенных групп, что в свою очередь позволяет избегать уголовного преследования за производство и распространение наркотических средств и психотропных веществ. На сегодняшний день можно отметить не только сохранение такой тенденции в развитии создания и распространения наркотических веществ, но ярко выраженное ускорение темпов производства новых видов синтетических каннабиноидов [7, 8].

Постоянно растущая популярность новых ПАВ, и в частности синтетических каннабиноидов, обуславливается в первую очередь доступностью наркотика и агрессивной маркетинговой политикой среди молодого поколения. Синтетические каннабиноиды упаковываются в красочные и привлекающие внимание обертки, носят заманчивые названия, характеризующие «феноменальные» ощущения от приема. Кроме того по-прежнему существует практика первичных бесплатных проб наркотика, что является наиболее результативным способом вовлечения в систематическое употребление. Курительные смеси распространяются в сети интернет вне запрета ограничения по возрасту, в отличие от алкоголя, что в свою очередь приводит к тому, что «Спайс» становится наркотиком первой пробы, опережая даже спиртные напитки. Массивной экспансии синтетических каннабиноидов особенно способствуют трудности в обнаружении наркотика посредством обычных тестов на ПАВ [18].

В тоже время даже разовые пробы синтетических каннабиноидов подростками являются триггером, приводящим к резкому ухудшению отношений в семье, снижению дисциплины и успеваемости, привлечению подростков к уголовной ответственности. Кроме того, высокий наркогенный потенциал синтетических каннабиноидов обуславливает стремительное становление зависимости у молодых лиц.

Особенности клинической картины зависимости от синтетических каннабиноидов. Состояние острой интоксикации синтетическими каннабиноидами характеризуется не только тяжестью психического и соматического состояния пациента, но и молниеносностью течения клинической картины, в связи с чем необходимо тщательно дифференцировать любые случаи острой психоневрологической патологии у лиц молодого возраста. Интоксикация синтетическими каннабиноидами наступает практически моментально, эффект от употребления наступает в течение нескольких минут, длится по разным данным от 2–5 до 24 часов [1, 16, 20].

Соматоневрологические расстройства выражаются слабостью, снижением мышечного тонуса, нарушениями координации, судорогами, профузным потоотделением или бледностью кожи, инъектированием склер, расширением зрачков, установочным нистагмом, невнятиостью речи, одышкой, болями в груди, гипертонией, тахикардией (до 180 уд. в мин.), тошнотой и рвотой, сухостью во рту при отсутствии жажды [1, 4, 9, 16].

Психическое состояние пациентов через 5-30 мин. после употребления синтетических каннабиноидов в составе курительных смесей можно определить как дереализационно-деперсонализационный синдром с выраженной тревогой, аутоаллопсихической дезориентацией, сменяющийся онейроидно-делириозными расстройствами, сохраняющимися на протяжении 3 час. и переходящими в онейроидно-аментивное состояние [2, 4, 10].

Особую тревогу вызывает частое возникновение даже после однократного употребления синтетических каннабиноидов стойких психических нарушений, таких как беспокойство, нарушения мышления в виде мыслей паранойального содержания и бредовых идей. Синтетические каннабиноиды могут как спровоциро-

вать обострение существующей психической патологии, так и привести к возникновению острого психотического состояния у здоровых лиц с неотягощенным наследственным анамнезом [11, 12, 18].

Случаи отравления синтетическими каннабиноидами, требующие срочного лечения, включают судороги, острую почечную недостаточность и инфаркт миокарда [3, 13, 19]. Наиболее частыми причинами летального исхода являются сердечная ишемия и самоубийство [9].

Синдром зависимости от синтетических каннабиноидов подтверждается стремительным увеличением суточной толерантности, быстрым формированием психической зависимости (синдрома влечения к употреблению синтетических каннабиноидов), несмотря на неблагоприятные последствия, в том числе и социального характера, в виде риска потери работы, постепенного нарастания дефицита внимания касательно других интересов, кроме употребления ПАВ, формирования абстинентного синдрома. Анализ литературных источников позволяет говорить о том, что синдром отмены формируется достаточно быстро, спустя 3 недели постоянного употребления. В структуре абстинентного синдрома первостепенным является влечение к ПАВ, сочетающееся, как правило, с выраженными идеаторными расстройствами, а также тревожно-депрессивной симптоматикой с выраженным беспокойством, депрессивными переживаниями, ночными кошмарами. Соматоневрологические расстройства выражаются в тошноте, рвоте, потоотделении, сильном сердцебиении, головных болях, треморе [2, 9, 17].

Выявление лиц, употребляющих синтетические каннабиноиды требует особого тщательного внимания со стороны как врачей, так и работников образовательных учреждений.

Для описания особенностей **клинической картины синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов** были исследованы 80 пациентов, 50 из которых проходили лечение в ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского), 30 пациентов проходили медико-социальную реабилитацию в условиях некоммерческих реабилитационных центров.

Среди лиц, зависимых от синтетических каннабиноидов, подавляющая часть больных являлась мужчинами (72 пациента, 90% от общей выборки). Возраст пациентов составлял от 18 до 46 лет. Средний возраст больных составил $25,8 \pm 5,8$ года. В возрастной диапазон 18-22 года вошли 35% пациентов (28 человек), 23-30 лет составила группа 45% (36 человек), 31-46 лет - лишь 20% (16 человек).

По роду деятельности пациентов выборки были отмечены следующие закономерности: 23,75% (19 человек) имели постоянное место работы, 25% (20 пациентов) являлись учащимися техникумов или вузов, 51,25% (41 пациент) не имели определенного вида деятельности.

В изученной выборке чаще всего устанавливался диагноз зависимости от нескольких ПАВ (F19.2). В большинстве случаев зависимость от курения «Спайс» сочеталась с зависимостью от алкоголя – 22,5% (18 пациентов); в 21,2% случаев устанавливался диагноз сочетанной зависимости от алкоголя, опиоидов, психостимуляторов и синтетических каннабиноидов – «Спайсов» (17 пациентов); на третьем месте по частоте встречаемости были пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов – 17,5% (14 пациентов). Из общего количества больных в выборке изначально зависимость от синтетических каннабиноидов («Спайс», F12.2) формировалась в 1/3 наблюдаемых случаев – в 38,8% (31 пациент).

Наследственная отягощенность в изучаемой выборке представляется весьма высокой, особенно по наркологическим заболеваниям, что составляет 61,7% (у 50 пациентов родственники первой и второй линии страдали наркологическими за-

болеваниями, в подавляющем большинстве – алкоголизмом). Отягощенность психическими заболеваниями составляла 14,8%.

По преморбидным личностным особенностям распределение в изучаемой выборке было следующим: преобладали черты возбудимости (32,5%), неустойчивости (21,2%), тревожно-мнительные (17,5%) и паранойяльные черты (11,3%). В меньшей степени встречались истерические (10,0%), шизоидные (5,0%) и эпилептоидные (2,5%) черты.

В отношении юридических аспектов были выявлены следующие закономерности: 57,5% (46 пациентов) к уголовной ответственности не привлекались, 27,5% (22 пациент) имели погашенную судимость, остальные 15,0% (12 пациентов) на момент включения исследования находились под следствием или являлись обвиняемым.

У 53 пациентов (66,2%) первым употребленным ПАВ явился алкоголь. Средний возраст первой пробы алкоголя составил $15,5 \pm 1,3$ года. Лишь одна треть общей выборки (33,8% - 27 человек) при первых пробах ПАВ попробовали наркотическое вещество. Средний возраст первого употребления наркотического вещества составил $17,2 \pm 3,8$ года. В то время как в группе пациентов, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов, у половины пациентов (15 из 31 - 48%) первой пробой ПАВ явился именно наркотик.

В общей выборке первым наркотиком у 60% пациентов (48 человек) явились каннабиноиды, у 28,7% (23 пациента) синтетические каннабиноиды, у 6,25% (5 пациентов) – психостимуляторы, у 3,75% (3 пациента) - опиоиды, 1 пациент (1,25%) впервые из ПАВ попробовал циклодол,

В группе зависимых от синтетических каннабиноидов 19 пациентов впервые попробовали каннабиноиды (61,3%), 11 пациентов (35,6%) - синтетические каннабиноиды, 1 пациент (3,1%) – опиоиды.

Показательными являются особенности формирования зависимости от синтетических каннабиноидов в возрастной группе 18-22 года.

Данную группу составили 50% (14 пациентов), страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов, 32,14% (9 пациентов) - зависимостью от синтетических каннабиноидов («Спайс») и алкоголя, 10,71% (3 пациента) - синтетических каннабиноидов и психостимуляторов, 7,14% (2 пациента) – зависимостью от синтетических каннабиноидов, алкоголя, опиоидов, психостимуляторов и других ПАВ.

Полный курс лечения в стационаре прошли 71,43% группы (20 пациентов), 25% (7 пациентов) покинули клинику в связи с отказом от лечения в течение первых 10 дней стационарного лечения, 1 пациент (3,57%) был выписан в связи с нарушением режима учреждения.

Первым употребленным наркотиком являлись каннабиноиды у 64,29% (18 пациентов) данной группы, синтетические каннабиноиды у 35,71% (10 пациентов). Средний возраст первой пробы синтетических каннабиноидов в составе курительных смесей составил $19,2 \pm 3,7$ года. Средняя длительность эпизодического употребления «Спайс» составила $1 \pm 0,4$ месяцев. Продолжительность систематического употребления до формирования абстинентного синдрома составила $2 \pm 0,7$ месяцев. Средняя длительность синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов составила $1,25 \pm 1$ год. Средняя доза употребления курительной смеси, имеющей в своем составе синтетические каннабиноиды, составляла 6,3 грамма.

Как показывают данные исследования, курение синтетических каннабиноидов является прерогативой лиц молодого возраста. Мотивация употребления чаще истощалась гедонистической: желание пережить необычные впечатления, испытать особенное удовольствие. В тех случаях, когда у пациентов отмечалось со-

четанное употребление нескольких ПАВ, формирование зависимости от синтетических каннабиноидов носило викарный (заместительный) характер.

Таблица 1.

Основные клинико-динамические показатели формирования синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов по возрастным группам

Показатель		18-22 лет	23-30 лет	31-46 лет
Нозологический состав группы, %	F12	50%	37,14%	18,75%
	F12+F10	32,14%	17,14%	18,75%
	F12+F15	10,71%	20%	25%
	F12+F10+F11+F15	7,14%	25,71%	37,50%
Возраст первой пробы курительных смесей, лет		19,2±3,7	22,6±4,3	33,3±4,9
Продолжительность эпизодического употребления, месяц		1±0,4	1,3±0,6	2,2±3,1
Продолжительность систематического употребления до формирования абстинентного синдрома, месяц		2±0,7	2,4±1,1	3,6±3,9
Длительность синдрома зависимости, месяц		15,3±12,9	9,5±8,7	6,6±4,4
Средняя доза употребляемой смеси за сутки, граммов		6,3 ±2,4	4,9±1,9	7,1±6,2

Психическая зависимость от синтетических каннабиноидов могла сформироваться довольно быстро – уже после нескольких, даже единичных проб. Этап эпизодического употребления в среднем продолжался от 1 до 6 месяцев. Средняя доза употребляемой курительной смеси составляла 5,9 г/сутки (1 пакетик +/-4 грамма). Толерантность к синтетическим каннабиноидам установить трудно, условно можно говорить о росте толерантности при учащении курения.

Физическая зависимость формируется в гораздо более короткие сроки по сравнению с зависимостью от природных каннабиноидов, что является свидетельством высокой наркогенности «Спайс». Форма употребления «Спайс» чаще бывает постоянной.

Средняя длительность синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов составила 7,4±5,8 месяца.

Заключение. В настоящей статье кратко приведены последние данные по новым ПАВ – синтетическим каннабиноидам. Недостаток научных знаний касательно данной группы ПАВ находится в прямом противоречии с широкой доступностью информации о возможности синтеза, эффектах употребления «Спайс» через сеть интернет и другие средства массовой информации, особенно для подростков [5].

Несмотря на тревожный неуклонный рост обращаемости за медицинской помощью в связи с употреблением синтетических каннабиноидов, фактическое количество лиц, зависимых от «Спайс», остается недооцененным [6, 11, 21]. В тоже время количество новых групп синтетических каннабиноидов продолжает увеличиваться, возраст первой пробы веществ снижается.

Кроме того, подпольно синтезируемые и фасуемые упаковки курительных смесей представляют собой особую опасность в связи с неопределенностью концентрации веществ и непредсказуемостью набора синтетических каннабиноидов, содержащихся в одинаково маркированных упаковках, в связи с чем, по всей вероятности, определяется способность курительных смесей производить карди-

нально разные токсические эффекты, вплоть до летального исхода [14].

На сегодняшний день одной из главных задач, стоящей перед учеными, врачами и правоохранительными органами, является создание эффективного способа раннего выявления и предотвращения вовлечения в употребление наркотических веществ молодого поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булыгина И.Е. Клинические проявления интоксикации новым психоактивным веществом MDMB (N)-Bz-F // Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование правовых основ наркологической помощи». – М., 2014. – С. 45-52.

1. Bulygina I.E. Klinicheskie projavlenija intoksikacii novym psihoaktivnym veshhestvom MDMB (N)-Bz-F // Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija «Sovershenstvovanie pravovyh osnov narkologicheskoy pomoshhi». – М., 2014. – S. 45-52.

2. Benford D.M., and Caplan J.P., Psychiatric sequelae of spice, k2, and synthetic cannabinoid receptor agonists // Psychosomatics.- 2011, Vol. 52, - p. 295.

3. Bhanushali G.K., Jain G., Fatima H., Leisch L.J., Thornley-Brown D. AKI associated with synthetic cannabinoids: a case series // Clin J Am Soc Nephrol. - 2013, Vol. 8. - p. 523–526.

4. Brandt S.D., King L.A., Evans-Brown M. The new drug phenomenon // Drug Test Anal. - 2014, Vol.6. - p. 587–597.

5. Castellanos D., Singh S., Thornton G., Avila M., Moreno A. Synthetic cannabinoid use: a case series of adolescents // J Adolesc Health. - 2011, Vol. 49. - p. 347–349.

6. Centers for Disease Control and Prevention Emergency department visits after use of a drug sold as «bath salts»: Michigan, November 13, 2010 –March 31, 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 60. - p. 624–627.

7. Derungs A., Schwaninger A., Mansella G., Bingisser R., Kraemer T., Liechti M., Symptoms, toxicities, and analytical results for a patient after smoking herbs containing the novel synthetic cannabinoid MAM-2201 // Forensic Toxicol. - 2013, Vol. 31. - p. 164–171.

8. Drug Enforcement Administration Department of Justice Schedules of controlled substances: temporary placement of three synthetic cathinones in Schedule I. Final Order. Federal Register. - 2011.76. - p. 65371–65375.

9. Every-Palmer S. Warning: legal synthetic cannabinoid-receptor agonists such as JWH018 may precipitate psychosis in vulnerable individuals // Addiction. - 2010, Vol. 105. - p.1859–1860.

10. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study // Drug Alcohol Depend. - 2011, Vol. 117. - p.152–157.

11. Harris C.R., Brown A. Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review // J Emerg Med. -. 2013, Vol. 44. - p. 360–363.

12. Hurst D., Loeffler G., McLay R. Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series // Am J Psychiatry. - 2011;168:1119.

13. Kazory A., Aiyer R. Synthetic marijuana and acute kidney injury: an unforeseen association // Clin Kidney J. - 2013, Vol. 6. - p. 330–333.

14. Johnson L.A., Johnson R.L., Portier R.B. Current «legal highs»// J Emerg Med. – 2013, Vol. 44. - p. 1108–1115.

15. Johnston L., O'Malley P., Miech R., Bachman J., Schulenberg J. Monitoring The Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2013: Overview, Key Find-

ings on Adolescent Drug Use // Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research, 2014.

16. Lapoint J.V., Lackey F., Radomska-Pandya A., Moran C., James L.P., Nelson, L.S., Hoffman R.S., Moran J.H. Seizures following ingestion of the synthetic cannabinoid JWH-018 // Clin. Toxicol. (Phila.). - 2011, Vol. 49. - p. 213–214.

17. Levin K.H., Copersino M.L., Heishman S.J., Liu F., Kelly D.L., Boggs D.L., Gorelick D.A. Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adults cannabis smokers // Drug Alcohol Depend. - 2010, Vol. 111. - p. 120–127.

18. Maxwell J.C. Psychoactive substances-some new, some old: a scan of the situation in the U.S. // Drug Alcohol Depend. - 2014, Vol. 134. - p. 71–77.

19. Mir A., Obafemi A., Young A., Kane C. Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2 // Pediatrics - 2011, Vol. 128. - p. 1622–1627.

20. Nelson M.E., Bryant S.M., Aks S.E. Emerging drugs of abuse // Emerg Med Clin North Am. - 2014, Vol. 32. - p.1–28.

21. Spiller H.A., Ryan M.L., Weston R.G., Jansen J. Clinical experience with and analytical confirmation of «bath salts» and «legal highs» (synthetic cathinones) in the United States // Clin Toxicol. - 2011, Vol. 49. - p. 499–505.

S.M. Shakhova

THE SYNTHETIC CANNABINOIDS («SPICE») – DRUG OF CHOICE FOR YOUNG GENERATION

Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology named by V.P. Serbsky MH RF, The First Sechenov Moscow State Medical University MH RF (Moscow).

Summary. Prevalence of designer drugs - new psychoactive substances of synthetic origin is growing rapidly. These drugs are freely distributed between young people, the high school and university students and through the Internet under the guise of legal substances «safe» for use. This article presents the latest research results on synthetic cannabinoids' dependence, which is taken place in Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology named by V.P. Serbsky.

Keywords: synthetic cannabinoids dependence, «Spice», designer drugs, the combined use of drugs and «Spice».

С.А. Игумнов¹, В.В. Аблова¹, А.В. Козырева¹, М.А. Жердева¹, П.С. Лапанов², А.С. Лобачева¹, С.М. Шахова¹

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЧРЕЗМЕРНЫМ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ**

¹ФГБУ «Национальный научный центр наркологии», филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России (Москва, Россия),
²Гомельский государственный медицинский университет (Гомель, Беларусь).

Резюме. У подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением психоактивных веществ (синтетических каннабиноидов), повышение уровня аддиктивной идентичности приводит к снижению интеллектуальной продуктивности, способности к самоконтролю и самопринятию. В сфере межличностных отношений, аддиктивное поведение приводит к избеганию межличностных контактов и социальной изоляции. Таким образом, начиная употребление синтетических каннабиноидов с целью активизировать социальные контакты и повысить самооценку, подростки приходят к диаметрально противоположным результатам: одиночеству, социальной изоляции и низкой самооценке.

Ключевые слова: подростки, синтетические каннабиноиды, аддиктивная идентичность, психологические характеристики, психосоциальные факторы.

Введение. Постоянно растущая «популярность» новых психоактивных веществ (ПАВ), и в частности синтетических каннабиноидов, обуславливается, в первую очередь, доступностью наркотика и агрессивной маркетинговой политикой среди молодого поколения. Синтетические каннабиноиды упаковываются в красочные и привлекающие внимание обертки, носят заманчивые названия, характеризующие «феноменальные» ощущения от приема, кроме того, по-прежнему существует практика первичных бесплатных проб наркотика, что является наиболее результативным способом вовлечения в систематическое употребление. Курительные смеси распространяются в сети Интернет вне запрета ограничения по возрасту, в отличие от алкоголя, что в свою очередь приводит к тому, что «Спайс» становится «наркотиком первой пробы», опережая даже спиртные напитки. Массивной экспансии синтетических каннабиноидов в подростково-молодежной среде особенно способствуют трудности в обнаружение наркотика посредством обычных тестов на ПАВ [8].

Настоящее исследование социально-психологических особенностей подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением ПАВ (синтетических каннабиноидов), факторов их личностного становления проводилось в рамках темы Государственного задания (тема 10. «Разработка инновационных патогенетически обоснованных методов терапии поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ», подтема 10.1.2. «Клиническая картина и подходы к терапии зависимости от синтетических каннабиноидов») на базе отделения клинической психофармакологии, отделения клинических исследований наркоманий, консультативного отделения клиники ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России, 1-й ГКБ (психосоматическое отделение), а также в реабилитационных центрах Подмоскovie и Республики Беларусь.

Материал и методы. Выборку составили 100 подростков обоего пола в возрасте от 16 до 18 лет. Критерием формирования групп выступило наличие/отсутствие аддиктивного поведения. Представители основной группы характе-

ризовались систематическим чрезмерным употреблением ПАВ (синтетических каннабиноидов). Контрольную группу составили представители молодежи, характеризующиеся нормативным поведением, не имеющие аддикций и девиантного поведения. Распределение испытуемых по выборкам и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение испытуемых по выборкам и полу

Выборки	Девушки	Юноши	Итого
Основная (подростки, характеризующиеся систематическим чрезмерным употреблением психоактивных веществ (синтетических каннабиноидов))	21	29	50
Контрольная (подростки с нормативным поведением)	24	26	50
Всего	45	55	100

Для решения задач исследования были применены следующие психодиагностические методики:

1. Методика диагностики аддиктивной идентичности [2, 4].
2. Шкала поиска ощущений (по М. Цукерман) [1].
3. Калифорнийский психологический опросник (в адаптации Н.В. Тарабриной и Н.А. Графининой) [5, 7].
4. Социально-психологический метод реализуется с помощью анкетирования, которое проводилось отдельно с каждым пациентом на основе принципа информированного согласия.

Во время консультирования анкетирование дополнялось клинической беседой, а также изучением социально-педагогических характеристик (с оценкой уровня школьной дизадаптации), в процессе которых уточнялись сведения, изложенные в анкете. Диагностика психических и поведенческих расстройств, в том числе клинически выраженных форм аддиктивного (зависимого) поведения, проводилась в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 [6].

При проведении статистической обработки материала рассчитывались количественные и качественные показатели, достоверность результатов исследования. Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v.7.0, StatSoft Inc.

Результаты исследования. В целях изучения качественной однородности группы подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением ПАВ (синтетических каннабиноидов), были проанализированы их социально-педагогические характеристики, согласно которым 75% испытуемых основной группы состояли на внутришкольном учете (что свидетельствовало о выраженной школьной дизадаптации). На учете в комиссии по делам несовершеннолетних состояли 38% подростков с девиантным поведением. В связи с административными нарушениями привлекались к ответственности 26% испытуемых.

Результаты исследования аддиктивной идентичности подростков представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Исследование аддиктивной идентичности подростков (средний балл)

Показатель аддиктивной идентичности	ОГ (M±m)	КГ (M±m)	Достоверность результатов
	353,74±11,6	322,43±10,21	p<0,01

Согласно представленным данным, между показателем аддиктивной идентичности подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением ПАВ (синтетических каннабиноидов) (далее – аддиктивных подростков) и подростков с нормативным поведением отмечаются статистические различия высокого уровня значимости ($t=3,16$; $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют, что подростки основной группы отличаются значительно большей склонностью к уходу от реальности с помощью химического аддиктивного агента и к стойкой, сильной эмоциональной фиксации на воздействии, изменившем дискомфортное психическое состояние. Соотношения количества подростков основной и контрольной групп с наличием/отсутствием аддиктивной идентичности представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Соотношение подростков основной и контрольной групп с наличием/отсутствием аддиктивной идентичности

Наличие аддиктивной идентичности	%		φ-критерий Фишера	Достоверность результатов
	ОГ (n=50)	КГ (n=50)		
	78% (39 чел.)	18% (9 чел.)	$\phi=6,44$	$p<0,01$

Согласно представленным данным, аддиктивная идентичность в основной группе имеет значительно более высокий уровень распространенности ($\phi=6,44$; $p<0,01$). Данные исследования уровня потребностей в ощущениях различного рода в группах аддиктивных подростков и их сверстников представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Исследование потребности в ощущениях подростков (средний балл)

Показатель потребности в ощущениях	ОГ (M±m)	КГ (M±m)	Достоверность результатов
	12,1±0,61	9,7±0,56	$p<0,001$

Согласно представленным данным, между показателем потребности в ощущениях подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением ПАВ (синтетических каннабиноидов), и подростков с нормативным поведением отмечаются статистические различия высокого уровня значимости ($t=3,92$; $p<0,001$).

Исследование социально-психологических особенностей аддиктивных подростков. Социально-психологические особенности подростков являются важной предпосылкой риска формирования аддиктивного поведения, с одной стороны, и в значительной мере подвергаются его влиянию, с другой. Результаты исследования социально-психологических особенностей аддиктивных подростков представлены в табл. 5.

Данные табл. 5 свидетельствуют о наличии статистических различий высокого уровня значимости по шкалам социализации ($t=4,12$; $p<0,01$), общительности ($t=3,1$; $p<0,01$), социального присутствия ($t=2,75$; $p<0,01$), самопринятия ($t=3,24$; $p<0,01$), независимости ($t=2,94$; $p<0,01$), эмпатии ($t=3,22$; $p<0,01$), ответственности ($t=2,89$; $p<0,01$), самоконтроля ($t=2,92$; $p<0,001$), обычности ($t=2,77$; $p<0,01$), чувства благополучия ($t=3,19$; $p<0,01$), интеллектуальной эффективности ($t=3,16$; $p<0,01$), психологического склада ума ($t=2,91$; $p<0,01$). Статистические различия на уровне $p<0,05$ выявлены по шкале «достижение через подчинение».

Анализ корреляционной взаимосвязи уровня аддиктивного поведения и факторов личностного становления подростков. По результатам корреляционного анализа аддиктивной идентичности и психологических особенностей аддик-

тивных подростков была выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между уровнем аддиктивной идентичности и уровнем общительности ($r_s=-0,278$; $p\leq 0,05$), социального присутствия ($r_s=-0,367$; $p\leq 0,01$), самопринятия ($r_s=-0,292$; $p\leq 0,05$), ответственности ($r_s=-0,391$; $p\leq 0,01$), социализации ($r_s=-0,414$; $p\leq 0,01$), самоконтроля ($r_s=-0,354$; $p\leq 0,05$), интеллектуальной эффективности ($r_s=-0,292$; $p\leq 0,05$).

Таблица 5.

Социально-психологические особенности подростков в зависимости от наличия аддикций

Шкалы калифорнийского психологического опросника	ЭГ (M±m)	КГ (M±m)	Достоверность различий
Доминирование (Do)	42,76±0,22	56,94±0,24	$p>0,05$
Способность к статусу (Cs)	43,42±0,25	53,56±0,28	$p>0,05$
Общительность (Sy)	46,9±0,22	57,08±0,23	$p<0,01$
Социальное присутствие (Sp)	44,4±0,16	52,54±0,18	$p<0,01$
Самопринятие (Sa)	46,96±0,14	52,14±0,15	$p<0,01$
Независимость (In)	41,6±0,12	56,82±0,13	$p<0,01$
Эмпатия (Em)	47,4±0,21	52,52±0,22	$p<0,01$
Ответственность (Re)	46±0,69	53,12±0,7	$p<0,01$
Социализация (So)	42,16±0,17	56,26±0,19	$p<0,001$
Самоконтроль (Sc)	49,18±0,14	55,34±0,15	$p<0,01$
Хорошее впечатление (Gi)	42,5±0,13	43,68±0,16	$p>0,05$
Обычность (Cm)	56,2±0,29	47,28±0,31	$p<0,01$
Чувство благополучия (Wb)	48,76±0,14	56,88±0,18	$p<0,01$
Толерантность (To)	51,78±0,15	52,94±0,17	$p>0,05$
Достижение через подчинение (Ac)	45,3±0,28	51,34±0,29	$p<0,05$
Достижение через независимость (Ai)	44,82±0,22	55,12±0,25	$p>0,05$
Интеллектуальная эффективность (Ie)	49,36±0,15	57,42±0,15	$p<0,01$
Психологический склад ума (Py)	44,22±0,12	53,4±0,13	$p<0,01$
Гибкость (Fx)	49,84±0,13	51±0,15	$p>0,05$
Женственность/мужественность (F/m)	49,08±0,13	52,1±0,13	$p>0,05$

Чем более высока склонность к аддиктивному поведению у подростков со сформированной аддикцией, тем в большей степени они избегают межличностных контактов и чувствуют себя изолированными. Чем более выражена аддикция, тем меньше отмечается настойчивости, энтузиазма, желания выделиться в разнообразных умениях и мотивировать других у аддиктивных подростков. Высокий уровень аддикции способствует развитию чувства ненадежности, эмоциональной конфликтности и склонности к дистрессу, страху риска и склонности испытывать чувства вины и самообвинения. Чем более высокий уровень аддикции у подростков, тем они более импульсивны и недисциплинированы, необязательны, эгоцентричны и безответственны. Высокий уровень аддикции взаимосвязан с упрямством, мятежностью, игнорированием правил, норм и традиций. По мере повыше-

ния уровня аддикции повышаются легкомысленность, импульсивность и непредсказуемость. Аддикции снижают способность подростков доверять своим интеллектуальным способностям, организованность и способность эффективно использовать свое время.

У подростков с нормативным поведением выявлена обратная корреляция между уровнем аддикции и доминированием ($r_s = -0,286$; $p \leq 0,05$), самопринятием ($r_s = -0,325$; $p \leq 0,05$), независимостью ($r_s = -0,279$; $p \leq 0,05$), ответственностью ($r_s = -0,295$; $p \leq 0,05$), чувством благополучия ($r_s = -0,354$; $p \leq 0,05$).

Заключение. Аддиктивная идентичность подростков с нормативным поведением коррелирует с пассивностью, неспособностью отстоять свои права, заторможенностью в мыслях и действиях, избеганием напряжения и давления, робостью, застенчивостью, беззащитностью, избеганием ответственности. Высокий уровень склонности к аддикции способствует развитию чувства ненадежности, эмоциональной конфликтности и склонности к дистрессу, страху риска и склонности испытывать чувства вины и самообвинения. Уровень склонности к аддикции коррелирует с недостатком уверенности в себе, тревожностью в ситуациях, когда необходимо принимать независимые решения, зависимостью от других. Чем выше уровень склонности к аддикции, тем в большей степени подростки склонны действовать спонтанно, экспромтом, сопротивляться принятию на себя каких-либо обязательств. Высокий уровень аддиктивной идентичности взаимосвязан с неорганизованностью, трудностями в следовании долгосрочным целям, что может свидетельствовать о нарушениях формирования исполнительных психических функций (планирования и принятия решения) [10], приводящих к школьной дезадаптации. Аддиктивная идентичность нормативных подростков коррелирует с высоким уровнем тревожности, сниженным настроением, низкой самоидентификацией, злобой, враждебностью, отсутствием доверия к другим.

В настоящее время в процессе изучения находится взаимосвязь склонности к аддиктивному поведению в форме систематического чрезмерного употребления ПАВ (синтетических каннабиноидов) и алекситимией (свойством личности, связанным с трудностями в осознании и вербализации эмоций, бедностью воображения, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям). В ракурсе увеличения отрицательного влияния массовой культуры и доминирования воздействия виртуальной реальности и информационных технологий на поведение человека, в том числе аддиктивное, исследования механизмов формирования алекситимии в ее связи с различными формами аддикций становятся необходимыми и востребованными [3].

Большой научный интерес представляет также клиничко-генетический анализ случаев острых и протрагированных «спайсовых» психозов, поскольку клинические наблюдения зафиксировали способность этих соединений провоцировать психотические состояния у пациентов с отягощенным психозами анамнезом [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев М.Г. Психолого-педагогическая диагностика делинквентного поведения у трудных подростков (Части 1-3) / М.Г. Дмитриев, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов. - СПб.: ЗАО «ПОНИ», 2010. – 316 с.
2. Дмитриева Н.В. Разработка и психометрический анализ методики диагностики аддиктивной идентичности / Н.В. Дмитриева, С.Б. Перевозкин, Ю.М. Перевозкина, Н.А. Самойлик // Сибирский психологический журнал. - 2013. - № 48. - С.14-17.
3. Замогильный С.И. Кросскультурный анализ алекситимии молодежи / С.И. Замогильный, Т. Дорждагва, С.А. Игумнов, Р.М. Шамионов // Соёл судлаачдын үндэсний IX семинарын эмхэтгэл. 2015.04.17. – Улаанбаатар: БИТПРЕСС, 2015. - С. 49-55.

4. Короленко Ц.П. Личностные расстройства / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – СПб.: Питер, 2010. – 400 с.

5. Тарабрина Н.В. Новый вариант Калифорнийского психологического опросника / Н.В. Тарабрина, Н.А. Графинина // Методики анализа контроля трудовой деятельности и функционального состояния. — М.: Изд-во ИП РАН. - 1992. - С. 250-260.

6. Чуркин А.А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. - М.: Мегатро, 2010. - 132 с.

1. Dmitriev M.G. Psihologo-pedagogicheskaja diagnostika delinkventnogo povedenija u trudnyh podrostkov (Chasti 1-3) / M.G. Dmitriev, V.G.Belov, Ju.A. Parfenov. - SPb.: ZAO «PONI», 2010. – 316 s.

2. Dmitrieva N.V. Razrabotka i psihometricheskij analiz metodiki diagnostiki addiktivnoj identichnosti / N.V. Dmitrieva, S.B. Perevozkin, Ju.M. Perevozkina, N.A. Samojlik // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. - 2013. - № 48. - S.14-17.

3. Zamogil'nyj S.I. Krosskul'turnyj analiz aleksitimii molodezhi / S.I. Zamogil'nyj, T. Dorzhdagva, S.A. Igumnov, R.M. Shamionov // Soel sudlaachdyn yndjesnij IX seminarjn jemhjetgjel. 2015.04.17. – Ulaanbaatar: BITPRESS, 2015. - S. 49-55.

4. Korolenko C.P. Lichnostnye rasstrojstva / C.P. Korolenko, N.V. Dmitrieva. – SPb.: Piter, 2010. – 400 s.

5. Tarabrina N.V. Novyj variant Kalifornijskogo psihologicheskogo oprosnika / N.V. Tarabrina, N.A. Grafinina // Metodiki analiza kontrolja trudovoj dejatel'nosti i funkcional'nogo sostojanija. — М.: Izd-vo IP RAN. - 1992. - S. 250-260.

6. Churkin A.A. Prakticheskoe rukovodstvo po primeneniju MKB-10 v psihiatrii i narkologii / A.A. Churkin, A.N. Martjushov. - М.: MegaPro, 2010. - 132 s.

7. Gough, H.G. The California Psychological Inventory. - N.Y., 1987.

8. Maxwell, J.C. Psychoactive substances-some new, some old: a scan of the situation in the U.S / J.C. Maxwell // Drug Alcohol Depend. - 2014. - Vol. 134. - P. 71–77.

9. Radhakrishnan, R. Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis / R. Radhakrishnan, S.T. Wilkinson, D.C. D'Souza // Frontiers in Psychiatry [Electronic resource]. - 2014. - Mode of access: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>. - Date of access: 05.10.2014. - 24 p.

10. Richaud, M.C. Children's Cognitive Development in Social Vulnerability: An Interventional Experience / A.V. Filippetti, M.C. Richaud // Psychology Research. - 2015. - Vol. 5, No. 12. - P. 684-692.

S. Igumnov¹, V. Ablova¹, A. Kozyreva¹, M. Zherdeva¹, P. Lapanau²,
A. Lobacheva¹, S. Shakhova¹

PSYCHOSOCIAL FEATURES OF TEENAGERS WITH ADDICTION TO SYNTHETIC CANNABINOIDS

¹V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology MH RF (Moscow, Russia), ²Gomel State Medical University (Gomel, Belarus).

Summary. In teenagers, characterized by systematic excessive use of psychoactive substances (synthetic cannabinoids), the growth of addictive identity leads to a reduction of intellectual efficiency, the ability to self-control, responsibility and self-acceptance. In the interpersonal sphere, the influence of drugs is manifested by the reduction of social presence and sociability. Thus, having started to use drugs in order to increase social contacts and self-esteem, teenagers get a completely opposite results: loneliness, social isolation and low self-esteem.

Keywords: teenagers, synthetic cannabinoids, addictive identity, psychological characteristics, psychosocial factors.

А.В. Горюнова

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА**У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ (ЛЕКЦИЯ, ЧАСТЬ 2)****Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).**

Резюме. В лекции описаны особенности психического и двигательного развития детей с аутизмом и начальные признаки нарушений взаимодействия, поведения, аффективных и когнитивных расстройств. Характер первичных коммуникаций, эмоциональных реакций ребенка на окружающее, в том числе и на мать, а также оценка развития речевых функций и эволюции игры в раннем возрасте имеют важное диагностическое значение. Дифференциальный диагноз аутистических расстройств необходимо проводить как внутри группы общих нарушений развития, так и с рядом заболеваний нервной системы, начинающихся в раннем возрасте. Приведено клиническое наблюдение ребенка с аутизмом в возрасте 15 мес.

Ключевые слова: аутизм в детстве, диагностика аутизма.

Существующие программы раннего вмешательства в развитие и обучение детей с аутизмом и аутистическими расстройствами позволяют улучшить прогноз у большей части из них, поэтому так важно знание начальных признаков аутизма для его раннего выявления. Максимально ранняя диагностика способствует также проведению психотерапевтической помощи родителям для выработки стратегии их эффективного поведения, направленного на решение проблем ребенка в сфере коммуникаций, адаптации в социуме и обучении [1]. К сожалению, у многих специалистов сложилось мнение о невозможности диагностировать аутизм до 2-3-х лет. Это связано с тем, что в структуре дисгармоничного развития ребенка признаки аутистических расстройств и нарушения созревания отдельных психических сфер, как правило, в силу возрастных особенностей в этом возрасте выявить сложно. Педиатр и невролог обычно не в состоянии заподозрить аутистические расстройства за своеобразным поведением ребенка, а родители часто считают их индивидуальными особенностями.

Перед психиатрами также встали сложные диагностические проблемы в связи с необходимостью проведения диспансеризации детей в возрасте 1 года и 3 лет (приказ МЗ РФ № 347 от 12.2012 г.). По сложившейся практике с 1971 г. психиатрическое обследование проводилось детям с 4 лет, а до этого возраста заболевания нервной системы курировали невропатологи, поэтому психиатры оказались также методически неготовыми к выполнению этой задачи. Многолетние клинические наблюдения (свыше 40 лет) за детьми раннего возраста, страдающими невро-психическими расстройствами, позволяют обобщить накопленный опыт и изложить в данной лекции особенности психомоторного развития и начальные проявления аутизма у детей до 3-х лет. Большую помощь в обследовании оказал разработанный нами «Психодиагностический тест «ГНОМ» [6] для детей раннего возраста, который дает возможность оценить возрастной коэффициент психического развития ребенка и уровень созревания отдельных психических сфер.

В настоящее время большинством ученых признается ведущая роль генетических факторов в возникновении аутизма [1, 2, 4, 5, 8, 10]. Это предполагает су-

ществование специфического клинического фенотипа и возможность его выявления в раннем детстве [8, 4, 5]. Клинически нейроинтегративный дефект, или шизотипический диатез, проявляется в функциональной недостаточности или генетически унаследованной дефицитарности интегративной функции ЦНС. У большинства детей с аутизмом с первых месяцев жизни наблюдаются: нарушения адапционно-приспособительных реакций, вегетативно-инстинктивных механизмов к внеутробному существованию, особенности реагирования на окружающую обстановку, слабость аффективной реакции на человека, в том числе на мать, и своеобразие психомоторного развития. У детей с аутизмом рано появляются желудочно-кишечные нарушения (трактуемые как дисбактериоз) - срыгивания, склонность к запорам, расстройства аппетита, инверсия кормления, которые сохраняются надолго. В отличие от этого при синдроме вегетативно-висцеральных нарушений после перинатальной церебральной ишемии аналогичные расстройства, как правило, к концу первого полугодия или к году проходят. Среди других вегетативно-инстинктивных нарушений обращает на себя внимание отсутствие или извращение реакции на физический дискомфорт, различные нарушения сна, например: длительное засыпание, нередко с ритуалами, сон только на улице или на балконе, на руках. Нередко сон бывает укороченным, прерывистым, беспокойным, в других случаях – длительным. Часто у детей наблюдается «спокойная» бессонница: ребенок часами может спокойно лежать без сна. Пробуждение нередко сопровождается дистимией – недовольством, плачем, криком. Биологические ритмы, особенно сон-бодрствование, у этих детей долго остаются неустойчивыми.

По характеру психической активности детей можно разделить на две основные группы: с повышенной и пониженной возбудимостью. Гиповозбудимые дети, как правило, у родителей не вызывают беспокойства. В состоянии бодрствования они «чересчур спокойны», пассивны, слабо реагируют на мокрую одежду, холод, не проявляют чувства голода. Отмечаются вялое сосание, плохое взятие груди, ранний отказ от груди (порой уже в роддоме), трудности при введении прикорма, формируется избирательность в еде, слабое жевание, отказ от твердых видов пищи. Пассивность нередко сочетается со снижением двигательной активности. Для гипervозбудимых детей, наоборот, характерно сочетание повышенного фона тревоги со склонностью к реакциям паники, страхам, колебаниям настроения. У части детей гипervозбудимость сосуществует с двигательной пассивностью, тогда как у других - с двигательной расторможенностью.

Важным моментом, на который необходимо обращать внимание в первые месяцы жизни ребенка, является формирование первичных коммуникаций и его эквивалентов. В норме у здоровых детей в этом возрасте возникают зрительный контакт, ответная улыбка, положительная эмоциональная реакция, «ротовое внимание» (реакция на маму вытягиванием губ «хоботком»), «комплекс оживления» на активное обращение взрослого, интонационный крик, вокализации, узнавание и выделение близких. Формирование таких связей у аутичных детей искажено или задерживается: наблюдается слабость эмоциональной реакции на мать, других близких, отсутствуют зрительный контакт, «ротовое внимание», интонационный крик. Эмоциональные реакции ребенка на погремушки, человеческое лицо невыразительны. Появление первой ответной улыбки (в норме в 1,5 мес.) в половине случаев задерживается незначительно, но она не обращена к близкому человеку, а как бы отвечает внутренним переживаниям ребенка, существует сама по себе, часто возникает в ответ не на улыбку матери, а на тактильные раздражения, звук погремушки, яркое пятно. Если здоровый ребенок, прежде всего, обращает внимание на глаза взрослого, то аутичный ребенок часто не фиксирует взгляд на глазах

взрослого, а в ряде случаев избегает его - смотрит вверх, мимо, «сквозь» или на части лица. Рано формируется устойчивое избирательное внимание к мелким блестящим предметам, узорам обоев, ковров, украшениям на лице. У части детей, наоборот, отмечается «недетскость» взгляда, обращенность его «в себя». Нередко взгляд бывает серьезным, острым или испуганным, а на лице отражается «застывшая» мимика. «Комплекс оживления», который в норме возникает в 2-3 месяца жизни, у детей с аутизмом также формируется позже, слабо выражен, нередко отсутствует один из его компонентов - двигательный, голосовой или мимический. Задерживается его редукция. Рудименты «комплекса оживления» в виде махания руками или общей двигательной реакции можно обнаружить у ребенка с аутизмом в дошкольном и даже школьном возрасте. Поздно появляется смех. Узнавание близких, выделение матери устанавливается к 6-7 мес., а в ряде случаев к концу первого года и не сопровождается эмоциональной окраской, т. е. ребенок как бы безразличен. Трудность привлечения произвольного внимания диссоциирует с повышенной реактивностью к раздражителям, не обращенным к ребенку, гиперчувствительностью к звукам, большой пугливостью и тормозимостью. В других случаях типичен аффективный симбиоз с матерью, когда ребенок не отпускает ее от себя ни на шаг. Часть детей очень «удобна» в уходе и воспитании: они не требуют к себе внимания родителей, не реагируют на их уход, приход, легко и надолго остаются одни в кроватке. Другие, наоборот, с первых месяцев проявляют настороженность, пугливость при виде посторонних, а дети постарше закрывают глаза или лицо руками. Первые реакции испуга связаны с тактильной гиперестезией: купанием, особенно мытьем головы, дуновением ветра, попаданием снежинок на лицо и т. д. Очень рано, в возрасте 5-7 мес., появляются реакции тревоги и страха с выраженным вегетативным компонентом от звуков бытовых приборов: пылесоса, фена, кофемолки, шума воды в туалете. Привыкание к ним идет очень медленно, а некоторые дети не привыкают вовсе. У ряда детей возникает страх тихих звуков, например, шелеста листвы, развертывания газеты, жужжания комара. Нередко страхи провоцируются зрительными раздражителями: мельканием бликов света при движении, включением люстры, фотовспышкой, определенными блестящими предметами, отверстиями, растениями. На втором и третьем году жизни появляются стойкие, обусловленные реальными ситуациями страхи: боязнь животных, людей в белом после уколов, осмотра горла, дети боятся новых мест, лифта, новой еды, одежды. Типичны реакции испуга, страх при перемене обстановки, изменении внешнего вида матери, смене обоев, коляски, разлуке с матерью. Следует подчеркнуть непредсказуемость возникновения и содержания страхов, например, всего черного или белого, круглого, отверстий и т. д.

Известно, что важным индикатором созревания мозга является двигательный анализатор. Последовательная, генетически запрограммированная спираль развития моторных навыков «раскручивается» в соответствии с возрастом. В формировании двигательных навыков у детей с аутизмом выявляется ряд специфических особенностей, которые касаются сроков и/или качественных характеристик локомоторных актов [1, 4, 7, 8]. При отсутствии парезов и параличей, патологической тонической активности у детей запаздывает формирование цепных и позотонических реакций: задерживаются контроль головы в вертикальном положении, переворот со спины на живот и с живота на спину. Часто отмечаются трудности фиксации позы, нередко отсутствует ползание. Ходить ребенок начинает с небольшой задержкой, наблюдается неуверенность ходьбы, быстрый регресс при первой неудаче, эпизодическая ходьба на цыпочках. Нередко у детей одновременно с ходьбой появляется бег. Заметны скачки и нарушение последовательности в приобре-

тении возрастных моторных навыков, а также зависимость двигательных нарушений от степени интеллектуальной недостаточности. Дизонтогенез двигательной сферы проявляется также в отсутствии удобной позы при взятии ребенка в возрасте 3-4 мес. и старше на руки, [8, 9, 10]. Особенно задерживаются навыки тонкой моторики, самообслуживания. Для этих детей характерны двигательная пассивность, заторможенность или двигательная гиперактивность. После первого года жизни двигательная пассивность часто сменяется гиперактивностью. У всех детей с аутизмом выявляются расстройства мышечного тонуса в виде гипотонии или мышечной дистонии, рано появляются двигательные стереотипии. Очаговых неврологических симптомов обычно не обнаруживается. В ряде случаев у детей с аутизмом наблюдается опережающее двигательное развитие. Почти у всех детей можно обнаружить признаки соединительно-тканной дисплазии.

Предречевое развитие, как правило, нарушено – гуление, лепет бедные или отсутствуют, нет интонационного крика, звукового обращения. Нередко ребенок от гуления и лепета переходит к произнесению слов. Характерными являются слабость или даже отсутствие реакции на речь взрослого, что нередко вызывает подозрения в отношении недостаточности слуха. Во втором полугодии жизни ребенок не реагирует на свое имя, обращенную речь при наличии гиперсенситивного реагирования на другие звуковые раздражители, не подражает слогам взрослого или звукам животных, не соотносит слово с предметом, нет указательного жеста. Первые слова у большинства детей с аутизмом появляются после 2-3-х лет. Часто это бывают необычные слова, например, «радио», «трактор», «тень», «луна», «треугольник», «пальчики», у других речь напоминает непонятный «птичий язык». Накопление словаря нередко идет очень избирательно, скачкообразно, часто с утратой приобретенных ранее слов. Эти дети долго не используют слоги, слова, жесты для обращения к матери, личные местоимения, страдают коммуникативная и обобщающая функции речи, понимание. У части детей наблюдается опережающее развитие речи с большим запасом слов, стремлением к игре словами, увлечением фонематически звучными словами типа «сомбреро», «бильярд», запоминанием иностранных слов. При этом часто нарушены темп и просодическая сторона речи.

Специфические для аутизма нарушения психического развития ярко отражаются в формировании игры. Игра для здорового ребенка является доминирующей формой деятельности, характер которой с возрастом меняется: первичные действия с предметами с 4 мес. до 9 мес. становятся разнообразными, с 9-10 мес. формируется подражание действиям взрослого, выполнение простых инструкций, типа «покажи», «дай», понимание игр. Вскоре присоединяется игра по подражанию, которая сменяется игрой воображения с различными игрушками, а затем ролевой со сверстниками. У аутичного ребенка игра не усложняется, задерживается на стадии предметных манипуляций, нет воображения в игре, нет совместной ранней игры со взрослым: «ладушки», «сорока-сорока» и др. Предметные действия у аутичного ребенка отличаются однообразием и бедностью манипуляций, интерес к игрушкам снижен. Рано выявляется предпочтение предметов неигрового назначения (крышки кастрюль, выключатели, пуговицы, веревки, шнурки, песок, вода и т. д.). Однообразные примитивные манипуляции с ними (пересыпание, переключивание, постукивание предмета о предмет, касание ими лица, обнюхивание, облизывание) представляют основную игровую деятельность, так как дают, по-видимому, более ощутимый сенсорный эффект. Вместе с тем у ряда детей обнаруживается избирательный сверхценный интерес, «объектная привязанность» [1, 3, 7], к тем или иным игрушкам, предметам (машинки, монеты, волосы, веревоч-

ки), книгам, каталогам, энциклопедиям. Игра часто сменяется бесцельным бегом, ползанием, прыжками, стремлением забиться в угол, под стол. Одним из любимых стереотипов игры детей второго и третьего года жизни является выкладывание игрушек или других предметов, предпочтительно мелких, в ряд, по кругу или в различные группировки по своим принципам. Попытки взрослого изменить эту игру вызывают у ребенка выраженные реакции протеста, негодование и даже агрессию. Игры по подражанию нет, также как нет игры воображения с одушевлением животных, кукол, т. е. игры «понарошку». Ребенок не стремится к игре вдвоем. Поведение остается однообразным, познавательные интересы избирательные. Отчетливо выявляется диссоциация когнитивных функций в спонтанной игре, где дети проявляют сообразительность и изобретательность, и в эксперименте, в котором дети не проявляют истинных знаний и умений. Привлечь внимание и установить контакт практически не удастся. Ребенок отстраняется от общения и предпочитает быть один.

Большие проблемы возникают в обучении навыкам опрятности и самообслуживания. Несмотря на многочисленные показы и примеры навыков опрятности у большинства детей с аутизмом до трех лет нет, они появляются скачкообразно к 4-5 годам. Дети-аутисты долгое время боятся горшка, сигнализируют о своих потребностях после случившегося или ходят в мокром белье, испражняются в памперсы, стоя где-нибудь в углу или за шторой. Некоторые дети задерживают акты мочеиспускания и дефекации. Мотивация к формированию навыков самообслуживания снижена. Дети ждут, когда их оденут, накормят. В тоже время ряд детей с аутизмом рано проявляют самодостаточность в реализации своих потребностей, например, они сами идут к холодильнику, достают желаемое. Нередко на фоне своеобразного психо-речевого развития и аутистических форм поведения и контактов у детей возникают расстройства сна, страхи, аффективные нарушения, двигательные стереотипии, кататонические расстройства, пароксизмальные расстройства и другие психопатологические симптомы.

Таким образом, общее развитие ребенка с аутизмом в первые два года жизни представляет дисгармоничную картину, в которой наряду с относительно сохранным созреванием отдельных функций формирование других искажено. Заметнее всего в возрасте до одного года страдают вегетативно-инстинктивная, двигательная, эмоциональная сферы, первичные коммуникации и общая психическая активность. После года очевидными становятся отсутствие потребности в общении, когнитивные и речевые нарушения, своеобразие игры, однообразное поведение, двигательные стереотипии. Наряду с трудностью выявления отклонений в развитии в этом возрасте сохраняется важная проблема дифференциальной диагностики аутизма с другими заболеваниями нервной системы, сопровождающимися нарушениями развития и аутистическими или правильнее аутистикоподобными расстройствами. К заболеваниям, сопряженным с аутизмом, помимо умственной отсталости, специфических нарушений развития речи, относятся наследственные заболевания обмена с поражением ЦНС (фенилкетонурия, гистидинемия, мукополисахаридоз, ганглиозидозы и др.), генетические и хромосомные синдромы, прогрессирующие дегенеративные поражения нервной системы (туберозный склероз, синдром Ретта, лейкоэнцефалит), последствия перинатального поражения ЦНС (церебральная ишемия, внутричерепная родовая травма, внутриутробная инфекция и др.), тугоухость. Эти заболевания, также как и аутизм, начинаются с первых лет жизни. Особые диагностические трудности возникают в тех случаях, когда дети утрачивают приобретенные навыки. Это наблюдается при синдроме Ретта, дезинтегративном расстройстве, ряде наследственных синдромов. К сожалению, в

настоящее время наиболее распространенным диагнозом у детей раннего возраста с задержками развития является «неуточненное аутистическое расстройство» или «неуточненное первазивное расстройство развития», тогда как для выбора медико-педагогической реабилитации дифференциальная диагностика аутизма крайне необходима.

Как помочь ребенку в этом возрасте? При своевременном выявлении нарушений психического развития нужно активно стимулировать созревание «западающих» функций ребенка в различных ситуациях. Важно как можно раньше устанавливать зрительный контакт, привлекать внимание с помощью картинок, игрушек, формировать жестовый язык, использовать специальные обучающие и развивающие программы. Для улучшения функций головного мозга показаны курсы ноотропов, обладающих нейротрофическим и метаболическим действием, нейропептидов, витаминов группы В, фолиевой кислоты. При сопутствующих аффективных, поведенческих расстройствах, нарушениях сна, эпилептических приступах назначаются психотропные препараты.

Для иллюстрации аутизма в раннем возрасте приводим следующее наблюдение: **М., 3 года 3 мес.**

Родители обратились с мальчиком в возрасте 1г. 3 мес. с жалобами на своеобразное поведение: отсутствует целенаправленная игра с братом, матерью, проходит мимо них, не замечая; игрушкам предпочитает неигровые предметы, не откликается на имя, не реагирует на обращенную речь, нет слов, но с удовольствием смотрит рекламу, программу «спокойной ночи, малыши». Часто бежит по комнате, забирается на подоконник, смотрит на улицу, залезает с ключами под стол, прыгает на месте, визжит (по мнению мамы, так играет с ней и братом).

Мать, -31 г., санитарный врач. Спокойная, формальна в выражении чувств. В оценке состояния мальчика не критична, имеющиеся отклонения расценивает как индивидуальные особенности.

Бабушка по л/м инвалид по шизофрении.

Отец 38 л. считает себя здоровым. Работает в милиции. В семье заботлив, много времени проводит с детьми. Манифестные психические заболевания среди родственников отрицает.

Брат 6 лет. Наблюдается неврологом с д-зом: СДВГ. Интеллект соответствует возрасту. Расторможен, возбудим. Внимание неустойчивое. Посещает детский сад.

Анамнез. *От третьей беременности, протекавшей с ОРВИ в третьем триместре. Роды в срок, быстрые. Закричал сразу. Вес 3000,0 длина 51 см. К груди приложен в первые сутки. Выписан на 4 сутки. Период адаптации протекал спокойно, много спал. С первого месяца проявлял беспокойство во время сосания, крутил головой, «выплевывал» сосок. Через два месяца отказался от груди, кормился из бутылки сцеженным молоком, с 5-го месяца на смешанном вскармливании, а с 7-и мес. - на искусственном вскармливании, отмечались трудности введения новой пищи. С 2 мес. кишечные колики, срыгивания до 9 мес., неустойчивый стул сохранялся до 2-х лет.*

Взгляд с первого месяца жизни был очень внимательный, немигающий, фиксировал его на лице матери, но не следил за ней, когда она уходила, смотрел на висящие перед ним игрушки, бил по ним руками. Мог долго лежать в кровати, спокойно рассматривая игрушки или брата. Выражение лица было серьезным, гипомимичным. Улыбка появилась в 4 мес., неяркая. Смех появился к году. Комплекс оживления рудиментарный с 7 мес. Гуление и лепет были бедными, слогов и слов к году не было. Эмоции оставались невыразительными. Развитие моторных

навыков соответствовало возрастным срокам, но было скачкообразным. Ходит с 1 года, сразу начал бегать, не замечая препятствий, проявлял ловкость. В 1 год 2 мес. мог залезать на стол, подоконник, придвигая стул, и глядел на улицу. Любил залезать в картонную коробку, раскачиваться и при этом сосать соску, которую периодически сосет и в настоящее время. С 12 мес. стал разглядывать, свои пальцы, затем вертел ими перед глазами, хлопал по ушам, засовывал в рот, растягивая его и слушая при этом звуки. Погремушками стучал, а затем выбрасывал. К полутора годам стал интересоваться крышками, проводами, иногда машинками. К мягким игрушкам интереса не проявлял. В совместную игру с братом и матерью не вступал, но любил возиться на полу с братом, бегать за ним. На улице к детям не тянулся, смотрел за их игрой, если они мешали проходу, отодвигал их рукой, как какую-то преграду. На любые попытки привлечь к игре, чтению или пресечь его действия реагировал недовольством, криком, падением на пол. Вся его деятельность подчинялась собственной мотивации, подолгу сидел у телевизора, выстраивал в ряд кубики или смотрел в окно, любил играть с водой и илангом в ванне. Ел только протертую пищу.

После 2-х лет стал интересоваться книгами, ламинированными картинками, пазлами, разглядывал их, выстраивал в ряд или строил башню. Игры по подражанию нет. Появились лепетные звуки- охо-хо, му-мяу, д-да и др. Вопросов и просьб матери как будто не слышал, но некоторые просьбы выполнял. Следил за игрой брата с отцом, но в игру не вовлекался. Радовался приходу отца, размахивая руками. Сохранялись бесцельный бег, прыжки, подскоки. По-прежнему любил стоять на подоконнике и смотреть в окно. К общению не тянулся. Появилось самостоятельное мочеиспускание, уходил в туалет, снимал штаны, но оправлялся в памперсы, при этом уходил за штору. Еда была однообразная. Кормила мать, мог сам взять печенье, яблоки. Плохо жевал. Начал заниматься с логопедом-дефектологом. Интерес к занятиям появился спустя 2 мес., особенно к буквам, быстро методом сличения вставлял фигурки, геометрические фигуры в «окошки».

Осмотр в 3г. 3мес. Физическое развитие в пределах возрастной нормы. Соматической патологии не выявлено. Наблюдается положительная динамика в психическом развитии. После дельфинотерапии в 3 г. появились первые слова. Избирателен в еде, ест самостоятельно, но вяло. Сон спокойный. Появляются навыки самообслуживания. Оправляется в памперсы.

В общение не вступает. Визуальный контакт нестойкий. Лицо маловыразительное, гипомимия. Понимает простые бытовые указания, но выполняет не всегда. Не может общаться с помощью мимики и жестов, но привлекает взрослого и тянет его руку к интересующему предмету. Предпочитает игру в одиночестве, катая любимую маленькую машинку, с которой не расстается, одновременно другой рукой может быстро по заданию сложить картинку-загадку. Может долго рассматривать каталоги машин. Игры по подражанию или понарошку нет. Карандаши в руку не берет. Любит яркие цвета и вращающиеся предметы, долго смотрит на вращение, смеется, хлопает в ладоши. С удовольствием слушает веселую музыку, танцует или ходит на цыпочках, смотрит короткие мультфильмы. Речь состоит из лепетных звуков, интонационно не окрашенных, и спонтанного повторения нескольких простых слов, которые он слышал, или фраз из рекламы. Произношение правильное. Личных местоимений нет. По-прежнему сопротивляется любой попытке изменить его интересы, иногда реагирует гневом, криками. При психологическом тестировании невербальный IQ составил 60 баллов, вербальные задания выполняет плохо, а лингвистический уровень соответствует 18-24 мес., неравномерный.

Заключение: в настоящее время в клинической картине доминируют нарушение контактов, отказ от общения, равнодушное отношение к матери, близким, аутистическое поведение и стереотипная игра, неравномерное снижение интеллекта и диссоциированные расстройства речи, кататонические феномены. Эмоциональная обедненность сочетается с аффективной неустойчивостью и склонностью к психопатоподобным вспышкам. Анализ развития и динамики психического состояния показал, что признаки своеобразного нарушения развития у мальчика обнаруживаются с первых месяцев жизни в виде слабости зрительного контакта, отсутствия эмоциональной реакции на мать, позднего появления улыбки, безразличия к близким, игрушкам, раннего отказа от груди, необычных интересов к ряду объектов окружающей среды. Эту картину дополняют нарушение формирования предречевых и речевых форм общения, отсутствие отклика на имя, подражания звукам и действиям. При своевременном моторном развитии на первый план после года выступают аутистическое поведение, двигательные стереотипии, однообразные интересы и игра, нарушения контактов и социального взаимодействия. Состояние остается стабильным с положительной эволютивной динамикой. Психических эпизодов или регресса в развитии за период наблюдения не отмечалось.

Таким образом, можно диагностировать ранний детский аутизм Каннера с дисгармоничной задержкой интеллектуального и речевого развития. В пользу эндогенного генеза аутизма в данном случае говорит отсутствие указаний на перинатальную патологию и наличие шизофрении у бабушки по линии матери.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999.
2. Волкмар Фред Р., Вайзнер Лиза А. Аутизм. Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014.
3. Горюнова А.В. Аутистические расстройства детей раннего возраста.- Российский педиатр. журн., 2007, № 5. - С. 35-40.
4. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении . Дис. на соис. д.м.н., 1996 г.
5. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста. Дис. на соис. д.м.н., 1995 г.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста. - М. : МГИУ, 2012. – 88 с.
7. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. - М.: Просвещение. 1991.

1. Bashina V.M. Autizm v detstve. - M.: Medicina, 1999.
2. Volkmar Fred R., Vajzner Liza A. Autizm. Prakticheskoe rukovodstvo dlja roditelej, chlenov sem'i i uchitelej. – Ekaterinburg: Rama Pablishing, 2014.
3. Gorjunova A.V. Autisticheskie rasstrojstva detej rannego vozrasta.- Rossijskij peditr. zhurn., 2007, № 5. - S. 35-40.
4. Gorjunova A.V. Nevrologicheskie predshestvenniki i markery predraspolozhennosti k shizofrenii . Dis. na sois. d.m.n., 1996 g.
5. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta. Dis. na sois. d.m.n., 1995 g.
6. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Gorjunova A.V. Opredelenie otklonenij v psihicheskom razvitii detej rannego vozrasta. - M. : MGIU, 2012. – 88 s.
7. Lebedinskaja K.S., Nikol'skaja O.S. Diagnostika rannego detskogo autizma. - M.: Prosveshhenie. 1991.

-
8. Fish B., Marcus J., Hans S.L. et al. Infants at risk for schizophrenia: Sequelae of genetic neurointegrative defect. // Arch. of Gen.Psychiatry.1992.49. 221-235.
9. Landa RJ «Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life». [Nat Clin Pract Neurol](#) 2008 ,4 (3): 138-47
10. Volkmar F.R. (Ed.) Autism and pervasive developmental disorders (rev. ed.) / 2007. New York: Cambridge University Press.

A.V. Goryunova

**DIAGNOSTICS FEATURES OF THE CHILDREN WITH AUTISM
IN THE EARLY CHILDHOOD (LECTION, PART 2)**

Summary. The second part of the lecture describes specific features of psychiatric and motor development of children with autism, as well as initial signs of interactive and behavioral disturbances, and affective and cognitive disorders. A number of factors play an important role in the diagnosis in the early childhood: the patient's initial interaction and emotional reaction to the environment, including to his/her mother, his/her psychiatric activity, and analysis of the speech functions and development of the game skills. Autistic disorders should be distinguished from the signs of general developmental disorders and neurological diseases that begin in the early childhood. A case report of a child of 1 year and 3 months diagnosed with autism is included.

Keywords: autism in childhood, diagnostics of autism.

**АДАПТАЦИЯ И ДИЗАДАПТАЦИЯ¹ ЧЕЛОВЕКА:
СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ (ЛЕКЦИЯ)
Российский государственный социальный университет (Москва).**

Резюме. В статье раскрывается сущность и содержание адаптации, адаптивности и адаптированности с позиции социальной педагогики как фактора приспособления к социокультурной среде, предрасположенности к приспособлению и ее результат; сущность и содержание дизадаптации, дизадаптивности и дизадаптированности как следствия внутреннего (личностного) и внешнего неблагополучия (среды), их влияние на проявление человека как фактора стимулирования его развития, социализации; необходимость учета адаптации и дизадаптации в социальной педагогике.

Ключевые слова: адаптация, адаптивность и адаптированность, дизадаптация, дизадаптивность и дизадаптированность, реадаптация.

Уже в первых ученых пособиях по социальной педагогике [3, 4] раскрывалось такое явление, как адаптация – приспособление. Именно благодаря адаптивности человек способен выживать в изменяющейся ситуации жизнедеятельности. Естественной потребностью человека выступает активность в самопроявлении как важнейший фактор его развития, социализации. Эта активность во многом зависит от его состояния, комфортности в социокультурной среде. Комфортность человека в той или иной среде определяется его приспособленностью к ней. Такая приспособленность характеризуется адаптивностью человека к этой среде. Термин «адаптация» (от лат. *adaptatio* – приспособление, прилаживание) означает, что организм человека и его функций приспособлены к условиям среды, в которой он оказался.

Социальная педагогика изучает существо *адаптации* и *социальной адаптации*, которые характеризуют приспособленность человека к условиям социальной среды (среде жизнедеятельности), социуму. Они создают предпосылки для его наиболее полного, естественного самопроявления. Именно самопроявление (активность в деятельности) выступает источником и движущей силой социального развития, социализации человека, в процессе которых человек усваивает (закрепляет) принятые в социуме цели, способы их достижения, ценности, нормы, правила и стили поведения. Данный факт диктует необходимость адаптации человека в социуме для наиболее полного самопроявления. При этом следует подчеркнуть, что у человека с рождения имеет место предрасположенность к адаптации к среде жизнедеятельности, что позволяет ему сохранять устойчивость к жизни и развитию.

В учебниках по социальной педагогике адаптация рассматривалась как процесс, проявление и результат [4, 5]. *Адаптация как процесс* представляет собой, с одной стороны, *естественное приспособление* свойств и качеств человека к но-

¹ Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дизадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. – 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как **дизадаптация (dysadaptation)**.

вым для него условиям социокультурной среды жизнедеятельности (например, детскому саду, классу, группе, производственной среде, среде отдыха и пр.), а с другой, – *накопление опыта* приспособления к новому, с третьей, – *развитие адаптационных возможностей (адаптивности)*.

Адаптивность характеризует возможности (потенциал) конкретного человека (ребенка), определяющие его предрасположенность к приспособлению к новой для него ситуации. Для ребенка это особенно важно, так как она определяет потенциал, определяющий перспективы его приспособления и наиболее полного проявления к новым для него условиям обстановки, например, к условиям детского сада, школьной группе.

По существу, человек, который приобретает опыт адаптации в той или иной новой для своей жизнедеятельности среде, формирует у себя такое качество, как *адаптивность* (приспособительность). Оно, становясь качеством личности, необходимо ему в различных ситуациях: в учебе, профессиональной деятельности, общении. В учебе оно обозначает способность обучаемого к гибкой переориентации на содержание, формы и методы обучения.

Определить адаптивность ребенка можно по проявлениям. По типичному поведению, отношению к кому/чему-либо и результативности в деятельности в условиях конкретной среды в данный период можно судить о степени его адаптивности (приспособления/комфортного самочувствия к (в) ней). В специальной литературе существует такое выражение, как *адаптационный синдром*. По отношению к детям оно характеризует процесс привыкания ребенка к новым микросоциальным условиям (дошкольного учреждения, школы) и функциональные изменения его нервной и физиологических систем.

Следует отметить, что если существует адаптивность, то имеет место и противоположное качество – неадаптивность (неразвитость адаптационных возможностей человека, результатом чего является дизадаптивность). Она проявляется в том, что человек испытывает большие трудности в адаптации к новым для него условиям обстановки, характеру общения и деятельности, преодолеть которые самостоятельно он, как правило, не может. В этом случае ребенок нуждается в помощи в преодолении, возникших у него трудностей. Стремление некоторых родителей, воспитателей детских садов, учителей школ создавать облегченные условия для воспитанников невольно сдерживает развитие у них адаптационных возможностей. Такие дети в новых условиях испытывают большие трудности в адаптации, а следовательно, в самореализации, социальном развитии и социализации.

Результат адаптации человека проявляется в его *адаптированности* к социокультурной среде. Адаптированность является свидетельством того, что конкретный человек приспособился к условиям среды жизнедеятельности. Для ребенка она указывает на комфортность для него данных условий, что выступает одним из факторов благоприятного самопроявления и существенно сказывается на его развитии, социализации. Оценка, соответствия (несоответствия) адаптированности ребенка к конкретным условиям среды осуществляется с учетом его возраста, развитости, социализированности, позволяет определить возможности к наиболее полному проявлению во взаимоотношениях и поведении, в учебе и играх. Такая оценка может иметь место в условиях детского сада, школы, дома.

Умение видеть нетипичное проявление ребенка в среде (семье, детском саду, школе, сотрудничестве/взаимодействии со сверстниками в классе, на улице) позволяет воспитателю своевременно реагировать на его дискомфортность (неадаптированность). Однако практика свидетельствует о том, что воспитатель далеко не всегда может видеть дискомфортность ребенка, так как для этого необходимо хо-

рошо знать его особенности и присущее ему своеобразие проявлений в различных условиях. Воспитателю необходимо внимательно изучать причины подобного состояния (дискомфортности) воспитанника и помочь ему в адаптации, преодолении возникших противоречий, трудностей, что позволит лучше реализовываться в учебе, досуговой деятельности, во взаимодействии с другими в процессе социального развития, социализации.

Следует подчеркнуть, что адаптированность – это только условие, характеризующее комфортность/дискомфортность ребенка в социокультурной среде. Она не определяет ни направленности, ни интенсивности его в самопроявлении. Ребенок может чувствовать себя комфортно, но при этом не проявлять необходимой конструктивной активности. Важно не только способствовать адаптации ребенка, но и содействовать проявлению его направленной активности в учебе, досуговой деятельности, в самосовершенствовании.

Исследования и практика свидетельствуют, что предрасположенность человека к адаптации к той или иной ситуации во многом зависит от индивидуального своеобразия, опыта адаптации, временного перерыва в проявлении (если такое имели место), опыта, настроя (желания и устремленности), состояния и самоактивности.

Индивидуальное своеобразие человека – это то, что характерно для него, позволяет ему адаптироваться в той или иной ситуации, и проявляется в его качествах и свойствах. С возрастом человек меняется, что-то утрачивается, что-то приобретает, что-то совершенствуется и приобретает новое качество. На его изменении (формируемое своеобразие) сказываются жизнедеятельность, проявление опыта в чем-либо, отношения, направленность и активность проявления, результативность деятельности и пр.

Опыт адаптации способствует формированию у человека качеств, которые помогают проявлять себя в соответствие с потребностями той или иной ситуации, быстро вживаться в нее, приспосабливаться к ней, что играет жизненно важную роль в его социальной жизни и самореализации. Чем больше у человека опыта приспособления к новым условиям, тем быстрее происходит адаптация. Опыт позволяет ему сокращать время адаптации к новой для него среде (ситуации жизнедеятельности).

Социальная адаптированность человека – состояние, наиболее благоприятное для его социализации при проявлении целесообразной активности.

Особое значение имеет *социальная адаптация ребенка* – процесс согласования индивидуальных возможностей и состояния ребенка с окружающим миром, приспособления его к изменившейся среде, новым условиям жизнедеятельности, структуре отношений в общностях, установления соответствия поведения принятым в них нормам и правилам. Результатом ее является социальная адаптированность. Социальная адаптированность ребенка является необходимым условием для его наиболее полного самопроявления в социокультурной среде, что, в свою очередь, конструктивно сказывается на социализации. Она позволяет наиболее полно проявить себя в конкретном социуме в отношении к окружающим и деятельности, быть активным участником социальных процессов и явлений, благодаря этому обеспечивать свое естественное социальное самосовершенствование. Природа сформировала предрасположенность человека к социальной адаптации и адаптационным процессам в различных условиях жизнедеятельности, в том числе, к исключительно сложным и неблагоприятным. Адаптационные возможности у каждого человека свои, и они значительны. Показателями успешной социальной адаптированности человека являются его удовлетворенность этой средой, активность и результативность самопроявления, приобретение соответствующего опыта.

Благоприятные условия жизнедеятельности в определенный период жизни

человека, отсутствие необходимости в адаптации снижают действенность его опыта. Постоянно находясь в одних условиях, он с трудом адаптируется к новым. Возникновение потребности к адаптации вызывает у человека определенные трудности. Например, «домашний ребенок» с трудом адаптируется в детском саду, школе.

Настрой – это внутренняя предрасположенность к адаптации, которая сказывается на состоянии человека. При наличии опыта, но отсутствии настроя на самопроявление, самореализацию адаптация может не состояться. В то же время настрой может формироваться в процессе самопроявления человека, которое способно его увлекать, стимулируя проявление интереса, желания, устремленности.

Состояние определяет физическое самочувствие человека, а также расположение духа, настроение. Оно определяется внутренними (состоянием здоровья, положительным или отрицательным настроением, страхом) и внешними (новизной, приятием или неприятием среды) факторами. Состояние бывает благоприятным и неблагоприятным и может меняться в процессе адаптации в зависимости от изменения обстановки и степени самореализации как в позитивную, так и в негативную сторону.

Самоактивность – это фактор, определяемый самим человеком в процессе его адаптации к среде, позволяя или преодолевая трудности и адаптироваться, или не адаптироваться.

Для ребенка большое значение имеет адаптированность в семье, детском саду, школе. В детском саду она позволяет ребенку чувствовать себя в группе естественно и наиболее полно проявляться во взаимоотношениях и деятельности. Для адаптированных детей самоактивность в группе наиболее плодотворна. В этом случае процесс и результат социального развития, социализации ребенка во многом определяется воспитательной программой и деятельностью воспитателей. В школе (среднем и высшем учебном заведении) она позволяет приспособливаться к условиям обучения и успешно овладевать программой с учетом индивидуальных возможностей.

Адаптация важна и в других условиях. Это:

- адаптация выпускника школы, интернатного учреждения, выпускника колледжа (техникума), вуза;
- профессиональная адаптация в связи со сменой места работы;
- адаптация в после профессиональной сфере (пенсионера).

Каждая из сфер адаптации имеет свое жизненное значение для человека и содержание. Например, адаптация выпускника образовательной организации (среднего или высшего уровня) представляет собой процесс и результат его приспособления к условиям среды профессиональной деятельности. От успешности адаптации зависит, в какой степени человек может реализовать себя в профессии, найти свое место в коллективе, успешно справляться с профессиональной деятельностью, достигать в ней положительных результатов.

В зависимости от сферы адаптации человека она может быть физиологической (к природным условиям), психологической (к микроклимату социума, характеризующая степень психологического благополучия) и деятельностной (посредством деятельностного проявления в социуме). Деятельностная адаптация может носить конструктивный и деструктивный характер. Ребенок может приспособиться посредством подчинения к нормам и правилам, сложившимся в социуме, результат которого будет зависеть от него. Этот факт особенно ярко учитывали выдающиеся педагоги. Ребенок может адаптироваться посредством неадекватного поведения, превращаясь в шута или «козла отпущения». Он может своим поведе-

нием и деятельностью повести других за собой или подчинить их своему влиянию, выступая дизадаптирующим фактором социума.

Выделяют такое понятие, как *функциональная адаптация*. Она характеризует процесс приспособления человека к выполнению определенной деятельности, профессиональных обязанностей и применима к любому человеку. Результат ее характеризуется функциональной адаптированностью. Время, необходимое для функциональной адаптации, зависит от опыта соответствующей деятельности, настроения, состояния, самоактивности и, возможно, временного перерыва в деятельности.

Адаптация человека во многом зависит от среды. Благоприятная среда для конкретного человека, группы выступает для них – адаптивной. Такая среда характеризуется тем, что для определенной категории людей она адаптивна, т. е. приспособлена для их естественной адаптации к ней. Существуют *адаптивные среды*, наиболее подготовленные для определенных категорий людей. Например, детский сад наиболее приспособлен для адаптации детей дошкольного возраста, школа для детей школьного возраста. В свою очередь, среда, в которой люди адаптировались, становится для них *адаптированной*. Они чувствуют себя в ней комфортно.

Учитывая, что адаптивность человека зависит от его состояния и среды, следует выделять его ситуационные адаптационные возможности. Они для конкретного человека не постоянны. В зависимости от условий, своеобразия и состояния последнего они могут снижаться или повышаться. Снижение адаптационных возможностей характеризуется таким явлением, как дизадаптация.

В теории и на практике явление дизадаптации (дизадаптация) вызывает особый интерес. Приставка диз(с)- от латинской *dis* – нарушение, искажение, деформация и, значительно реже, исчезновение. По отношению к адаптации человека она свидетельствует о ее нарушении, искажении. Явление дизадаптации у конкретного человека может проявляться в конкретной (в том числе типичной для него) среде или в любой среде. Например, дома ребенок чувствует себя достаточно комфортно и не испытывает дизадаптационных явлений, а в детском саду, наоборот, дискомфортно.

Дизадаптация как процесс означает снижение адаптационных возможностей человека в условиях среды жизнедеятельности в целом или в определенных условиях (в детском саду, классе, группе). Она может проявляться по-разному:

- иметь вялотекущий характер и быть практически незаметной, проявляясь только на определенном этапе в виде серьезных проблем личности;
- резко выражено, когда человек в определенной ситуации оказывается совершенно не приспособленным к ней и не может найти себя в ней. Последствия такой дизадаптации всегда достаточно серьезны.

Для ребенка длительная дизадаптация, сдерживающая его самопроявление, активность, чревата задержкой в развитии, формированием негативных установок, тревожностью.

Дизадаптивность характеризует предрасположенность человека (ребенка) к *дизадаптации*, неприспособленность его к самореализации в среде, к определенному социуму. Ее важно учитывать особенно субъекту работы с ребенком (родителю, педагогу, воспитателю, социальному педагогу). Она свидетельствует о том, что воспитанник может испытывать дискомфорт в социуме, который негативно скажется на его самочувствии, способности строить отношения с окружающими, наиболее полно реализовывать себя. Выявить эту предрасположенность можно по проявлению: дизадаптивность является внешней характеристикой неблагополучия человека, которое находит отражение в его нетипичном поведении, отношении и

результативности деятельности в условиях данной среды. Формы проявления дизадаптации у каждого ребенка свои. Нередко внешне определить проявление дизадаптации непросто. Необходимо хорошо знать человека и его типичные проявления в различных ситуациях.

Умение своевременно выявить проявление дизадаптации воспитанника позволяет воспитателю оперативно реагировать на ситуацию, предупреждая глубинные негативные деформационные последствия.

Дизадаптированность – результат дизадаптации. Она свидетельствует о качественно новом состоянии человека (ребенка), нетипичном для него, характеризующим его дискомфортность и негативно сказывающимся на его самочувствии, отношении к окружению, поведении, способности к самопроявлению в деятельности (общении, взаимодействии, учебной, игровой и пр.). По отношению к ребенку (воспитаннику детского сада, ученику) дизадаптированность – это свидетельство того, что его поведение, отношения с детьми и взрослыми и результативность деятельности в учебе и играх не соответствуют его типичному проявлению и носит деструктивный характер.

Следует отметить, что в специальной литературе и на практике часто всякое нетипичное проявление ребенка, не соответствующее социальным нормам, характерным для его сверстников в данных условиях, и ведущее к негативным последствиям в поведении, учебе, отношениях, называют дизадаптивным. Такой подход не соответствует существу понятия дизадаптации.

Дизадаптация негативно (деструктивно) сказывается на самом ребенке, так как не позволяет ему реализовать себя, сдерживает его развитие, социализацию, существенно сказывается на его психике. Иногда стремление адаптироваться к социуму может привести к нетипичному проявлению ребенка, несущему в себе негатив. Например, ребенок, попав в новую для него среду (учебный класс), стараясь получить признание у сверстников, пытается подавить их негативное отношение к себе силой; или, не умея справиться с программой учебного курса, ребенок начинает воздействовать на других, успешных в учебе, подавляя их и негативно влияя на их обучение. В этих случаях ребенок становится дизадаптирующим, а не дизадаптированным. Встречаются примеры, когда ребенок, чувствуя свою дискомфортность в обучении и не умея ее преодолеть, старается привлечь к себе внимание нетипичными формами поведения, чем вызывает одобрение со стороны сверстников, превращаясь в «классного шута». Такого ребенка также нельзя относить к дизадаптированным, так как он по-своему адаптирован в этом социуме. Выйти из подобного состояния этому ребенку исключительно сложно. Необходимо искусство педагога, который сумеет помочь ему преодолеть трудности в обучении и приобрести свое достойное имя в классе, а иногда приходится изменить среду обучения. Это связано с тем, что среда инициирует его негативное проявление.

В специальной литературе и на практике категории *дизадаптированный* используют по отношению к определенной категории людей (дизадаптированные дети, дизадаптированный ребенок, дизадаптированная группа), а также по отношению к среде, обусловившей деформационные явления (школьная дизадаптация, семейная дизадаптация).

Дизадаптированные дети по различным причинам не могут на равных со сверстниками адаптироваться к условиям среды жизнедеятельности (группе детского сада, классному коллективу, группе сверстников), что сказывается на их самопроявлении, развитии, воспитании и обучении (например, воспитанники приюта, интернатной организации, дети с особыми адаптивными возможностями здо-

ровья при определенных условиях, оказавшиеся в обычной общеобразовательной организации). Нередко к дизадаптированным относят «детей улицы». С такой оценкой нельзя согласиться. Эти дети адаптированы к улице лучше взрослых, и даже в сложных жизненных ситуациях они не спешат воспользоваться предлагаемой им помощью. Если такого ребенка изъять из улицы и поместить в специализированное учреждение, то он первое время может оказаться дизадаптированным. Однако через определенное время трудно предсказать, кто будет дизадаптированным – он или среда, в которой он оказался.

Дизадаптированный ребенок отличается от сверстников вследствие проблем в адаптации, отразившихся на его развитии, социализации, способности решать естественные для его сверстников задачи: например, неподготовленный к школе ребенок, поступая в первый класс; ребенок, которого перевели из одной образовательной организации в другую. Не случайно выделяют школьную дизадаптацию. При определенных условиях это может быть неуспевающий в школе ребенок. В то же время плохая успеваемость может быть результатом не дизадаптации, а индивидуальных познавательных возможностей ученика, нежелания учиться.

Школьную дизадаптацию чаще всего фиксируют педагоги начальных классов, в которых учатся дети 6–8-летнего возраста, с трудом осваивающие школьную программу. Им непонятна ситуация классно-урочной обстановки, у них не складываются отношения с одноклассниками, практически не развивается или идет сниженными темпами познавательная деятельность. Такие дети нуждаются в особом внимании и помощи учителя, индивидуальном подходе к их обучению и воспитанию. Если педагог умеет строить педагогически целесообразные отношения с дизадаптированными учениками, их родителями и классом, то школьная дизадаптация в значительной степени преодолевается в течение 2–4 месяцев с начала учебного года. В более тяжелых случаях, когда у детей отмечаются стойкие негативные реакции на ситуацию обучения в классе, необходимо получить профессиональную консультацию у специалистов, в том числе, у психолога. В отдельных случаях, когда у ребенка наблюдаются невротические реакции в виде раздражительной слезливости, нервозности, агрессивности в сочетании с нарушениями сна и аппетита – у психиатра.

На дизадаптации ребенка сказывается совокупность факторов - внутренних (личностных) и внешних (средовых).

Внутренние (личностные) факторы дизадаптации связаны с недостаточной реализацией его социальных потребностей личности. К ним относятся:

- длительная болезнь;
- ограниченные возможности ребенка в общении с окружающими, отсутствие адекватного (с учетом индивидуальных особенностей) общения с ним со стороны окружения;
- длительная изоляция человека независимо от его возраста (вынужденная или принудительная) от среды повседневной жизнедеятельности;
- переключение на другой вид деятельности (длительный отпуск, временное исполнение иных служебных обязанностей).

Внешние (средовые) факторы дизадаптации человека являются непривычными для него, создающими дискомфорт, сдерживающими конструктивное личностное проявление. К ним относятся:

- нездоровая семейная обстановка, подавляющая личность ребенка (имеет место в семьях «группы риска» или семьях с преобладанием авторитарного стиля воспитания и фактами насилия над ребенком);
- отсутствие или недостаточное внимание к общению с ребенком со стороны

родителей, сверстников;

- подавление личности новизной обстановки (приход ребенка в детский сад, школу; смена группы, класса);

- подавление личности группой (дизадаптирующей группой), неприятие, притеснение, насилие над ребенком со стороны коллектива, микрогруппы. Особенно это характерно для подростков: проявление жестокости (насилие, бойкот) с их стороны по отношению к сверстникам явление частое;

- негативное проявление «рыночного воспитания», когда успешность измеряется исключительно материальным достатком. Не умея обеспечить достаток, человек оказывается в сложном, депрессивном состоянии;

- негативное влияние СМИ в «рыночном воспитании»: формирование не соответствующих возрасту интересов, пропаганда идеалов социального благополучия и легкости их достижения. Реальная жизнь приводит к разочарованию, комплексированию, дизадаптации. Дешевые мистические романы, фильмы ужасов и боевики формируют у незрелого человека представление о смерти как о чем-то туманном и идеализированном;

- дизадаптирующее влияние отдельной личности (дизадаптирующая личность) – наличие в группе человека, в присутствии которого остальные ее члены или некоторые из них испытывают большое напряжение, дискомфорт. Он сдерживает активность других, негативно влияет на их способность наиболее полно реализовать себя. Примерами такой личности могут быть: девушка в отношении равнодушного к ней парня; гиперактивный ребенок в отношении класса; трудновоспитуемый, активно проявляющий провоцирующую роль ребенок по отношению к учителю (особенно к молодому);

- перегрузка, связанная с «заботой» о развитии ребенка, не соответствующая его возрасту и индивидуальным возможностям. Такая ситуация имеет место, когда неподготовленного ребенка отдают в школу или в гимназический класс, не соответствующий его индивидуальным возможностям; загружают ребенка без учета его физических и психических возможностей занятиями в кружке, спортом, учебой.

Все перечисленные факторы представляют непосредственную угрозу для адаптивности отдельных лиц, целых групп и особенно ребенка, его развития, воспитания и обучения. В то же время практика убедительно доказывает, что как сам ребенок становится жертвой дизадаптации новой среды, так и при определенных условиях он может выступать фактором дизадаптации других, в том числе и учителя.

Дизадаптация детей и подростков приводит к последствиям, которые обычно носят негативный характер. К их числу относятся:

- личностные деформации;
- недостаточное физическое развитие;
- задержка психического развития;
- возможные мозговые дисфункции;
- типичные нервные расстройства (подавленность, заторможенность или возбужденность, агрессивность);

- одиночество (человек оказывается один на один со своими проблемами). Оно может быть связано с внешним отчуждением человека либо с самоотчуждением;

- проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и другими людьми. Такие проблемы могут привести к подавлению главного инстинкта самосохранения. Не умея адаптироваться в сложившихся условиях, человек может пойти на крайние меры – суицид.

Учитывая преимущественно негативное влияние дизадаптации на развитие

личности ребенка, подростка, необходимо вести профилактическую работу по ее предупреждению. К основным путям, способствующим предупреждению и преодолению последствий дизадаптации детей и подростков относятся:

- создание благоприятных для ребенка средовых условий;
- недопущение перегрузок из-за несоответствия уровня трудности обучения и организации учебного процесса индивидуальным возможностям ребенка;
- поддержка и помощь детям в адаптации к новым для них условиям;
- побуждение ребенка к самоактивизации и самопроявлению в среде жизнедеятельности, стимулирующих его адаптацию;
- создание доступной специальной службы социально-психологической и педагогической помощи различным категориям населения, оказавшегося в трудной жизненной ситуации: телефоны доверия, кабинеты социально-психологической и педагогической помощи, кризисные стационары;
- обучение родителей, учителей и воспитателей методике работы по предупреждению и преодолению последствий дизадаптации, подготовка специалистов для специализированных служб социально-психологической и педагогической помощи различным категориям людей в трудной жизненной ситуации.

По отношению к дизадаптированным детям необходимы усилия по преодолению последствий дизадаптации. При этом содержание и характер социально-педагогической деятельности определяются теми последствиями, к которым последняя привела.

Преодоление дизадаптации представляет собой *реадаптацию*². Дизадаптация ведет к дизадаптивности, следовательно, реадаптация – восстановление адаптивности. Реадаптация как процесс представляет собой динамику восстановления адаптивности человека, результатом которого является реадаптированность. По отношению к группе наблюдается такое явление, как *коадаптация*³. Для стимулирования реадаптации человека, группы осуществляется реадаптационная деятельность.

Адаптация, дизадаптация и реадаптация присущи каждому человеку. Они проявляются в различных жизненных ситуациях и могут сказываться на успешности самопроявления человека в жизненной ситуации, усвоении определенных социальных норм и правил или их утрате, приобретении или утрате социального опыта. В зависимости от этого дизадаптация и реадаптация носят позитивный или негативный характер. Данный факт педагогически целесообразно учитывать и использовать воспитателям в своей профессиональной деятельности.

Работая с детьми девиантного поведения, необходимо создавать для них иную среду жизнедеятельности. Ребенок должен иметь возможность проявлять себя в соответствии с новыми условиями, выполняя нормы и правила, вследствие чего в нем происходят качественные изменения. Обстановка должна способствовать реадаптации ребенка, склонного к девиации, по отношению к новой для него среде жизнедеятельности. В практической деятельности воспитателей подобную ситуацию специально создают при перевоспитании детей и подростков. Следует учитывать, что среда оказывает воспитывающее влияние на человека, необходимо знать, какое это влияние и при необходимости превращать ее в конструктивно воспитательную среду. Это удастся только тогда, когда воспитанник принимает ее

²Реадаптация (от лат. *re* – приставка, обозначающая возобновление или повторность действия; противоположное действие или противодействие, и *adaptatio* – приспособление, прилаживание) – восстановление адаптационных возможностей человека под воздействием каких-либо факторов, в том числе и вследствие направленной самоактивности.

³Коадаптация (от лат. *co* – вместе и *adaptare* – приспособлять) – общее и взаимное приспособление к изменившимся жизненным условиям.

и становится активным участником жизнедеятельности, проявляя себя в соответствии с замыслом воспитателя. Искусство воспитателя и заключается в том, чтобы сделать воспитанника соучастником воспитательного процесса, выполняющим требования воспитывающей среды. Именно в этом направлении работал А.С. Макаренко, создавая детский воспитательный коллектив как адаптивную, воспитывающую среду для детей.

Таковы адаптация и дизадаптивность с позиции социальной педагогики, которые требуют учета в социально-педагогической деятельности.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Беличева С.А. Социально-педагогические методы оценки социального развития дезадаптированных подростков / С.А. Беличева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 1.

2. Бреева Е.Б. Дезадаптация детей и национальная безопасность России. 2-е изд. / Е.Б. Бреева. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2005.

3. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: учеб-метод пособие / Л.В. Мардахаев. – М.: Изд-во МГСУ «Союз», 2003.

4. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: / Л.В. Мардахаев. – М.: Гардарики, 2008.

5. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: полный курс / Л.В. Мардахаев. – М.: Юрайт, 2015.

6. Холостова Е.И. Социальная работа с дезадаптированными детьми: учебное пособие. - М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2007.

1. Belicheva S.A. Social'no-pedagogicheskie metody ocenki social'nogo razvitiya dezadaptirovannyh podrostkov / S.A. Belicheva // Vestnik psihosocial'noj i korrekcionno-reabilitacionnoj raboty. – 1995. – № 1.

2. Breeva E.B. Dezadaptacija detej i nacional'naja bezopasnost' Rossii. 2-e izd. / E.B. Breeva. – М. : Izdatel'sko-torgovaja korporacija «Dashkov i Ko», 2005.

3. Mardahaev L.V. Social'naja pedagogika: ucheb-metod posobie / L.V. Mardahaev. – М.: Izd-vo MGSU «Sojuz», 2003.

4. Mardahaev L.V. Social'naja pedagogika: / L.V. Mardahaev. – М.: Gardariki, 2008.

5. Mardahaev L.V. Social'naja pedagogika: polnyj kurs / L.V. Mardahaev. – М.: Jurajt, 2015.

6. Holostova E.I. Social'naja rabota s dezadaptirovannymi det'mi: uchebnoe posobie. - М. : Izdatel'skotorgovaja korporacija «Dashkov i Ko», 2007.

L.V. Mardakhayev

ADAPTATION AND DYSADAPTATION OF THE PERSON: SOCIAL AND PEDAGOGICAL ASPECT (LECTION)

Russian State Social University (Moscow).

Summary. In article the essence and the content of adaptation, adaptability and adaptedness from a position of social pedagogics, as an adaptation factor to the sociocultural environment, predispositions to the adaptation and its result reveals; essence and content of dysadaptation, maladaptive and maladjustment as consequences of internal (personal) and external trouble (environment) their influence on manifestation of the person, as factor of stimulation of its development, socialization; need of the accounting of adaptation and dysadaptation for social pedagogics.

Keywords: adaptation, adaptability and adaptedness, dysadaptation, maladaptive and maladjustment, readaptation.

**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, 3 см 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.
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 13.06.2016 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru